

Bachelorarbeit

Wir auch!

Ergotherapeutische Massnahmen im Rahmen der gemeindenahen Ergotherapie zur Unterstützung der Sozialen Partizipation demenzerkrankter Menschen in der Gesellschaft

Fankhauser Renata, Altengrat, 3556 Trub, S09170887

Ritz Sophie Barbara, Loweli 2, 3931 Lalden, S09170838

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Ergotherapie
Studienjahr:	2009
Eingereicht am:	14. Mai 2012
Betreuende Lehrperson:	Müller Elsbeth, Ergotherapeutin MSc OT



Abbildung 1. *Gemeinschaft*

*“I think that when we are together in that way and doing things,
then I think we remember much more,
rather than when we are sitting alone, having nothing to do”*

(Brataas, Bjugan, Wille & Hellzen, 2010, S. 2843)

Inhaltsverzeichnis

Abstract	7
1 Einleitung	8
1.1 Einführung in das Thema	8
1.2 Definition der Begrifflichkeiten	13
1.2.1 Zu Hause lebend	13
1.2.2 Demenz	13
1.2.3 Ergotherapie	15
1.2.4 Ergotherapeutische Behandlungssettings* bei zu Hause lebenden Klienten.	16
1.2.5 Soziale Partizipation	18
1.2.6 OTPF – Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process ..	20
2 Theoretischer Hintergrund	23
2.1 Klinische Relevanz	23
2.2 Stand der Forschung	24
3 Fragestellung	26
4 Zielsetzung	26
5 Methode	27
5.1 Beschreibung der Literatursuche	27
5.2 Ein-/Ausschlusskriterien in Bezug auf die Literatur	32
5.3 Kriterien zur Beurteilung der Literatur	32
6 Ergebnisse	33
6.1 Studienvorstellung	33
6.1.1 Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer’s disease	33
6.1.2 Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia	35

6.1.3	Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial.	37
6.2	Studienergebnisse anhand des OTPF	39
7	Diskussion	44
7.1	Zusammenfassung der Hauptkenntnisse.....	44
8	Schlussfolgerung	52
8.1	Beantwortung der Fragestellung	52
8.2	Theorie-Praxis-Transfer	55
8.3	Empfehlungen an die Praxis	58
8.4	Limitationen der Arbeit	59
8.5	Ausblick in eine mögliche Zukunft	59
	Dank.....	60
	Verzeichnisse	61
	Literaturverzeichnis	61
	Abbildungsverzeichnis	69
	Tabellenverzeichnis	70
	Abkürzungsverzeichnis	71
	Wortanzahl	72
	Eigenständigkeitserklärung	73
	Anhang	74
	A Glossar	74
	B Literaturverzeichnis Glossar	101
	C Vertiefte Angaben zum OTPF-Modell.....	110
	D Abbildung zum Modell der Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF].....	113

E	Begriffsdefinition Betätigung	114
F	Kritische Beurteilungen der Hauptstudien	115
	Brorsson et al. 2011	115
	Brataas et al.....	125
	Graff et al., 2006	134
G	Datenbanksuche.....	143
	Verwendete Datenbanken und ihre Thematik (ZHAW, 2007-2012).....	143
	Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: Cinahl	144
	Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: Medline.....	145
	Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: Amed.....	146
	Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche OTDBASE	147
	Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: OTSeeker....	148
	Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: PsychInfo	149
H	Treffer der Datenbanken.....	151
	Treffer der Datenbanken Amed, Cinahl, Medline und PsychInfo	151
	Treffer der Datenbank OTDBASE.....	152
	Treffer der Datenbank OTSeeker	152

In der gesamten Bachelorarbeit wird aufgrund der Lesefreundlichkeit hauptsächlich die männliche Schreibweise verwendet, wobei jedoch immer beide Geschlechter gemeint sind.

Abkürzungen, die in der vorliegenden Bachelorarbeit verwendet werden, werden im Abkürzungsverzeichnis erläutert. Relevante Begrifflichkeiten werden im Glossar kurz definiert und im Text mit einem Asterisk* vermerkt.

Die vorliegende Bachelorarbeit wird nach den Angaben des Publication Manual of the American Psychological Association 6th Edition (American Psychological Association, 2010) verfasst, sofern die Vorgaben für die Gestaltung von Literaturhinweisen, Zitaten und Literaturverzeichnissen am Departement G (Huber, 2011) nicht explizit eine andere Schreibweise vorgeben. Für die Literaturreferenzierung wird die deutsche Schreibweise angewandt.

Abstract

Ziel: Das Ziel der Arbeit ist es, ergotherapeutische Massnahmen aufzuzeigen, die im Rahmen von gemeindenaher Ergotherapie umgesetzt werden können, um Menschen mit leichter und mittelgradiger Demenz bei der Aufrechterhaltung ihrer Sozialen Partizipation in der Gesellschaft zu unterstützen.

Methode: In den Datenbanken Amed, Cinahl, Medline, OTDBASE, OTSeeker und PsychInfo wurde ab Anfang September 2011 bis Anfang März 2012 eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Zwei qualitative und eine quantitative Studie erfüllten die definierten Einschlusskriterien und wurden zur Bearbeitung der Fragestellung verwendet.

Resultat: Durch eine Darstellung der Studienresultate in der Struktur des Occupational Therapy Practice Framework, kurz OTPF, zeigt sich, dass besonders auf der Ebene der Klientenfaktoren und Kontextfaktoren Barrieren für die Soziale Partizipation dementer Personen in der Gesellschaft bestehen. Durch das Aufzeigen von Barrieren, liefern die Studien Ansatzpunkte, um mögliche ergotherapeutische Massnahmen abzuleiten.

Schlussfolgerung: Der Ergotherapeut wird durch die aufgezeigten Ansatzpunkte zu den förderlichen oder hinderlichen Kontext- und Klientenfaktoren, sowie dem Einbezug der Angehörigen sensibilisiert und erhält eine Vorstellung von möglichen Massnahmen, die im Rahmen der gemeindenahen Ergotherapie bei demenzerkrankten Klienten umgesetzt werden können. Es bedarf weiterer Forschung im Bereich der Sozialen Partizipation dementer Personen in der Gesellschaft.

Keywords: occupational therapy, dementia, domiciliary treatment/home intervention, social participation, community-dwelling

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Thema

“Knowing that social participation is linked with wellness and quality of life, the questions shifted as to *how* social participation is maintained for older adults.” (Andonian & MacRea, 2011, S. 3). Oder aber, wie kann die Soziale Partizipation* von Menschen mit Demenz* aufrechterhalten werden?

Gemäss einem Bericht der United Nations, Department of Economic and Social Affairs (2011) gibt es im Jahr 2010 weltweit 629.6 Millionen Menschen, die 65 Jahre und älter sind. Alleine in der Schweiz sind es laut Schmid Botkine (2010) im Jahr 2010 fast 1.3 Millionen Personen und diese Zahl nimmt laufend zu. Die Organisation Alzheimer’s Disease International schreibt in ihrem World Alzheimer Report von 2009, dass weltweit 36 Millionen Menschen mit Demenz leben, wobei sich diese Zahl alle 20 Jahre verdoppeln wird, so werden im Jahr 2030 weltweit 66 Millionen, im Jahr 2050 115 Millionen Menschen mit Demenz leben (Prince, Bryce & Ferri, 2011). Laut dem Demenz-Report vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Sütterlin, Hossmann & Klingholz, 2011) sind in Europa zwischen sechs und neun Prozent der über 65-jährigen Personen an Demenz erkrankt. Die Schweizerische Alzheimervereinigung (2010a) schreibt im Jahr 2010 von 107'000 demenzerkrankten Menschen in der Schweiz. Die Gruppe Demenzerkrankter wird sich voraussichtlich bis ins Jahr 2030 verdoppeln, wobei mehr demente Menschen zu Hause wohnen (60%) als in Institutionen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010b). Laut Schaade (2004) nimmt mit der Zahl der an alterstypischer Demenz erkrankten Menschen auch die Wichtigkeit für diese Thematik zu.

Laut einem Tagungsband zur Impulsveranstaltung „Demenz – gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung“ (Kraft, 2011) haben Demenzerkrankheiten im Jahr 2009 in der Schweiz 6,9 Milliarden Franken gekostet, wobei die Heimkosten und Kosten von Betreuung und Pflege durch Angehörige die grössten Kostenbestandteile darstellen. Die direkten Kosten von 3,9 Milliarden Franken im Jahr 2009, also Kosten für Spital- und Heimaufenthalte, Spitex, Hausarztbesuche, Medikamente und interdisziplinäre Abklärungen in Memory-Kliniken, machen dabei mehr als 6% der gesamten Gesundheitsausgaben aus (Kraft, 2011). Die Leistung, welche Angehörige für die Pflege und Betreuung unbezahlt erbringen, sogenannte indirekte Kosten, werden auf 3 Milliarden geschätzt (Kraft, 2011).

„Die Durchschnittskosten pro Jahr sind deutlich tiefer für demenzkranke Personen, die zu Hause betreut werden (CHF 57'507), als für Personen, die in einem Heim betreut werden (CHF 74'583). Werden nur die direkten Kosten berücksichtigt, d.h. die Ausgaben, die finanziert werden müssen, dann betragen die Einsparungen zu Hause fast 90 Prozent.“ (Kraft, 2011, S. 16)

Im fortgeschrittenen Stadium einer Demenzerkrankung, wenn eine 24h-Betreuung nötig wird, steigen die indirekten Kosten massiv an, dann ist eine Betreuung im Heim kostengünstiger (Kraft, 2011).

Aktuell setzen sich Politiker in der Schweiz für die Anliegen der Demenzerkrankten auf Bundesebene ein. Steigert Jean-François hat 2009 die Motion* „Steuerbarkeit der Demenzpolitik I. Grundlagen“ im Nationalrat eingereicht. Diese soll in der Demenzpolitik in einem ersten Schritt die Schaffung eines dauerhaften Monitoring, also einer Protokollierung, „der in der Schweiz von Demenzpathologien verursachten individuellen und gesellschaftlichen Kosten“ ermöglichen (Steigert, 2009, Abs. 1). Damit sollen aktuelle Kennzahlen regelmässig erfasst werden, um in der Schweizer Demenzpolitik eine gemeinsame Richtung der Beschlüsse und Entschlüsse zu finden. „Das Ziel einer solchen Politik ist eine für alle Beteiligten optimale Betreuungs- und Behandlungsform.“ (Steigert, 2009, Abs.1). Diese Motion wurde – trotz der Ablehnung des Bundesrates – im Nationalrat angenommen (Steigert, 2009). Weiter wird von Wehrli Reto 2009 eine zweite Motion, „Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie* von Bund und Kantonen“, behandelt. Das Ziel dieser Motion beinhaltet die „Festlegung von Handlungsprioritäten im Bereich der Ursachenforschung, der Prävention und der Entwicklung von Behandlungsmethoden, der Förderung von Frühdiagnosen, der Unterstützung von Pflegenden, sowie der Planung und Bereitstellung der notwendigen Infrastrukturen“ (Wehrli, 2009, Abs. 1), aber auch die „klare Verteilung der entsprechenden Verantwortlichkeiten zwischen den verschiedenen betroffenen Akteuren“ (Wehrli, 2009, Abs. 1). Dies soll dazu dienen, im gesamtgesellschaftlichen Interesse Entscheidungen zur Behandlung und Betreuung Demenzerkrankter zu treffen. Auch diese Motion wurde, trotz Ablehnung des Bundesrates, im Nationalrat angenommen (Wehrli, 2009). Im Ständerat fanden die Motionen von Steigert und Wehrli am 12. März 2012 eine Mehrheit. „Demenzkranken und ihre Angehörigen sollen in der Schweiz so gut wie möglich betreut und behandelt werden. Hierfür hat das Parla-

ment den Bund nun beauftragt, gemeinsam mit den Kantonen und betroffenen Organisationen eine Demenzstrategie* zu Behandlungsmethoden, Forschung und Infrastrukturen zu erarbeiten.“ (Curaviva, 2012, Abs. 1)

Angehörige leisten sehr viel, wenn die demenzerkrankte Person Fähigkeiten verliert und dadurch in ihrem Alltag immer mehr auf Betreuung angewiesen ist (Schweizerische Alzheimervereinigung, k. D.a) Zu jeder Zeit muss die Betreuungsperson zur Verfügung stehen (Schaade, 2005), Hilfestellungen und Unterstützung bei den alltäglichen Verrichtungen bieten wie der Körperpflege, dem An- und Ausziehen oder auch beim Verlassen des Hauses (Schaade, 2005; Schweizerische Alzheimervereinigung, k. D.a). Laut Wettstein, König, Schmid und Perren (2005) kann diese Leistung „für die Angehörigen eine grosse Belastung sein und das Wohlbefinden beeinträchtigen“ (S.155). Als Belastungen, die für Angehörige durch die Pflege entstehen, beschreibt Volicer (2005) die physische, soziale, emotionale und zeitliche Abhängigkeit, sowie die Entwicklungsabhängigkeit. Die Belastung hänge davon ab, wie stimmig die Balance zwischen den Anforderungen und den eigenen Fähigkeit des pflegenden Angehörigen* ist (Volicer, 2005). Die Pflege von Angehörigen kann auf Grund der hohen chronischen Belastung auch schwere gesundheitliche Folgen für die pflegende Person haben, so haben sie beispielsweise ein höheres Risiko an einer Depression oder Angststörung zu erkranken (Volicer, 2005).

Dies macht deutlich, dass auch pflegende Angehörige Anlaufstellen, Entlastungsangebote und Unterstützung brauchen. Wird eine demenzerkrankte Person in der Ergotherapie behandelt, gehört es zu den wichtigsten Zielen, den Angehörigen Hilfestellungen zu bieten (Schaade, 2004). Weiter bestehen in der Schweiz verschiedene Angebote zur Entlastung von Angehörigen, wie Haushaltshilfe (beispielsweise durch die Spitex), kurze Entlastungsdienste, Tagesstätten oder auch Angehörigengruppen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2009). Die Schweizerische Alzheimervereinigung bietet Angehörigen Beratungen, Kurse und Seminare, Vermittlung zu weiterführenden Kontaktstellen, Informationsmaterial zu Demenz, oder auch zu den verschiedenen Entlastungsangeboten an (Schweizerische Alzheimervereinigung, k. D.b).

In der Gesellschaft werden hitzige Debatten über Demenz geführt. Dies zeigt das Beispiel von Martensson Brigitta (2011), Geschäftsleiterin der Schweizerischen Alzheimervereinigung, welche im Tages-Anzeiger Stellung nimmt, zu einem Artikel von Stolze Cornelia,

Autorin des Buches „Vergiss Alzheimer“. In diesem Artikel wird Stolze so zitiert, als sei sie der Ansicht, dass Alzheimer keine Krankheit, „sondern ein nützliches Etikett [sei], mit dem sich Ängste schüren, Forschungsmittel mobilisieren und Märkte für Medikamente schaffen liessen.“ (Martensson, 2011, S. 2). Infolge dessen, weist Martensson (2011) auf die Problematik der Alzheimerdemenz hin und auf die heutige Stigmatisierung* der Erkrankten. Sie schreibt, dass trotz jahrzehntelanger Forschung die genaue Ursache der Entstehung von Alzheimer noch immer ungewiss ist. Martensson (2011) meint dazu: „Wenn Alzheimer in der Gesellschaft zu einer der am meist gefürchteten Krankheiten gehört, dann hängt das in erster Linie mit Unwissen und der auch heute noch weit verbreiteten Stigmatisierung der Demenzkrankheiten zusammen.“ (S. 2). Wenn die Krankheit nicht als Krankheit angesehen wird, bestehe die Gefahr, dass durch Meinungen, wie Frau Stolze sie vertritt, die Politiker versucht sind, „zulasten der älteren, schwachen und hilflosen Menschen zu sparen“ (Martensson, 2011, S. 2). Das Bestreben müsse nun sein, Alzheimer und andere Demenzerkrankungen der Gesellschaft näherzubringen und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie man die Betroffenen und ihre Familien unterstützen könnte (Martensson, 2011).

Die Schweizerische Alzheimervereinigung (2010b) macht darauf aufmerksam, dass besonders zu Hause lebende Menschen mit Demenz in ihrer Selbständigkeit und den vorhandenen Fähigkeiten gefördert und dabei unterstützt werden müssen, in der Gesellschaft eingebunden zu bleiben. Im Schweizerischen Berufsprofil der Ergotherapie* ist festgehalten, dass die Unterstützung von Klienten zum Erhalt der Selbständigkeit, sowie zur Integration der Klienten in die Gesellschaft zum Aufgabengebiet der Ergotherapie gehört (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS] & Arbeitsgemeinschaft der Schweizer Schulen für Ergotherapie [ASSET], 2005).

Es gibt keine statistischen Daten darüber, wie viele Ergotherapeuten in der Schweiz in der Geriatrie arbeiten und wie viele davon Domizilbehandlungen* anbieten (Weise, 2011). Von den auf der Homepage des EVS (k. D.) als selbstständig erwerbend registrierten 667 Ergotherapeuten, arbeiten insgesamt 210 in der Geriatrie. Somit sind 31% der freischaffenden Ergotherapeuten in der Fachrichtung Geriatrie tätig. Es kann nicht evaluiert werden, wie viele davon demenzerkrankte Menschen behandeln und wie viele Domizilbehandlungen oder gemeindenahe Dienstleistungen anbieten, da weder das Bundesamt für Statistik, noch der EVS bis anhin genaue Daten erheben.

Die Autorinnen der Bachelorarbeit sind überzeugt, dass gemeindenahe Ergotherapie eine zukunftsorientierte und klientenzentrierte Möglichkeit ist, um Menschen mit Demenz beim Erhalt der Selbständigkeit und der sozialen Integration zu unterstützen. Der Transfer* der Therapieinhalte in den Alltag kann innerhalb der ergotherapeutischen Behandlung begleitet werden, was in den Augen der Autorinnen besonders bei Menschen mit Demenz von Wichtigkeit ist. Beide Autorinnen haben in ihren Praktika Erfahrungen mit demenzerkrankten Menschen gesammelt und sind weiter daran interessiert, in ihrer zukünftigen Laufbahn als Ergotherapeutinnen einen Beitrag zur Etablierung der gemeindenahen Ergotherapie* zu leisten.

1.2 Definition der Begrifflichkeiten

1.2.1 Zu Hause lebend

In der vorliegenden Arbeit stehen „zu Hause lebende“ Menschen mit Demenz im Zentrum. Das Zuhause wird hier als der Ort, respektive das Haus oder die Wohnung verstanden, wo die demenzerkrankte Person dauerhaft lebt. Jedoch unter Ausschluss von institutionellen Settings mit professioneller Betreuung wie Pflege- oder Altersheime.

1.2.2 Demenz

Im Pschyrembel Online (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010) wird Demenz* als eine „in der Regel über Monate bis Jahre chronisch* progredient* verlaufende Erkrankung des Gehirns mit Verlust von früher erworbenen kognitiven Fähigkeiten“ definiert. Das Deutsche Institut für Medizinische Information und Dokumentation [DIMDI] (2012) beschreibt Demenz in der ICD-10*-GM folgendermassen:

„Demenz [...] ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung*, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet [...]“ (DIMDI, 2012, Abs. 2).

Pschyrembel Online (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010) unterteilt die Demenzformen, die im Erwachsenenalter auftreten, in primäre und sekundäre Demenzen. Sekundäre Demenzen* treten aufgrund einer anderen Erkrankung auf. Bei den primären Demenzen* werden zum einen degenerative Demenzformen*, wie die Alzheimer*-Krankheit oder die frontotemporale Demenz*, weiter vaskuläre Demenzen* und Mischformen* voneinander unterschieden (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010).

Allen Demenzformen gemeinsam sind Schwierigkeiten mit dem Denken, dem Gedächtnis und der Orientierung, Veränderungen der Stimmungskontrolle und des sozialen Verhaltens, weiter kommt es zu Problemen in der Alltagsbewältigung (Demenz: Pflege und Betreuung Kompakt, k. D.).

In der folgenden Arbeit wird allgemein der Begriff Demenz verwendet unter Ausschluss der Demenz mit Lewy-bodies*, Korsakow-Demenz* und Creutzfeldt-Jakob*.

Basierend auf dem Mini-Mental-Status-Test [MMSE] von Folstein, Folstein und McHugh (1975), einem Erfassungsinstrument mit einer 30-Punkte-Skala zur Beurteilung des kognitiven Zustandes eines Klienten, wird die Demenz in drei Stadien eingeteilt. Dies sind die leichte, mittelgradige und schwere Demenz (Folstein et al., 1975).

Um ein genaueres Bild von diesen Krankheitsstadien zu erhalten, wird im Folgenden ein Überblick über mögliche Auswirkungen gegeben. Die Angaben beziehen sich auf die häufigste Demenzform, die Alzheimerdemenz*; sie macht etwa 50% aller Demenzerkrankungen aus (Schweizerische Alzheimervereinigung, k. D.c).

Im Stadium der leichten Demenz sind nur leichte Symptome vorhanden, die bei komplexen Tätigkeiten, bei der „Arbeit und soziale[n] Aktivitäten“ zu Einschränkungen führen (Landmann, 2009; Schaade, 2004, S. 7). „Selbständigkeit und Unabhängigkeit“ im Alltag sind jedoch noch möglich (Schaade, 2004, S.7). Die Gedächtnisfunktionen nehmen ab, besonders neue Informationen aufzunehmen, ist schwierig. So wiederholt sich die Person zum Beispiel in dem, was sie tut oder sagt (Landmann, 2009). Die Sprache kann durch Wortfindungsstörungen eingeschränkt sein und das Denkvermögen lässt nach, insbesondere in Bezug auf das Urteilen und Schlussfolgern (Landmann, 2009). Sich zeitlich und örtlich zu orientieren, vor allem in fremder Umgebung, werden für die erkrankte Person zunehmend schwieriger. Ihr Antrieb kann sich verändern, beispielsweise hin zur Passivität, oder Gefühle der Angst, Wut oder Niedergeschlagenheit können sich zeigen (Landmann, 2009).

Bei einer mittelgradigen Demenz wird „die Selbständigkeit im täglichen Leben immer schwieriger. Es kommt zu sehr auffälligem Verhalten.“ (Schaade, 2004, S. 7). Die erkrankten Personen sind auf Hilfe von anderen angewiesen (Landmann, 2009). Sie vergessen weiter Namen von ihnen vertrauten Menschen, und alltägliche Sachen, wie das Ankleiden, die Körperpflege oder das Essen bereiten Schwierigkeiten. Durch das Nachlassen der örtlichen Orientierung, findet sich die Person in ihrer vertrauten Umgebung nicht mehr zurecht, sucht Zimmer oder verirrt sich. Es kann auch zu Sinnestäuschungen kommen, einer

Antriebssteigerung* mit Unruhe und Umherwandern und das Zeitgefühl kommt abhanden, so dass die Person das Jetzt und Früher nicht mehr unterscheiden kann (Landmann, 2009).

Im Stadium der schweren Demenz kommt es zur Bettlägerigkeit, die Person ist vollständig von der Versorgung anderer abhängig (Landmann, 2009). „Das Gedächtnis ist nicht mehr in der Lage, neue Informationen zu speichern. Die Sprache reduziert sich auf wenige Worte. Vertraute Personen werden nicht mehr erkannt. Zu den gravierenden Beeinträchtigungen der geistigen Leistung kommen vielfältige körperliche Symptome hinzu“ (Landmann, 2009, S.344).

Bei den zu Hause lebenden Menschen mit Demenz sind die leichte und mittelgradige Demenz vorherrschend (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010b), deshalb wird der Schwerpunkt in der vorliegenden Arbeit auf diese beiden Stadien gelegt.

1.2.3 Ergotherapie

Ergotherapie* kommt vom Griechischen „ergein“, was so viel bedeutet wie „handeln, tätig sein“ (Claudiana, k. D., Abs. 1).

Die World Federation of Occupational Therapists [WFOT] (2010) definiert Ergotherapie als klientenzentrierten Gesundheitsberuf, welcher Gesundheit und Wohlbefinden durch Betätigung fördert. Ergotherapeuten sehen das oberste Ziel darin, den Menschen die erfolgreiche Partizipation* in Alltagsaktivitäten zu ermöglichen (WFOT, 2010). Dieses Ziel erreichen Ergotherapeuten, indem sie Menschen dazu befähigen, Fähigkeiten zu verbessern, eine Tätigkeit oder die Umwelt so zu verändern, dass das Eingebundensein* in die gewünschte, notwendige oder erwartete Betätigung* erhöht werden kann (WFOT, 2010). Betätigung ist ein zentraler Begriff der Ergotherapie und wird im Anhang E ausführlicher definiert.

Der EVS und ASSET beschreiben, dass die Ergotherapie die Handlungsfähigkeit* einer Person ins Zentrum stellt, und dazu beiträgt, diese zu erhalten und zu fördern (EVS et al., 2005). „Die Ergotherapie geht davon aus, dass Tätigsein und Handeln können menschliche Grundbedürfnisse sind, und dass gezielt eingesetzte Tätigkeiten gesundheitsfördernde und therapeutische Wirkung haben“ (EVS et al., 2005, S.8).

Zusätzlich zur Partizipation* an Alltagsaktivitäten, wie es der WFOT beschreibt, wird die Partizipation in der Gesellschaft als Ziel der Ergotherapie genannt (EVS, k. D.).

Ergotherapie in der Geriatrie beschreibt Gebauer (2005) als therapeutisches Handeln mit Menschen, die 65-jährig oder älter sind. Die Selbstständigkeit, beziehungsweise die Abhängigkeit, ist bei diesen Menschen unterschiedlich, denn sie befinden sich in verschiedenen Lebenssituationen. Sie sind berufstätig oder schon im Ruhestand, oder führen regelmäßig ehrenamtliche Tätigkeiten aus (Gebauer, 2005). Schaade (2004) beschreibt, dass die Ergotherapie demente Menschen, nebst den medikamentösen, betreuenden und pflegerischen Ansätzen, unterstützen kann. „Das übergeordnete Ziel der ergotherapeutischen Arbeit mit Demenzerkrankten ist, dem betroffenen Menschen Hilfe anzubieten, um das restliche Leben besser bewältigen zu können“ (Schaade, 2004, S. 10). Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde [DGPPN] und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie [DGN] (2009) beschreibt Ergotherapie in Bezug auf Demenz „als Intervention* zur Verbesserung und Stützung von Alltagsfunktionen und Handlungsfähigkeit mit dem Ziel der Verbesserung von Teilhabe [Partizipation] und Lebensqualität im individuellen Alltag und Lebenskontext“ (S. 73).

1.2.4 Ergotherapeutische Behandlungssettings* bei zu Hause lebenden Klienten

Im Berufsprofil vom EVS und ASSET (2005) wird beschrieben, dass die ergotherapeutische Behandlung auch die Therapie beim Klienten zu Hause beinhaltet. Die Leitlinie des DGPPN und DGN (2009) zeigt unter dem Kapitel Ergotherapie auf, dass es Evidenz* für betätigungsorientierte Ergotherapie im häuslichen Umfeld* gibt, wobei darauf hingewiesen wird, dass die Qualität der Studien einige Mängel aufweisen.

Wenn man in der Literatur über das ergotherapeutische Arbeiten im häuslichen Umfeld recherchiert, werden verschiedene Begrifflichkeiten verwendet. Gebauer (2005) und Rentsch (2005) beschreiben beide die ambulante Ergotherapie, jedoch mit etwas unterschiedlichen Definitionen. Weitere verwendete Begrifflichkeiten sind Hausbehandlung (Schaade, 2009) und Domizilbehandlung (Gebauer, 2005). Im englischsprachigen Raum findet man häufig den Begriff „community-based occupational therapy“ (Scaffa, 2001), der in dieser Arbeit als gemeindenahere Ergotherapie [übersetzt Fankhauser & Ritz, 2012] verwendet wird.

In den folgenden Abschnitten werden die Begriffe „ambulante Ergotherapie“, „Domizilbehandlung/Hausbehandlung“ und „gemeindenahe Ergotherapie“ näher definiert.

Ambulante Ergotherapie*

Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012a) wird ambulant als „nicht ortsgebunden“ (Abs. 2) und in der Medizin als „nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden; nicht stationär“ (Abs. 2) definiert. Gebauer (2005) unterscheidet drei unterschiedliche Rahmenbedingungen für die ambulante Ergotherapie: die ergotherapeutische Praxis, ergotherapeutische Hausbesuche und ergotherapeutische Hausbesuche im Seniorenheim. Gemäss Scheepers (2006) wird die ergotherapeutische Versorgung im ambulanten Setting*, hauptsächlich in ergotherapeutischen Praxen angeboten. Rentsch (2005) versteht unter ambulanter Therapie Massnahmen, die in speziellen Zentren oder in lokalen Praxen in der Wohnregion des Klienten angeboten werden. Als einen Teil davon definiert sie die „Domiziltherapie“, welche interdisziplinär von Pflege, Ergotherapie und Physiotherapie angeboten wird (Rentsch, 2005).

Domizilbehandlung*/Hausbehandlung

Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012b) wird Domizil mit „Wohnsitz, Stätte, wo jemand zu Hause ist“ (Abs. 3) gleichgesetzt. Rentsch (2005) benennt die Domiziltherapie als eine spezielle Form der ambulanten Therapie. „Die Therapie findet am Wohnort des Betroffenen statt, dieser muss nicht zur Behandlungsstelle gebracht werden. Der Patient steht im Mittelpunkt eines individuellen Programms, das auf seinen Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen im eigenen Lebensumfeld aufbaut“ (Rentsch, 2005, S. 83). Gebauer (2005) definiert Domizilbehandlung so, dass die ergotherapeutischen Behandlungen der an Demenz erkrankten Person in seinem gewohnten und häuslichen Umfeld stattfinden. Durch Domizilbehandlungen ist der „Transfer* der [...] Therapieinhalte in den Alltag“ gewährleistet (Gebauer, 2005, S. 362). Unter „Hausbehandlung“ versteht Schaade (2009), dass „der demenziell Erkrankte [...] in der Häuslichkeit gepflegt [wird] und eine niedergelassene Ergotherapeutin [...] den Auftrag [bekommt], bei diesem Kranken Ergotherapie durchzuführen“ (S. 90). Die unterschiedlichen erläuterten Begriffe können einander gleichgestellt werden.

Gemeindenahe Ergotherapie*

In den 60er Jahren war die Philosophie der gemeindenahen Ergotherapie von der Vorstellung geprägt, dass der Klient direkt in seiner aktuellen Umgebung lernen soll (Howe & Dippy, 1986, Watanabe, 1967 zit. nach Scaffa, 2001). Durch die Möglichkeit, den Kontext

Renata Fankhauser & Sophie B. Ritz

Gemeinde als Ressource* zu nutzen, kann das Individuum lernen, sich innerhalb des Zuhauses und der Gesellschaft* möglichst unabhängig zu betätigen* (Howe & Dippy, 1986, Watanabe, 1967 zit. nach Scaffa, 2001). Gemäss Scaffa (2001) umfasst der gemeindenahe Service der Ergotherapie ein breites Spektrum. Dazu gehören beispielsweise gesundheitsbezogene Dienstleistungen, Prävention* und Gesundheitsförderung*, akute* und chronische* Medizin-Versorgung, Rehabilitation* und die direkte und indirekte Unterstützung, von denen alle in der Gemeinde profitieren können (Scaffa, 2001). Diese Art der Therapie hat die individuellen und familiären Gesundheitsbedürfnisse zu Hause, am Arbeitsplatz und in Einrichtungen der Gemeinde im Fokus (Scaffa, 2001). Gemeinde im Zusammenhang mit gemeindenaher Ergotherapie bedeutet nicht nur die Nutzung des geographischen Standorts, sondern bezieht auch die Aspekte der kollektiven Gesundheit*, soziale Schwerpunkte und verschiedene Arten der Leistungserbringung in dieser Gesellschaft mit ein (Kniepmann, 1997, zit. nach Scaffa, 2001). Die gemeindenahe Ergotherapie nach Scaffa (2001) beinhaltet folglich einerseits die Domizilbehandlung im Zuhause des Klienten. Andererseits beinhaltet der Begriff aber auch Interventionen, die im für den Klienten wichtigen öffentlichen Raum stattfinden, um ihm die Partizipation an Aktivitäten* in der Gesellschaft zu ermöglichen.

Für die vorliegende Bachelorarbeit liegt der Fokus in Bezug auf das Behandlungssetting auf der gemeindenahen Ergotherapie nach der Definition von Scaffa (2001). Allerdings wird der Begriff auf die direkte ergotherapeutische Unterstützung des Klienten in seinem Zuhause und dem öffentlichen Raum eingeschränkt. Ausgeschlossen werden somit Interventionen, die nicht direkt den Klienten, sondern die Gesellschaft betreffen.

1.2.5 Soziale Partizipation

In der Literatur gibt es viele Definitionen rund um die Soziale Partizipation*, deshalb wird im folgenden Abschnitt versucht, einen kleinen Abriss verschiedener Definitionen zu geben, um danach den Begriff für diese Arbeit zu definieren.

Partizipation wird in der deutschsprachigen Fassung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF] als „[Teilhabe]“ (World Health Organisation [WHO], 2005, S. 16), genauer als „das Einbezogenensein in eine Lebenssituation“ (WHO, 2005, S. 16) beschrieben. Die Abbildung des Modells der ICF befindet sich im Anhang D. Die Integration in ein soziales Netzwerk ist eine wichtige Voraussetzung, um auch

im Alter ein selbstbestimmtes und selbstverantwortliches Leben führen zu können (Stosberg & Blüher, 2006). Borgetto & Siegel (2009) beschreiben das soziale Netzwerk als die Gesamtheit der sozialen Beziehungen, „in die eine Person eingebettet ist“ (S. 19). Diese Netzwerke sind unterschiedlich, beispielsweise was die Grösse anbelangt. Sie setzen sich hauptsächlich aus Freunden, Verwandten, Menschen aus dem Bekanntenkreis und der Nachbarschaft zusammen (Borgetto et al., 2009; Stosberg et al., 2006). Nach Donohue (2011) wird die Soziale Partizipation als verbale oder nonverbale zwischenmenschliche Interaktion definiert, wobei diese Interaktion in eine Aktivität eingebunden sein kann.

Gemäss dem Occupational Therapy Practice Framework* [OTPF] (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2002; basierend auf Mosey, 1996, S. 340) beinhaltet Soziale Partizipation im ergotherapeutischen Verständnis Aktivitäten, welche von einem Individuum erwartet werden. Diese Aktivitäten sind geprägt von einem typischen Verhalten eines Individuums oder der Interaktion eines Individuums mit anderen innerhalb eines sozialen Systems. Dieses soziale System beinhaltet die Gesellschaft, die Familie, sowie die Freunde und Peers* (AOTA, 2002, basierend auf Mosey, 1996, S. 340). Die Gesellschaftsebene der Sozialen Partizipation wird im OTPF beispielsweise als erfolgreiche Interaktion im Rahmen der Nachbarschaft, Organisationen, Arbeit oder Schule definiert (AOTA, 2002, basierend auf Mosey, 1996, S. 340). Schaade (2004) beschreibt, dass der Mensch ein Gemeinschaftswesen ist, der meistens die Gesellschaft mit anderen Menschen sucht. Schaade (2004) beschreibt weiter, dass dies auch bei Demenzerkrankten so ist, welche auf Grund ihrer Persönlichkeitsveränderung oftmals die Zuwendung der Menschen in ihrer Umwelt suchen. In einer Gruppe für Demenzerkrankte kann der demente Mensch durch die Gruppenmitglieder in seiner Kognition*, wie auch im sozialen Bereich angeregt werden und er kann kommunizieren (Schaade, 2004).

In der folgenden Bachelorarbeit wird nur auf den Bereich der Sozialen Partizipation in der Gesellschaft eingegangen. „Gesellschaft“ wird bei Duden online Bibliographisches Institut GmbH, 2012c) als die „Gesamtheit der Menschen [angesehen], die zusammen unter bestimmten politischen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen leben“ (Abs. 1), oder auch als eine „Vereinigung mehrerer Menschen, die ein bestimmtes Ziel oder gemeinsame Interessen haben“ (Abs. 4). In der vorliegenden Arbeit heisst dies in Bezug auf die Soziale Partizipation in der Gesellschaft, dass Aktivitäten* im Mittelpunkt stehen, die mit der Fami-

lie, Freunden und Peers* ausgeübt werden können, die jedoch im Gesellschaftlichen Leben eingebettet sind. Solche Aktivitäten sind unter anderem eine Turngruppe, das Mitwirken in einem Verein oder der regelmässige Gang zur Kirche. Zudem wird in der vorliegenden Arbeit die Altersgruppe auf die 65-jährigen und älteren Menschen eingeschränkt, da sich Personen dieser Altersgruppe bereits im Rentenalter befinden. Dies ist insofern relevant, als dass sich ihre Möglichkeiten zur Sozialen Partizipation und die Rollen von denen erwerbstätiger Menschen unterscheiden.

1.2.6 OTPF – Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process

Es gibt zahlreiche ergotherapeutischen Modelle*, die dabei helfen das Grundverständnis von Ergotherapie zu beschreiben. Die Modelle dienen dazu, „die ergotherapeutische Sicht auf menschliche Betätigung* [...] nachvollziehbar darzustellen“ (Marotzki, 2007, S. 104) und die vielschichtigen Verbindungen aufzuzeigen. So sind sie für Ergotherapeuten eine Orientierungs- und Strukturierungshilfe (Marotzki, 2007).

Im Folgenden wird das Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process [OTPF] vorgestellt, welches im Ergebnisteil dieser Arbeit als Struktur dienen soll.

Das OTPF ist ein Dokument der AOTA (Reichel, 2005). Es handelt sich um ein Modell, welches einerseits zum Ziel hat, den Gegenstandsbereich* der Ergotherapie [„domain“ (AOTA, 2008, S. 625)], dessen Fokus und Handlungen zu beschreiben, und andererseits den ergotherapeutischen Prozess* [„process“ (AOTA, 2008, S. 625)] zu veranschaulichen (Reichel, 2005). Auf den ergotherapeutischen Prozess wird hier nicht eingegangen, Angaben dazu können dem Anhang C der Arbeit entnommen werden.

Der gesamte Gegenstandsbereich der Ergotherapie wird in der zweiten, überarbeiteten Version des Dokumentes „Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 2nd Edition“ (AOTA, 2008) mit „Supporting health and participation through engagement in occupation“ (AOTA, 2008, S. 626) umschrieben. Dies kann wie folgt übersetzt werden: [Unterstützen von Gesundheit und Partizipation durch das Eingebundensein in Betätigung (übersetzt Fankhauser & Ritz, 2012)]. Alle Aspekte des Gegenstandsbereiches der Ergotherapie sind von gleicher Bedeutung, sie stehen in Wechselwirkung und beeinflussen so das Eingebundensein des Klienten in Betätigung, Partizipation und Gesundheit (AOTA, 2008).

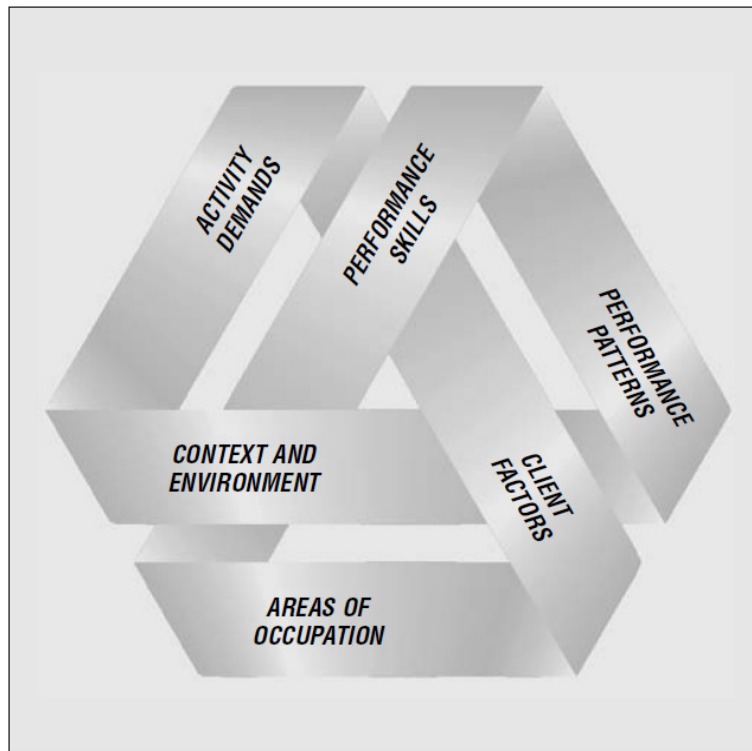


Abbildung 2. Gegenstandsbereich der Ergotherapie

In der folgenden Tabelle sind die Aspekte aufgeführt, die der Gegenstandsbereich der Ergotherapie beinhaltet. Genauere Erläuterungen zu den einzelnen Aspekten „areas of occupation“, „client factors“, „performance skills“, „performance patterns“, „context and environment“ und „activity demands“ finden sich im Anhang C.

AREAS OF OCCUPATION	CLIENT FACTORS	PERFORMANCE SKILLS	PERFORMANCE PATTERNS	CONTEXT AND ENVIRONMENT	ACTIVITY DEMANDS
Activities of Daily Living (ADL)* Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Rest and Sleep Education Work Play Leisure Social Participation <i>*Also referred to as basic activities of daily living (BADL) or personal activities of daily living (PADL).</i>	Values, Beliefs, and Spirituality Body Functions Body Structures	Sensory Perceptual Skills Motor and Praxis Skills Emotional Regulation Skills Cognitive Skills Communication and Social Skills	Habits Routines Roles Rituals	Cultural Personal Physical Social Temporal Virtual	Objects Used and Their Properties Space Demands Social Demands Sequencing and Timing Required Actions Required Body Functions Required Body Structures

Abbildung 3. Aspekte des Gegenstandsbereiches der Ergotherapie

Es erscheint sinnvoll, das OTPF für die Bearbeitung dieser Bachelorarbeit beizuziehen, da die Soziale Partizipation, ein zentrales Konstrukt dieser Arbeit, im OTPF klar als Teil des

Gegenstandsbereiches* der Ergotherapie, eingeschlossen ist und als eigener Betätigungsbereich des Klienten angesehen wird.

Das übergeordnete Ziel, welches im OTPF beschrieben wird, die Unterstützung von Gesundheit und Partizipation durch das Eingebundensein in Betätigung, ist ein Ziel, welches nach Schaade (2012) auch bei Demenzerkrankten wichtig ist. Sie beschreibt es als die Unterstützung des Betroffenen in seiner Lebensbewältigung.

Das OTPF bietet eine klare Leitlinie, um zu zeigen, welche Aspekte mit dem Betätigungsbereich der Sozialen Partizipation in einer Wechselwirkung stehen und zur Unterstützung der Sozialen Partizipation der an Demenz erkrankten Person berücksichtigt werden müssen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Klinische Relevanz

Wie in der Einleitung bereits erläutert, steigt die Gruppe der an Demenz erkrankten Menschen auch in der Schweiz stetig. Im Jahr 2010 leben 60% der an Demenz erkrankten Menschen zu Hause, gegenüber 40% in einem Heim (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010b). Muo, Schnidler, Venero, Schindler, Ferrario und Frisoni (2005) zeigen anhand ihrer gewonnenen Informationen über die Aktivitäten und Partizipation von Menschen mit Alzheimer auf, dass nicht nur das häusliche Leben, die Selbstversorgung* und die Mobilität beeinträchtigt sind, sondern auch die Kommunikation, Interaktion und die sozialen Beziehungen. Dass im Bereich der Menschen mit Demenz in der Schweiz momentan komplexe und dringliche Probleme bestehen, darauf weisen Monsch et al. (2008) hin. Diese Probleme seien in den sozialen und medizinischen Dienstleistungen, der Forschung, Lehre, aber auch in der öffentlichen Arbeit anzutreffen. In der Schweiz soll gesamthaft eine Bedarfsanalyse bezüglich dieser Problematik gemacht werden. Und es sollen neue Angebote für die Menschen mit Demenz aufgebaut werden (Monsch et al., 2008).

Die Unterstützung zur Integration beeinträchtigter Menschen in die Gesellschaft* gehört zum Aufgabengebiet der Ergotherapie (EVS et al., 2005). Im ESF-Projekt „Ergotherapie 2010“ (Fleitz, 2006) wird das Entwicklungspotential für ergotherapeutische Angebote vor Ort (am Domizil) herauskristallisiert.

In Anbetracht all dieser Aspekte erscheint es den Autorinnen dieser Bachelorarbeit als relevant, sich aus ergotherapeutischer Sicht mit dem Thema rund um Demenz, Gesellschaft und Soziale Partizipation auseinanderzusetzen, und dabei den Fokus auf die gemeindenahe Ergotherapie zu legen.

2.2 Stand der Forschung

Es wurde mehrfach belegt, dass sich Soziale Partizipation* positiv auf die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen auswirkt (Seemann, 2000, zit. nach Sorensen, Waldorff & Waldemar, 2008, Avlund et al., 2002, zit. nach Sorensen et al., 2008, Dahan-Oliel et al., 2008, zit. nach Andonian et al., 2011, Dale, 2008, zit. nach Andonian et al., 2011). Zudem scheint das Eingebundensein* in soziale Aktivitäten auf Grund der mentalen Stimulation den Beginn von Demenz zu verzögern (Katzman, 1995, zit. nach Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan & Winblad, 2000). Demenzerkrankte Menschen sind in ihrer Sozialen Partizipation jedoch eingeschränkt (Steultjens et al., 2004; Pollard, 2000, zit. nach Santoro & Klippel-Tancreti, 2008). In der Studie von Sorensen et al. (2008) wird aufgezeigt, dass die Soziale Partizipation von zu Hause lebenden Menschen mit leichter Alzheimerdemenz gering ist. Hier erscheint die Aussage von Pollard (2000, zit. nach Santoro et al., 2008) als zentral, wobei kognitive Einschränkungen zu den schwerwiegendsten Barrieren für Soziale Partizipation in der Gesellschaft gehören. Wie zuvor in der Definition zu „Demenz“ bereits erwähnt, sind die kognitiven Beeinträchtigungen ein Hauptmerkmal von Demenz, diese können zudem von Veränderungen des Sozialverhaltens begleitet sein (DIMDI, 2012).

Um gesunde ältere Menschen, die in einem städtischen Umfeld zu Hause sind, in ihrer Sozialen Partizipation zu unterstützen, haben Andonian et al. (2011) in einer qualitativen Studie wichtige Punkte identifiziert, wo ergotherapeutische Interventionen* anknüpfen können. So erscheint es wichtig, als Ergotherapeut für Gemeinschaftsressourcen einzutreten, ältere Menschen durch die vorhandenen Ressourcen miteinander zu verbinden, ihnen dabei zu helfen, gesunde Routinen zu entwickeln und deren Zugehörigkeitsgefühl durch die Teilnahme an bedeutungsvollen Aktivitäten zu fördern (Andonian, 2011). In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass Ergotherapie, auch in Form von Domizilbehandlungen und gemeindenahen Angeboten, bei Demenz wirkungsvoll ist, um die Selbständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens* [ADL] zu verbessern, Lebensqualität, Stimmung und Gesundheitszustand zu steigern, und um Verhaltensschwierigkeiten zu vermindern (Baldelli, Boiardi, Ferrari, Bianchi, & Bianchi, 2007, Gitlin, Winter, Dennis & Hauck, 2007, Graff et al., 2007, Voigt-Radloff et al., 2009).

Viele Studien beziehen sich auf die pflegenden Angehörigen* und zeigen auf, dass ergotherapeutische Interventionen zur Unterstützung von pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter effektiv und indiziert sind, um deren Lebensqualität zu steigern, respektive deren Belastung zu reduzieren (Corcoran, 1994, Corcoran & Gitlin, 2001, Gitlin, Corcoran, Winter, Boyce & Hauck, 2001, Gitlin et al., 2007, Gitlin et al., 2008, Gitlin, Winter, Hodgson & Hauck, 2010, Graff et al., 2007, Voigt-Radloff et al., 2009). Weiter berichten Murray und Crummett (2010) über ein Kunstprojekt zur Förderung der Sozialen Partizipation in der Gesellschaft von einer Gruppe älterer gesunder Menschen. Zur Förderung der Sozialen Partizipation Demenzerkrankter hat Carr (2006) eine Studie durchgeführt, jedoch in einer Musikgruppe in einer Pflegeinstitution.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zum Thema Demenz sowie zu pflegenden Angehörigen Demenzerkrankter in den letzten Jahren viel geforscht wurde und der State of the Art* für diese Themen dementsprechend hoch ist. Wie die Soziale Partizipation zu Hause lebender demenzerkrankter Menschen im Rahmen ergotherapeutischer Domizilbehandlungen*, respektive gemeindenaher Angebote unterstützt werden kann, dazu ist den Autorinnen dieser Arbeit jedoch noch wenig bekannt. Bereits 2004 wurde in einer systematischen Review von Steultjens et al. (2004), welche die Wirksamkeit von Ergotherapie für den Erhalt der Funktionsfähigkeit*, Sozialen Partizipation und Lebensqualität von zu Hause lebenden älteren Menschen aufgezeigt hat, darauf aufmerksam gemacht, dass weiterführende Forschung in Bezug auf spezielle Gruppen, wie die der Demenzerkrankten, nötig sei. Seit Steultjens et al. (2004) zu diesem Schluss gekommen sind, sind acht Jahre vergangen. Von daher soll nun nach neuen Forschungsergebnissen gesucht werden.

3 Fragestellung

Es ergibt sich folgende Fragestellung:

Mit welchen ergotherapeutischen Massnahmen können zu Hause lebende Menschen mit leichter bis mittelgradiger Demenz ab einem Alter von 65 Jahren im Rahmen von gemeindenaher Ergotherapie unterstützt werden, um ihre Soziale Partizipation in der Gesellschaft aufrechtzuerhalten?

4 Zielsetzung

Das Ziel der Arbeit ist es, im Rahmen einer systematisierten Literatursuche* ergotherapeutische Massnahmen* aufzuzeigen, welche im Rahmen von gemeindenaher Ergotherapie umgesetzt werden können, um Menschen mit Demenz bei der Aufrechterhaltung ihrer Sozialen Partizipation in der Gesellschaft zu unterstützen.

Zudem soll diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten, Entwicklungsmöglichkeiten im Bereich der gemeindenahen Ergotherapie im Zusammenhang mit der ergotherapeutischen Arbeit mit Demenzerkrankten Menschen in der Schweiz aufzuzeigen, wie es im ESF-Projekt „Ergotherapie 2010“ (Fleitz, 2006) als eine ergotherapeutische Möglichkeit mit Entwicklungspotential in der Schweiz aufgezeigt wird.

5 Methode

5.1 Beschreibung der Literatursuche

Um die Fragestellung beantworten zu können, wurde eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Die Suche erfolgte in den Datenbanken Amed, Cinahl, Medline, PsychInfo und den ergotherapiespezifischen Datenbanken* OTDBASE und OTSeeker. Das Bestreben war, durch die unterschiedlichen Datenbanken mit ihren verschiedenen Schwerpunkten eine möglichst breite Literatursuche zu gewährleisten. Im Anhang G befindet sich eine Tabelle, in der die verwendeten Datenbanken und ihre Thematik aufgelistet sind. Anhand der Fragestellung wurden die wichtigsten Themen herausgearbeitet, die danach als englische Stichwörter*, auch Keywords* genannt, definiert wurden. Weiter wurden für alle diese Keywords die Begriffe recherchiert, welche synonym oder als Ober- und Unterbegriff verwendet werden können. So konnten diese in die Literatursuche eingeschlossen werden. Um eine möglichst ergotherapiespezifische Übersetzung zu gewährleisten, wurde das Fachwörterbuch Deutsch-Englisch Englisch-Deutsch (Berding et al., 2010) hinzugezogen. Damit auch deutsche Studien gefunden werden konnten, wurden die Keywords in der Literaturrecherche auch in der deutschen Übersetzung verwendet. Die Keywords waren „occupational therapy“, „domiciliary treatment/home intervention“, „dementia“, „social participation“ und „community-dwelling“. Alle verwendeten Begrifflichkeiten werden in der Tabelle 1 aufgelistet.

Tabelle 1.

Verwendete Suchbegriffe

Keyword	Synonyme, Ober- und Unterbegriffe	Übersetzung
occupational therapy	OT/ occupational therapist, ergotherapist, therapist, therapeutics	Ergotherapie
domiciliary treatment, home intervention	outpatient therapy in home, Community based therapy, domiciliary treatment , domiciliary occupational treatment, domiciliary occupational therapy, domiciliary therapy, home-based (occupational) therapy, home occupational therapy, home care services/ home care, community care, home based rehabilitation, domiciliary visit/ home visit	Domizilbehandlungen Hausbehandlung
dementia	Dementia, Vascular Dementias, Alzheimer's Disease, Cognitive impairment	Demenz
social participation	social engagement, social ties, social relations	Soziale Partizipation
community-dwelling	Housbound, homebound	zu Hause wohnend

Zu Beginn der Literatursuche wurde jeder Begriff in den oben genannten Datenbanken als Stich- und Schlagwort eingegeben, unter Verwendung der datenbankspezifischen Trunkierungen*. So wurde beispielsweise nicht der Begriff „Ergotherapie“ in die Suchmaske eingegeben, sondern „Ergotherap:“, womit gleichzeitig auch nach Ergotherapeut, Ergotherapeutin, Ergotherapeutisch, etc. gesucht wurde. Weiter wurde nach den datenbankspezifischen MeSH-Terms* oder Cinahl Headings* gesucht.

Im weiteren Vorgehen wurden die einzelnen Keywords mit den zugehörigen Synonymen, Ober- und Unterbegriffen, MeSH-Terms bzw. Cinahl Headings, sowie den deutschen Übersetzungen mit dem Bool'schen Operator* OR in einer Suche miteinander kombiniert. Weiter wurden alle Kombinationsmöglichkeiten der entstandenen Begriffsammlungen in einer Excel-Tabelle aufgelistet. Eine Übersicht über alle genutzten Kombinationen, sowie alle verwendeten MeSH-Terms, bzw. Cinahl Headings und die verwendeten Trunkierungen der fünf Keywords „occupational therapy“, „domiciliary treatment/home intervention“,

„dementia“, „social participation“ und „community-dwelling“, sind im Anhang G für die einzelnen Datenbanken aufgelistet.

Die Datenbanken Amed, Cinahl, Medline und PsychInfo konnten alle in derselben Reihenfolge durchsucht werden, indem die einzelnen Begriffsammlungen, entsprechend der zuvor aufgestellten Liste, mit dem Bool'schen Operator AND kombiniert wurden. In den Datenbanken OTDBASE und OTSeeker war auf Grund der entsprechenden Suchmasken das Vorgehen so gezielt nicht möglich. Der Begriff Ergotherapie bzw. occupational therapy musste in diesen Datenbank nicht als Suchbegriff eingegeben werden, da auf diesen Datenbanken nur ergotherapeutisch relevante Studien erfasst sind. In der Datenbank OTDBASE wurde anhand der von der Datenbank vorgegebenen Themen und zugehörigen Unterthemen gesucht. Die Kombinationen der verwendeten Themen und Unterthemen sind in Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2.

Themensuche OTDBASE

Thema	Unterthemen
Aged	Community Day Care Environment Environmental Barriers
MH	Community Community Based Home Care
OT Practice	Community Based Social Justice

In der Datenbank OTSeeker wurden zuerst die einzelnen Begriffe, wie es in Tabelle 3 ersichtlich ist, mit dem Bool'schen Operator OR verknüpft. Die Treffer der Begriffsammlung „zu Hause“, „Ergotherapie“, „Soziale Partizipation“ und „Domizilbehandlung“ wurden danach eingeschränkt, indem in der Suchmaske die vorgegebenen Auswahlfelder „Alzheimer's Disease/Dementia“ und „Gerontologie“ angewählt wurden.

Tabelle 3.

Themensuche OTSeeker

Thema	Kombinationen
Ergotherapie	therapeutics OR therapist OR ergotherapist OR occupational therapist OR occupational therapy OR OT <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <Ergotherapie> verwendet.</i>
Domizilbehandlung	Domizilbehandlungen OR Hausbehandlung OR domiciliary treatment OR home intervention OR outpatient therapy in home OR Community based therapy OR domiciliary treatment OR domiciliary occupational treatment OR domiciliary occupational therapy OR domiciliary therapy OR home-based occupational therapy OR home occupational therapy OR home care services OR home care OR community care OR home based rehabilitation OR domiciliary visit OR home visit <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <Domizilbehandlung> verwendet.</i>
Demenz	demenz OR dementia OR vascular dementia OR alzheimer's disease OR cognitive impairment OR presenile dementia OR semantic dementia OR senile dementia <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <Demenz> verwendet.</i>
Soziale Partizipation	soziale partizipation OR social participation OR social engagement OR social ties OR social relations <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <Soziale Partizipation > verwendet.</i>
Zu Hause	zu hause wohnend OR community-dwelling OR housbound OR homebound <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <zu Hause> verwendet.</i>
<Zu Hause>	In Kombination mit den Auswahlfelder: Alzheimer's disease/dementia und Gerontology
<Ergotherapie>	In Kombination mit den Auswahlfelder: Alzheimer's disease/dementia und Gerontology
<Soziale Partizipation>	In Kombination mit den Auswahlfelder: Alzheimer's disease/dementia und Gerontology
<Domizilbehandlung>	In Kombination mit den Auswahlfelder: Alzheimer's disease/dementia und Gerontology

Die Suche in den verwendeten Datenbanken ergab eine grosse Menge an wissenschaftlichen Artikeln. Die Treffermengen zu den einzelnen Datenbanken sind im Anhang H ersichtlich. An den Treffermengen zu den einzelnen Begriffssammlungen ist ersichtlich, dass der State of the Art* für die Themen Demenz, Ergotherapie und zu Hause wohnend hoch ist. Dementsprechend wurden zu diesen Begriffssammlungen viele Treffer gefunden. In Zusammenhang mit Sozialer Partizipation gibt es bedeutend weniger Studien, wie es sich bereits vor der Literatursuche* abgezeichnet hat und unter „Stand der Forschung“ beschrieben wurde.

Während der Datenbanksuche wurde jeweils zuerst anhand des Titels und weiter anhand des Abstracts* eine Vorauswahl getroffen, wobei nur für die Fragestellung bedeutsam erscheinende Artikel abgespeichert oder notiert wurden. Einige Studien konnten in mehreren Datenbanken gefunden werden. Die Treffermengen in den ergotherapiespezifischen Datenbanken OTDBASE und OTSeeker, welche zum Schluss durchsucht wurden, ergaben keine neuen, relevanten Studien mehr. In den Fachzeitschriften American Journal of Occupational Therapy, Occupational Therapy & Rehabilitation, Occupational Therapy international, Gerontology, Gerontology & Geriatrics Education, Alzheimer's & Dementia und Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie wurde gezielt mit den Begriffssammlungen zu „Demenz“, „Ergotherapie“, „Soziale Partizipation“ und „Domizilbehandlung“ nach Studien gesucht und gefunden.

Durch eine Schneeballsuche* in den verschiedenen Datenbanken kamen keine neuen Studien dazu, die auf Grund von Titel und Abstract für unsere Fragestellung wichtig erschienen. Beim Durchsehen der Referenzen von gefundenen Studien, wurden zusätzlich einzelne Studien gesichtet und herausgesucht, die als relevant erschienen. Als keine neuen Studien mehr gefunden wurden, die alle Keywords beinhalteten, gingen die Autorinnen dieser Bachelorarbeit davon aus, dass die relevanten Studien erfasst worden waren. Um die Vollversion derjenigen Studien zu erhalten, welche nicht direkt von den Datenbanken aus erhältlich waren, wurden die elektronischen Nachschlagewerke der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften und der Zentralbibliothek Zürich genutzt.

5.2 Ein-/Ausschlusskriterien in Bezug auf die Literatur

Folgende Einschlusskriterien wurden definiert:

- Die Studie behandelt die Themen Demenz, zu Hause wohnend, Ergotherapie, gemein-
denahe Ergotherapie und Soziale Partizipation.
- Die Studienteilnehmer sind 65-jährig oder älter.
- Die Studienteilnehmer leiden an leichter oder mittelgradiger Demenz.
- Die Studien sind aus Verständnisgründen in englisch, deutsch oder französisch ver-
fasst.
- Die Studien sind auf Grund der Übertragbarkeit im westlichen Raum erarbeitet worden.

Folgende Ausschlusskriterien wurden definiert:

- Studien mit Fokus auf Lewy-bodies*, Korsakow* und Creutzfeld-Jakob* Demenz
- Studien mit Fokus auf schwere Demenz
- Studien mit Hauptfokus auf den pflegenden Angehörigen der Demenzerkrankten

Um eine Übersicht zu erhalten, welche Studien die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen, wurden sie kurz in Matrixform dargestellt. Zwei Studien erfüllten diese Kriterien. Und wurden somit als Hauptstudien festgelegt. Eine dritte Studie, die für die Fragestellung der vor-
liegenden Arbeit als zentral erschien, schloss Teilnehmer im Alter von 55 Jahren und älter mit ein. Auf Grund der Relevanz der Thematik für die Fragestellung und der Tatsache, dass die Menschen ab 65 Jahren auch in die Studie miteinbezogen sind, wird auch diese Studie als Hauptstudie verwendet.

5.3 Kriterien zur Beurteilung der Literatur

Die verbleibenden drei Studien wurden anhand der Formulare von Law et al. (1998) für quantitative Studien und von Letts et al. (2007) für qualitative Studien in Bezug auf ihre methodische Qualität* beurteilt.

In den Formularen konnten mögliche Mängel genauer herauskristallisiert werden, um so eine Aussage über die Qualität der Studien zu treffen. Die Aussagen der Studien werden im Ergebnissteil dargestellt. Mängel in der methodischen Qualität der Studien werden in der Diskussion transparent gemacht. Woraufhin eine Schlussfolgerung für die Praxis gezogen wird.

6 Ergebnisse

6.1 Studienvorstellung

6.1.1 Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer's disease

Tabelle 4.

Studie Brorsson, Öhmann, Lundberg und Nygård, 2011

Autoren	Erscheinungsjahr, Journal
Brorsson, A., Öhman, A., Lundberg, S. & Nygård, L.	2011, Dementia
Studiendesign	Kontext
Grounded Theory*	Schweden, Stockholm, Stadt und Stadtrand
Zielsetzung	
– Erfahrungen der Barrierefreiheit im öffentlichen Raum für Menschen mit Alzheimer-Demenz zu beleuchten, mit besonderem Fokus auf Orte, Situationen und Aktivitäten, die sie für das Alltagsleben wichtig finden. – Aufzeigen, wo Menschen mit Alzheimer-Demenz Unterstützung geboten werden kann, um ihnen einen besseren Zugang zu öffentlichen Räumen zu ermöglichen und so deren Partizipation und Gesellschaftsleben zu verbessern.	
Intervention (Rahmenbedingungen)	Messinstrument
Zweitautorin führt mit 7 Teilnehmern je zwei Interviews in deren jeweiligem Zuhause durch	Interviews
Teilnehmer	
Die Teilnehmer sind 55 Jahre alt oder älter, haben leichte Alzheimer-Demenz, wohnen zu Hause alleine oder mit dem Partner. Sie sind fähig zu reflektieren und ihr Erleben bezüglich der Situationen ausserhalb des Zuhauses zu schildern.	
Limitationen	Bezug zur Fragestellung
– Hintergrund der Forscher wird wenig transparent. – Das Alter in dieser Stichprobe* ist schlecht durchmisch. – Die Teilnehmeranzahl ist für eine Grounded-Theory-Studie gering. – Obwohl die Datensammlung gestoppt wurde, als immer wieder Ähnlichkeiten in den Daten hervorkamen, könnte die transaktionale Perspektive* die Entwicklung der Core-Kategorie* beeinflusst haben. – Es wurden nur Menschen einbezogen, die in der Stadt und am Stadtrand leben. Bei dementen Menschen aus ländlichen Gegenden wäre das Resultat unter Umständen anders. – Eingeschlossen wurden nur Menschen, die den öffentlichen Raum nutzen.	Aus diesen Studienergebnissen können für die ergotherapeutische Intervention wichtige, zu beachtende Aspekte und Ansätze für ergotherapeutische Massnahmen abgeleitet werden, um die Soziale Partizipation der demenzerkrankten Person in der Gesellschaft zu unterstützen.

Die Studienergebnisse zeigen, dass die Studienteilnehmer Einschränkungen erleben, um an Aktivitäten im öffentlichen Raum teilzuhaben. Öffentliche Orte werden von allen Teilnehmern als sehr wichtig betrachtet. Doch sie beschreiben, dass die öffentliche Umgebung, in der sie sich wohl fühlen, immer kleiner geworden ist. Dementsprechend hat sich die Nutzung der öffentlichen Räume verändert und sich mit der Zeit auf die örtliche Umgebung und nahe Nachbarschaft beschränkt. Die Vertrautheit der Aktivität und der Umgebung sind für die Teilnehmer wichtig, um eine Aktivität selbständig durchzuführen. Weiter beschreiben die Teilnehmer, dass der Gebrauch von Schilder, Karten und Fahrplänen immer schwieriger und die Nutzung nicht vertrauter öffentlicher Orte dadurch erschwert wird.

Die Teilnehmer äussern, dass sich die Interessen verändert haben. Aktivitäten werden mehr geschätzt, wenn sie damit gleichzeitig mehrere Ziele verfolgen können. So beispielsweise, wenn der Weg zum Einkauf als Gehtraining genutzt werden kann. Dadurch, dass sich Interessen, Motivation und Antrieb verändern, verschieben sich die Aktivitäten und die Soziale Partizipation zunehmend in Richtung Familienkontext. Weiter äussern die Teilnehmer Erfahrungen des Kontrollverlustes, Gefühle der Unsicherheit, das Gefühl verletztlich und ausgestellt zu sein, wenn in der Öffentlichkeit etwas nicht mehr geht. Am späteren Nachmittag oder Abend gehen die Teilnehmer nicht mehr alleine in die Öffentlichkeit, sondern nur in Begleitung, da sie sich in der Dämmerung schlechter orientieren können und ab dem Nachmittag eine mentale Müdigkeit* auftritt.

Auch stetige Veränderungen, wie die Zunahme von Alltagstechnologien*, belebtere Plätze, schnelleres Tempo und Lärm an öffentlichen Orten, sowie die laufenden Veränderungen von Orientierungspunkten, welche helfen den Weg zu finden, erleben die Teilnehmer als Barrieren für das Eingebundensein* in Aktivitäten in der öffentlichen Gesellschaft.

6.1.2 Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia

Tabelle 5.

Studie Brataas, Bjugan, Wille und Hellzen, 2010

Autoren		Erscheinungsjahr, Journal	
Brataas, H. V., Bjugan, H., Wille, T. & Hellzen, O.		2010, Journal of Clinical Nursing	
Studiendesign		Kontext	
Narrative Inhaltsanalyse*		Norwegen, in einem ländlichen Kontext	
Zielsetzung			
– Erfassen, wie ein zeitlich begrenztes Programm eines Tageszentrums aus der Sicht von zu Hause lebenden Menschen mit leichter Demenz erlebt wird. Das dadurch generierte Wissen kann helfen, den Fokus in der Betreuung Demenzerkrankter anzupassen.			
Intervention (Rahmenbedingungen)		Messinstrument	
Tagesprogramm in 2 Gruppen à je 8 Teilnehmer in zwei Gemeinden während 7 Wochen je 1x pro Woche mit Ausflügen an öffentliche Orte unter der Leitung von Ergotherapieassistentin und Pflege.		Narrative Interviews: während des Programms und drei Monaten nach dessen Abschluss mit 9 von 16 Personen.	
Teilnehmer			
Die 16 Programmteilnehmer sind zwischen 77 und 92 Jahre alt, haben eine leichte Demenz und wohnen zu Hause. Die 9 Interviewteilnehmer sind 77 bis 88 Jahre alt.			
Limitationen		Bezug zur Fragestellung	
<ul style="list-style-type: none"> – Es wurde nur ein Teil der Programmteilnehmer interviewt nach dem Prinzip der Datensättigung*, jedoch wurden die ältesten Personen nicht befragt. – Der leitende Forscher, der schliesslich auch die Interviews durchführte, hat Sequenzen des Gruppenprogramms beobachtet. Die Teilnehmer wussten um dessen Rolle, was die Aussagen der Teilnehmer beeinflusst haben kann. – Zur Reflexivität der Forscher und zum Vertrauensaufbau zu den Teilnehmern wird nichts beschrieben. 		Zeigt Aspekte auf, die den demenzerkrankten Menschen wichtig sind oder wo sie Barrieren* für die Soziale Partizipation ausserhalb des Zuhauses und des Familienkontextes erleben. Hier ergeben sich Ansatzpunkte für die ergotherapeutischen Interventionen.	

Aus den analysierten Erzählungen werden in den Studienergebnissen drei Hauptthemen zum Erleben des Tagesprogramms herauskristallisiert. Vor der Teilnahme am Programm ist das Hauptthema „Ambivalence shifts to interest“ (Brataas et al., 2010, S.2842) [Von der Zwiespältigkeit zum Interesse (übersetzt Fankhauser & Ritz, 2012)]. Dieses Thema ist davon geprägt, dass sich die Teilnehmer ihrer kognitiven Einschränkungen bewusst sind und sich selbst als ausser Stande ansehen, selbständig an sozialen Treffen teilzunehmen. Auszugehen bringt das Risiko mit sich, auf Herausforderungen zu treffen, welche bessere kognitive Leistungen erfordern, als diese Personen das Gefühl haben, zu besitzen. Diese Wahrnehmung kann als Barriere betrachtet werden, die sie die Personen daran hindert, in der Gesellschaft teilzunehmen. Die soziale Motivation wird durch das Studienprogramm

geweckt, da die Teilnehmer es für ungesund halten, die ganze Zeit alleine zu bleiben, verstorbene Partner zu vermissen, in sich gekehrt zu sein und zu vereinsamen.

„Meaningful engagement engenders wellbeing“ (Brataas et al., 2010, S.2842) [sinnvolle Beschäftigung bringt Wohlbefinden (übersetzt Fankhauser & Ritz, 2012)] ist das erlebte Hauptthema während des Tagesprogramms über die sieben Wochen hinweg. Die Teilnahme an einem Gruppenprogramm bietet eine Grundlage zur Wiedererlangung der eigenen Identität und der traditionellen und kulturellen Werte. Das Programm besteht aus Aktivitäten, die in den örtlichen Traditionen verankert sind, die Geselligkeit, interpersonelle Beziehungen, soziale Interaktion und Freude fördern. Die Klienten schätzen Aktivitäten, die in der örtlichen Geschichte oder ihrer eigenen Lebensgeschichte verwurzelt sind. Sie merken, dass sie selbst und die anderen sozial noch intakt sind. Die Teilnehmer erleben wieder Wohlbefinden, Erfahrungen des Respekts, der Geborgenheit und der Güte, „we all are equals I think“ (Brataas, 2010, S. 2844). Am Ende eines Tages wird von der Ergotherapieassistentin und einer Pflegenden gemeinsam ein Gespräch zum Thema Zusammenarbeit moderiert. In diesen Diskussionen werden gemeinsam mit den Teilnehmern Entscheidungen getroffen, was beim nächsten Treffen unternommen werden soll. Die Klienten werden gebeten, Aktivitäten vorzuschlagen und zu diskutieren.

Nach der Teilnahme am Programm ist das Hauptthema „Social fellowship promotes life contentment“ (Brataas et al., 2010, S.2842) [soziale Gemeinschaft fördert/unterstützt Lebenszufriedenheit (übersetzt Fankhauser & Ritz, 2012)]. Das Teilen von lokalen Lebenserfahrungen stärkt das Gefühl der kulturellen Zugehörigkeit der Teilnehmer. Die Teilnehmer merken an, dass das Realisieren des Gedächtnisverlustes und die damit verbundenen Erfahrungen hart und schmerzlich sind (Brataas, 2010). Die Klienten erkennen jedoch, dass sie einander unterstützen können, ihre verbliebenen Erinnerungen anzuregen. Die Unsicherheit vor der Teilnahme am Programm wechselt in Zufriedenheit und erhöht die Vitalität*. Wären weitere Möglichkeiten vorhanden, würden die befragten Personen weiter an solchen Programmen teilnehmen.

In dieser Studie hat sich zudem gezeigt, dass betreute Transporte zum Ort des Geschehens ein Bedürfnis sind, um sozial aktiv zu sein. Sicherheit, Planbarkeit und Kontrolle scheinen Voraussetzung zu sein, um an einem solchen Programm teilzunehmen.

6.1.3 Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial.

Tabelle 6.

Studie Graff, Vernoij-Dassen, Thijssen, Dekker, Hoefnagels und Olde Rickert, 2006

Autoren		Erscheinungsjahr, Journal	
Graff, M. J. L., Vernoij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olde Rickert, M. G. M.		2006, British Medical Journal	
Studiendesign		Kontext	
einfach-verblindet randomisiert kontrollierte Studie (RCT)*		Nicht klar beschrieben	
Zielsetzung			
– Untersuchen, welche Wirkung gemeindenaher ergotherapeutischer Interventionen auf die Funktionsfähigkeit* im Alltag von Menschen mit Demenz und auf das Kompetenzgefühl von deren pflegenden Angehörigen haben.			
Intervention		Messinstrument	
<ul style="list-style-type: none"> – 10 einstündige ergotherapeutische Behandlungen während 5 Wochen – Behandlungen 1-4: Erfassung bedeutungsvoller Aktivitäten und Zielvereinbarung, einbringen von Kompensations- und Umweltstrategien. – Behandlungen 5-10: Die Klienten werden unterstützt, die erlernten Strategien zu optimieren, pflegende Angehörige werden bezüglich ihrer Betreuungsfertigkeiten unterstützt. 		Die Daten werden vor der Intervention, nach 6 Wochen und nach 12 Wochen erhoben anhand: <ul style="list-style-type: none"> – prozessbezogenen Fertigkeiten des AMPS* und – Performanzskala des "interview of deterioration in daily activities in dementia*" (Demente Personen) – Performanzskala des „sense of competence questionnaire*" (Pflegerische Angehörige). 	
Teilnehmer			
135 Menschen ab 65 Jahren mit leichter bis mittelgradiger Demenz, die zu Hause wohnen und deren pflegenden Angehörigen, die sich mindestens einmal pro Woche um die erkrankte Person kümmern.			
Limitationen		Bezug zur Fragestellung	
<ul style="list-style-type: none"> – Es wird keine doppelt-verblindete Studie durchgeführt. – Die Teilnehmer werden vor allem aus den ambulanten Kliniken der Universitätsklinik rekrutiert. Von daher ist die Stichprobe vermutlich nicht repräsentativ für alle Klienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz in der Gesundheitsregion, wo die Studie durchgeführt wurde. – Der kulturelle Kontext wird nicht erwähnt. 		Ab der fünften Behandlung ist der Fokus der Interventionen auf die pflegenden Angehörigen gerichtet, wobei es darum geht, die Autonomie* und die Soziale Partizipation* der Klienten und Angehörigen selber zu fördern.	

In den letzten sechs Einheiten werden die pflegenden Angehörigen trainiert, durch kognitive und verhaltenstherapeutische Massnahmen, durch Supervision*, Problemlösung und Copingstrategien* die Autonomie und die Soziale Partizipation der dementen Personen und von sich selbst zu fördern. Für die vorliegende Bachelorarbeit ist dies ein zentraler Punkt. Die Autoren nutzen eine Kovarianzanalyse*, um die wichtigsten Effekte für die primären Outcomes zu bestimmen. Nach 6 Wochen zeigen sich in allen primären Outcome-

variablen* signifikante und klinisch relevante Unterschiede. Klienten, die Ergotherapie erhalten, können ihren Alltag besser gestalten, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe* und die pflegenden Angehörigen der Interventionsgruppe* fühlen sich kompetenter. Diese Verbesserung ist auch nach 12 Wochen noch signifikant*. Die Autoren der Studie führen die positiven Effekte darauf zurück, dass ein Teil der Intervention darauf abzielt, pflegende Angehörige in der Bereitstellung der Betreuung zu trainieren, welche die demente Person für die Durchführung der Alltagsaktivitäten benötigt.

6.2 Studienergebnisse anhand des OTPF

In diesem Kapitel werden die Studienergebnisse, welche einen Bezug zur Fragestellung dieser Arbeit aufweisen, in der Struktur des ergotherapeutischen Modells* OTPF (AOTA, 2008) dargestellt. Das OTPF* dient hier zur Strukturierung der Studienresultate aus einer ergotherapeutischen Perspektive und soll so einen Überblick über wichtige Aussagen geben. Bei dieser tabellarischen Übersicht besteht nicht der Anspruch, dass jeder Bereich des OTPF vollständig abgedeckt ist. Damit Rückschlüsse auf die Herkunft der Aussagen gemacht werden können, ist hinter den Aussagen jeweils die entsprechende Studiennummer (1), (2) oder (3) notiert. Die Legende findet sich jeweils am oberen Tabellenrand.

Tabelle 7.

Ergebnisse in der OTPF Struktur

Brorsson et al., 2011 (1), Brataas et al., 2010 (2), Graff et al., 2006 (3)

Betätigungsbereiche* Aktivitäten des täglichen Lebens* und instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens*, Erholung und Schlaf, Ausbildung/Arbeit, Freizeit, Soziale Partizipation*	<ul style="list-style-type: none">• Das Gruppenprogramm bietet Rahmen für Soziale Partizipation. (2)• In der örtlichen Tradition verankerte Aktivitäten werden geschätzt und dienen als Grundlage für soziale Interaktion. (2)• Demenzerkrankte erleben Einschränkungen, um an Aktivitäten im öffentlichen Raum teilzuhaben. (1)• Schwierigkeiten in der Öffentlichkeit den Weg zu finden, ist ein schwerwiegendes Hindernis für die Partizipation, dies sowohl drinnen wie auch draussen. (1)• Fehlendes Wissen über neue Technologien hindert das Planen und Umsetzen von Ausflügen, beispielsweise, wenn Servicepersonal durch Alltagstechnologien ersetzt wird. (1)• Das Ausführen von Aktivitäten in der Öffentlichkeit steht in Verbindung mit vorbereitenden Aktivitäten zu Hause, wie beispielsweise dem Zusammenpacken aller nötigen Utensilien. Dadurch wird die ohnehin schon spärlich vorhandene Energie bereits verpufft, bevor die demente Person das Haus überhaupt verlässt. (1)• Möglichkeit tätig zu sein und verschiedene öffentliche Örtlichkeiten zu besuchen, gibt das Gefühl, eine aktive, unabhängige Person und Teil der Gesellschaft zu sein. (1)• Durch Teilnahme am Gruppenprogramm und Austausch bemerkt der Teilnehmer, dass er sozial noch intakt ist. (2)• Die Teilnahme am Gruppenprogramm ist eine Grundlage zur Wiedererlangung der eigenen Identität, der traditionellen und kulturellen Werte. (2)• Durch sozialen Austausch in gemeinsamen Aktivitäten erleben demente Personen wieder Wohlbefinden, Respekt, Geborgenheit, Güte und Gleichheit. (2)• Bedeutungsvolle Aktivitäten, die verbessert werden sollen, werden von der erkrankten Person und dem pflegenden Angehörigen in der Therapie ausgewählt und priorisiert. (3)• Das Üben von Kompensations- und Umweltstrategien, sowie die
---	--

	<p>Befähigung der Angehörigen zu mehr Kompetenz in der Unterstützung der dementen Person, führen zu einer bessern Funktionsfähigkeit im Alltag der dementen Person. (1)</p>
<p>Klientenfaktoren Werte, Überzeugungen, Spiritualität*; Körperfunktionen und -strukturen*</p>	<p>Werte, Überzeugungen, Spiritualität:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interesse am Gemeinschaftsleben teilzuhaben ist vorhanden, Demenzerkrankte trauten sich jedoch nicht mehr hinauszugehen. (1) • Teilnehmer sehen sich selbst als ausser Stande, selbständig an sozialen Treffen teilzunehmen. (2) • Auszugehen birgt das Risiko, auf Herausforderungen zu treffen, welche bessere kognitive Leistungen erfordern, als demente Personen das Gefühl haben, zu besitzen. (2) • Durch Teilnahme am Gruppenprogramm und Austausch bemerkt der Teilnehmer, dass er sozial noch intakt ist. (2) • Die Teilnahme am Gruppenprogramm ist eine Grundlage zur Wiedererlangung der eigenen Identität, der traditionellen und kulturellen Werte. (2) • Das Anerkennen und Unterstützen der Bewältigungsstrategien der dementen Person durch die Pflege-Studenten und pflegenden Angehörigen scheint den Klienten in seiner Person zu bestärken. (2) • In der örtlichen Tradition verankerte Aktivitäten werden geschätzt und dienen als Grundlage für soziale Interaktion. (2) <hr/> <p>Körperfunktionen und -strukturen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf Grund neuer Technologien von der Gesellschaft ausgeschlossen zu sein, nervt. (1) • Gebrauch von Schildern, Karten und Fahrplänen wird immer schwieriger, beispielsweise bei Karten die Position zu orten oder zu sehen was oben und was unten ist. (1) • Das Ausführen von Aktivitäten in der Öffentlichkeit steht in Verbindung mit vorbereitenden Aktivitäten zu Hause, wie beispielsweise dem Zusammenpacken aller nötigen Utensilien. Dadurch wird die ohnehin schon spärlich vorhandene Energie bereits verpufft, bevor die demente Person das Haus überhaupt verlässt. (1) • Unsicherheit in der Öffentlichkeit, das Gefühl verletztlich und ausgestellt zu sein, wenn in der Öffentlichkeit etwas nicht mehr geht, beispielsweise an der Kasse, wenn sie Angst haben, ihre Schwierigkeiten auszustellen, und sich damit dem Risiko auszusetzen, bevormundet zu werden. (1) • Unsicherheit kann durch gutes Unterstützungsangebot zur Zufriedenheit wechseln. (2) • Das Üben von Kompensations- und Umweltstrategien sowie die Befähigung der Angehörigen zu mehr Kompetenz in der Unterstützung der dementen Person führt zu einer bessern Funktionsfähigkeit im Alltag der dementen Person. (1) • Durch sozialen Austausch in gemeinsamen Aktivitäten erleben demente Personen wieder Wohlbefinden, Respekt, Geborgenheit, Güte und Gleichheit. (2) • Die Gesundheitsbedingungen können als Hindernisse für alle Arten sozialer Aktivitäten ausserhalb des Hauses gesehen werden. (2) • Auszugehen birgt das Risiko, auf Herausforderungen zu treffen,

	<p>welche bessere kognitive Leistungen erfordern, als demente Personen das Gefühl haben, zu besitzen. (2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demente Personen berichten über schlechtere Orientierung bei Dämmerung und mentale Müdigkeit am Nachmittag. (1) • Fehlendes Wissen über neue Technologien hindert das Planen und Umsetzen von Ausflügen, beispielsweise, wenn Servicepersonal durch Alltagstechnologien ersetzt wird. (1)
<p>Performanzfertigkeiten* sensorisch-perzeptuelle Fertigkeiten*, motorische und motorisch-planerische Fertigkeiten*, Fertigkeiten der emotionalen Regulation*, kognitive Fertigkeiten*, kommunikative und soziale Fertigkeiten*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demenzerkrankte erleben Einschränkungen, um an Aktivitäten im öffentlichen Raum teilzuhaben. (1) • Gebrauch von Schildern, Karten und Fahrplänen wird immer schwieriger, beispielsweise bei Karten die Position zu orten oder zu sehen was oben und was unten ist. (1) • Orientierung an öffentlichen Plätzen ist schwierig. (1) • Schwierigkeiten in der Öffentlichkeit den Weg zu finden, ist ein schwerwiegendes Hindernis für die Partizipation, dies sowohl drinnen wie auch draussen. (1) • Auszugehen birgt das Risiko, auf Herausforderungen zu treffen, welche bessere kognitive Leistungen erfordern, als demente Personen das Gefühl haben, zu besitzen. (2) • Fehlendes Wissen über neue Technologien hindert das Planen und Umsetzen von Ausflügen, beispielsweise, wenn Servicepersonal durch Alltagstechnologien ersetzt wird. (1) • Der öffentliche Raum ist zu bestimmten Tageszeiten weniger zugänglich und deshalb ist die Planung, wann eine Aktivität durchgeführt wird, wichtig. (1)
<p>Performanzmuster* Gewohnheiten*, Routinen*, Rollen*, Rituale*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Das Ausführen von Aktivitäten in der Öffentlichkeit steht in Verbindung mit vorbereitenden Aktivitäten zu Hause, wie beispielsweise dem Zusammenpacken aller nötigen Utensilien. Dadurch wird die ohnehin schon spärlich vorhandene Energie bereits verpufft, bevor die demente Person das Haus überhaupt verlässt. (1) • Vertrautheit der Aktivität und der Umgebung sind wichtig, um fähig zu sein, Aktivitäten selbständig durchzuführen, so gehen Teilnehmer beispielsweise regelmässig täglich oder wöchentlich zur gleichen Zeit am gleichen Ort einkaufen oder spazieren. (1) • Möglichkeit, tätig zu sein und verschiedene öffentliche Örtlichkeiten zu besuchen, gibt das Gefühl, eine aktive, unabhängige Person und Teil der Gesellschaft zu sein. (1) • Die Teilnahme am Gruppenprogramm ist eine Grundlage zur Wiedererlangung der eigenen Identität, der traditionellen und kulturellen Werte. (2)
<p>Kontext* und Umwelt* kulturell*, persönlich*, physisch*, sozial*, zeitlich*, virtuell*</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Auszugehen birgt das Risiko, auf Herausforderungen zu treffen, welche bessere kognitive Leistungen erfordern, als demente Personen das Gefühl haben, zu besitzen. (2) • Unsicherheit in der Öffentlichkeit, das Gefühl verletzlich und ausgestellt zu sein, wenn in der Öffentlichkeit etwas nicht mehr geht, beispielsweise an der Kasse, wenn sie Angst haben, ihre Schwierigkeiten auszustellen, und sich damit dem Risiko auszusetzen, bevormundet zu werden. (1) • Interesse, am Gemeinschaftsleben teilzuhaben, ist vorhanden, Demenzerkrankte getrauten sich jedoch nicht mehr hinaus zu gehen. (1) • Teilnehmer sehen sich selbst als ausser Stande selbständig an

sozialen Treffen teilzunehmen, diese Wahrnehmung hindert sie daran, in der Gesellschaft teilzuhaben. (2)

- Das Gruppenprogramm bietet Rahmen für Soziale Partizipation. (2)
- Die Teilnahme am Gruppenprogramm ist eine Grundlage zur Wiedererlangung der eigenen Identität, der traditionellen und kulturellen Werte. (2)
- Wären weitere solche Gruppenprogramme vorhanden, würden die demenzerkrankten Menschen, die an dieser Studie teilgenommen haben, auch wieder teilnehmen. (2)
- In der örtlichen Tradition verankerte Aktivitäten werden geschätzt und dienen als Grundlage für soziale Interaktion. (2)
- Unsicherheit kann durch gutes Unterstützungsangebot zu Zufriedenheit wechseln. (2)
- Betreute Transporte zum Ort des Geschehens sind ein Bedürfnis der demenzerkrankten Personen, um sozial aktiv zu sein. (2)
- Vertrautheit der Aktivität und der Umgebung sind wichtig, um fähig zu sein, Aktivitäten selbständig durchzuführen, so gehen Teilnehmer beispielsweise regelmässig täglich oder wöchentlich zur gleichen Zeit am gleichen Ort einkaufen oder spazieren. (1)
- Demenzerkrankte erleben Einschränkungen, um an Aktivitäten im öffentlichen Raum teilzuhaben. (1)
- Stetige Veränderungen, wie die Zunahme von Alltagstechnologien, belebtere Plätze, schnelleres Tempo und Lärm an öffentlichen Orten, sowie die laufenden Veränderungen von Orientierungspunkten, welche den Weg zu finden helfen, sind erlebte Barrieren für das Eingebundensein in Aktivitäten in der öffentlichen Gesellschaft. (1)
- Die Orientierung an öffentlichen Plätzen ist schwierig. (1)
- Schwierigkeiten in der Öffentlichkeit den Weg zu finden, ist ein schwerwiegendes Hindernis für die Partizipation, dies sowohl drinnen, wie auch draussen. (1)
- Auf Grund neuer Technologien von der Gesellschaft ausgeschlossen zu sein, nervt. (1)
- Die zunehmenden Schwierigkeiten, Schilder und Karten zu erkennen und zu gebrauchen, schränkte den Zugang zu Orten im öffentlichen Raum, die nicht vertraut sind, zunehmend ein. (1)
- Am späteren Nachmittag oder Abend gehen die Teilnehmer nicht mehr alleine in die Öffentlichkeit, auf Grund der schlechteren Orientierung bei Dämmerung und der mentalen Müdigkeit. (1)
- Wie belebt ein Platz ist, wie laut es ist und wie das dortige Tempo der Aktivitäten ist, kann sich über den Tag an einigen Orten verändern. (1)
- Der öffentliche Raum ist zu bestimmten Tageszeiten weniger zugänglich und deshalb ist die Planung, wann eine Aktivität durchgeführt wird, wichtig. (1)
- Bedeutungsvolle Aktivitäten, die verbessert werden sollen, werden von der erkrankten Person und dem pflegenden Angehörigen in der Therapie ausgewählt und priorisiert. (3)
- Angehörige werden trainiert, durch kognitive und verhaltenstherapeutische Massnahmen, durch Supervision, Problemlösung und Copingstrategien die Autonomie und die Soziale Partizipation der

	<p>dementen Person und von sich selber zu fördern. (3)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Üben von Kompensations- und Umweltstrategien sowie die Befähigung der Angehörigen zu mehr Kompetenz in der Unterstützung der dementen Person führt zu einer bessern Funktionsfähigkeit im Alltag der dementen Person. (1) • Die Motivation von Angehörigen ist hilfreich, damit die Teilnehmer beim Gruppenprogramm mitmachen. (2) • Das Anerkennen und Unterstützen der Bewältigungsstrategien der dementen Person durch die Pflege-Studenten und pflegenden Angehörigen scheint den Klienten in seiner Person zu bestärken. (2) • Durch Teilnahme am Gruppenprogramm und Austausch bemerkt der Teilnehmer, dass man auch als demente Person sozial noch intakt ist. (2) • Möglichkeit tätig zu sein und verschiedene öffentliche Örtlichkeiten zu besuchen, gibt das Gefühl, eine aktive, unabhängige Person und Teil der Gesellschaft zu sein. (1)
<p>Aktivitätsanforderungen* Verwendete Objekte und deren Eigenschaften, Raumanforderungen, soziale Anforderungen, Sequenzierung* und Zeit, erforderliche Aktionen, erforderliche Körperfunktionen und -Strukturen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrautheit der Aktivität und der Umgebung sind wichtig, um fähig zu sein, Aktivitäten selbständig durchzuführen, so gehen Teilnehmer beispielsweise regelmässig täglich oder wöchentlich zur gleichen Zeit am gleichen Ort einkaufen oder spazieren. (1) • Sicherheit, Planbarkeit und Kontrolle scheinen Voraussetzung zu sein, um an einem Programm teilzunehmen. (2) • Das Ausführen von Aktivitäten in der Öffentlichkeit steht in Verbindung mit vorbereitenden Aktivitäten zu Hause, wie beispielsweise dem Zusammenpacken aller nötigen Utensilien. Dadurch wird die ohnehin schon spärlich vorhandene Energie bereits verpufft, bevor die demente Person das Haus überhaupt verlässt. (1) • Schwierigkeiten in der Öffentlichkeit den Weg zu finden, ist ein schwerwiegendes Hindernis für die Partizipation, dies sowohl drinnen wie auch draussen. (1) • Betreute Transporte zum Ort des Geschehens sind ein Bedürfnis der Demenzerkrankten Personen, um sozial aktiv zu sein. (2) • Auszugehen birgt das Risiko, auf Herausforderungen zu treffen, welche bessere kognitive Leistungen erfordern, als demente Personen das Gefühl haben, zu besitzen. (2) • Das Gruppenprogramm bietet Rahmen für Soziale Partizipation. (2)

7 Diskussion

Im Diskussionsteil werden in Bezug auf die Fragestellung dieser Arbeit Zusammenhänge zwischen den für die Fragestellung relevanten Resultaten der Hauptstudien hergestellt, mit dem bisherigen Stand der Forschung in Bezug gesetzt und anhand weiterer Literatur diskutiert. Zu diesem Zweck wird erneut eine Datenbanksuche nach dem Schneeballprinzip* durchgeführt. Wichtige Limitationspunkte oder mangelnde Qualität der Studien werden transparent gemacht. Die detaillierte Bewertung der Studien befindet sich im Anhang F.

7.1 Zusammenfassung der Haupteckkenntnisse

Die drei vorgestellten Studien haben unterschiedliche Schwerpunkte, welche für die Soziale Partizipation von Demenzerkrankten in der Gesellschaft wichtige Gesichtspunkte beleuchten. Während bei Brorsson et al. (2011) der Fokus eher auf den förderlichen oder hinderlichen Kontextfaktoren liegt, ist er bei Brataas et al. (2010) in den Aktivitätsanforderungen und Klientenfaktoren zu finden, bei Graff et al. (2006) beim Einbezug der Angehörigen. Trotz dieser unterschiedlichen Schwerpunkte bestärken oder ergänzen sich die Studienresultate teilweise in ihren Aussagen.

Wichtig ist, bei der Diskussion der Aussagen allgemein zu beachten, dass die Studien einige allgemein geltende Limitationen* aufweisen. Die Studie von Brorsson et al. (2011) schliesst nur Teilnehmer mit einem städtischen Kontext ein, die den öffentlichen Raum nutzen. Brataas et al. (2010) hat jedoch Teilnehmer aus einem ländlichen Kontext rekrutiert. Teilweise unterstützen die Aussagen dieser beiden Teilnehmergruppen sich gegenseitig. Dies kann zum einen so gedeutet werden, dass es Aspekte gibt, die unabhängig vom Kontext Wohnort/Lebenswelt für demente Menschen bestehen. Für eine allgemeine Generalisierung* müssten jedoch weitere Studien vorhanden sein, die diesen Kontext beachten. Brataas et al. (2010) und Brorsson et al. (2011) unterstützen diese Aussage am Schluss ihrer Studie.

Die Studie von Brorsson et al. (2011) muss bezüglich der Generalisierbarkeit in dem Punkt kritisiert werden, dass sie für ein Grounded Theory Study* Design eine sehr geringe Teilnehmerzahl aufweist. Dadurch ist eine mögliche Verallgemeinerung der Resultate in Frage gestellt.

Bei der Studie von Brataas et al. (2010) gilt es zu beachten, dass sich die dementen Menschen in einer homogenen Peer*-Gruppe von Demenzerkrankten in der Gesellschaft be-

wegen. Daher können die Resultate nicht auf alle anderen Gruppen übertragen werden, in denen sich demente Menschen bewegen, wie zum Beispiel eine Turngruppe mit gesunden alten Menschen. Die Forschungsleitung der Studie hat einen pflegerischen Hintergrund, die Gruppen wurden gemeinsam von der Pflege und einer Ergotherapieassistentin geleitet.

Eine Limitation der Studie von Graff et al. (2006) ist, dass der Kontext in der Studie nicht genannt wird, was für die Übertragbarkeit der Resultate beachtet werden muss.

Die gesamte Beurteilung der methodischen Qualität der verwendeten Studien ist im Anhang F im Formular von Law, Stewart, Pollock, Letts, Bosch & Westmorland (1998) für die quantitative Studie von Graff et al. (2006) und in den Formularen von Letts, Wilkins, Law, Stewart, Bosch & Westmorland (2007) für die beiden qualitativen Studien von Brorsson et al. (2011) und Brataas et al. (2010) zu finden.

7.1.1.1 Angehörige als Ressource

Ein Punkt, der allen Studien gemeinsam ist, ist der Einbezug der Angehörigen. Dieser Einbezug ist wichtig in der gemeindenahen Ergotherapie, da die Angehörigen den Klienten in seinem Alltag direkt unterstützen können und ihm so als Ressource dienen. Diese Aussage unterstreichen alle Autoren, jedoch setzen sie alle einen unterschiedlichen Schwerpunkt. In der Studie von Brorsson et al (2011) kommt der Aspekt so zum Tragen, dass die städtischen Demenzerkrankten äussern, dass sie in der Öffentlichkeit die Unterstützung von Angehörigen brauchen, oder sie andernfalls nicht mehr in die Öffentlichkeit gehen können. Die Angehörigen unterstützen die demente Person, indem sie sie begleiten, um in die Gesellschaft zu gehen, wenn die Tageszeit für die demente Person eher ungünstig ist. In den beiden Studien von Brataas et al. (2010) und Graff et al. (2006) tragen die Angehörigen dazu bei, dass die Autonomie und die Soziale Partizipation der dementen Person gefördert wird. Bei Brataas et al. (2010) wird dies dadurch erreicht, dass die pflegenden Angehörigen die Bewältigungsstrategien der dementen Person anerkennen und unterstützen. In der Studie von Graff et al. (2006) hingegen werden die Angehörigen durch kognitive und verhaltenstherapeutische Massnahmen, durch Supervision, Problemlösung und Copingstrategien befähigt, die Autonomie und die Soziale Partizipation der dementen Person und von sich selbst zu fördern. Die ländlichen Demenzerkrankten der Studie von Brataas et al. (2010) scheinen durch die Anerkennung und Unterstützung der Bewältigungsstrategien der dementen Personen durch Pflege-Studentinnen und pflegende Angehörige

in ihrer Person bestärkt zu werden. In der Studie von Graff et al. (2006) werden Angehörige gezielt durch die vorher bereits erwähnten Massnahmen trainiert, um die demente Person, wie auch sich selbst zu unterstützen.

7.1.1.2 Personenbezogene Barrieren für Soziale Partizipation in der Gesellschaft

Die beiden Studien von Brorsson et al. (2011) und Brataas et al. (2010) zeigen auf, dass für Menschen mit Demenz Hindernisse für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft bestehen. Bereits Steultjens et al. (2004) und Pollard (2000, zit. nach Santoro et al. 2008) haben festgehalten, dass demenzerkrankte Menschen in ihrer Sozialen Partizipation eingeschränkt sind, wie es in der Erläuterung des theoretischen Hintergrundes dieser Arbeit bereits erwähnt wurde. Pollard (2000, zit. nach Santoro et al. 2008) hat zudem festgehalten, dass die kognitiven Einschränkungen zu den schwerwiegendsten Barrieren der Sozialen Partizipation in der Gesellschaft gehören. Dies widerspiegelt sich auch in den Resultaten von Brataas et al. (2010). Sie beschreiben die Gesundheitsbedingungen der dementen Person als Hindernisse. Brorsson et al. (2011) weiten die Hindernisse auf andere Einschränkungen aus, wie beispielsweise auf verschiedene Kontextfaktoren. Dies ist auch in der Ergebnisdarstellung anhand des OTPF ersichtlich. Wobei diese von Brorsson et al. (2011) beschriebenen Hindernisse oft auch mit den kognitiven Defiziten, die mit der Demenz einhergehen, in Verbindung stehen. Auf diesen Aspekt wird später genauer eingegangen.

Milton (2012) schreibt, dass für viele Menschen mit Demenz, vor allem für diejenigen, die in ihrer eigenen Wohnung leben, die Fähigkeit in der Gesellschaft zu leben und ein Teil der Gesellschaft zu sein, unerlässlich sei. Doch obwohl das Interesse, am sozialen Leben teilzuhaben, vorhanden wäre, trauen die dementen Menschen sich nicht mehr zu, in die Gesellschaft zu gehen. Dies wird sowohl von Brorsson et al. (2011) als auch Brataas et al. (2010) festgestellt. Interessant dabei ist, dass hier kein Unterschied besteht zwischen den städtischen Studienteilnehmern bei Brorsson et al. (2011) und den Teilnehmer aus dem ländlichen Kontext bei Brataas et al. (2010).

Dass sich die dementen Menschen nicht mehr trauen in die Öffentlichkeit zu gehen, hat damit zu tun, dass das Risiko besteht, in Situationen geraten zu können, wo etwas nicht mehr klappt und eigentlich bessere kognitive Leistungen gefordert wären (Brorsson et al., 2011, Brataas et al., 2010). Dabei kommt bei der dementen Person das Gefühl auf, verletzlich und ausgestellt zu sein und in diesen Situationen besteht für sie die Gefahr bevor-

mundet zu werden (Brorsson et al., 2011). Auch Brittain, Corner, Robinson und Bond (2010) beschreiben in einer Studie, dass demenzerkrankte Menschen dadurch, dass sie in der Öffentlichkeit immer wieder auf überfordernde Situationen treffen, ein Vermeidungsverhalten oder Ängste entwickeln können. Mit wenigen Ausnahmen wird dies auch von den dementen Menschen genannt, die von Milton (2012) befragt wurden. Sie äussern, dass sie auf Grund der Erkrankung und aus Angst vor den Reaktionen anderer damit aufgehört haben, sich in der Gesellschaft zu bewegen.

7.1.1.3 Personenbezogene Förderfaktoren für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft und das Gruppensetting

Für die Teilnehmer der Studie von Brataas et al. (2010) spielt es eine wichtige Rolle, dass das Gruppenprogramm mit Sicherheit, Planbarkeit und Kontrolle einhergeht. Für sie sind dies wichtige Voraussetzungen, um überhaupt am Programm teilzunehmen. Bei Brorsson et al. (2011) zeigt sich dieses Bedürfnis nach für die demente Person verlässlichen Werten ebenso, jedoch in einem etwas anderen Kontext. In ihrer Studie kommt dieser Aspekt als das Bedürfnis für Vertrautheit hervor. Für die dementen Personen ist die Vertrautheit einer Aktivität und der Umgebung wichtig, damit sie fähig sind, eine Aktivität selbständig durchzuführen (Brorsson et al., 2011). Dies wird an einem in der Studie genannten Beispiel deutlich, wo beschrieben wird, dass demente Personen regelmässig, täglich oder wöchentlich, zur gleichen Zeit am gleichen Ort einkaufen oder spazieren gehen (Brorsson et al., 2011). Auch dies hat mit Sicherheit zu tun, sie können die Aktivität planen, da sie wissen, was sie etwa erwarten wird, und haben somit das Gefühl, die Situation kontrollieren zu können. Die Vertrautheit mit einem Ort wird auch in der Studie von Brittain et al. (2010) von einigen Personen als der Schlüssel genannt, der ihnen ermöglicht, Alltagsaktivitäten im öffentlichen Raum beizubehalten.

Bei Brataas et al. (2010) wird deutlich, dass ein Gruppenprogramm einen Rahmen für Soziale Partizipation bietet. Wie bereits mehrfach aufgezeigt wurde, hat Soziale Partizipation einen positiven Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden älterer Menschen (Seemann, 2000, zit. nach Sorensen et al., 2008, Avlund et al., 2002, zit. nach Sorensen, et al. 2008, Dahan-Oliel et al. 2008, zit. nach Andonian et al., 2011, Dale, 2008, zit. nach Andonian et al., 2011). Auch die dementen Personen in der Studie von Brataas et al. (2010) erleben durch den sozialen Austausch in gemeinsamen Aktivitäten wieder Wohlbefinden. Darüber hinaus berichten die Teilnehmer aber auch von Respekt, Geborgenheit, Güte und dem Gefühl, dass sie alle miteinander auf Augenhöhe sind (Brataas et al.,

2010). Durch die Teilnahme an diesem Programm haben sie gemerkt, dass sie sozial noch intakt sind (Brataas et al., 2010). Besonders in der örtlichen Tradition verankerte Aktivitäten werden von ihnen geschätzt, sie dienen ihnen als Grundlage zur sozialen Interaktion (Brataas et al, 2010). So hilft das Programm auch, die Identität der dementen Personen positiv zu bestärken, indem traditionelle und kulturelle Werte wiedererlangt oder gefestigt werden, und dadurch, dass sich die Personen in der Rolle eines aktiven Gruppenmitgliedes erleben (Brataas et al., 2010). Die Rolle der aktiven Person als Teil der Gruppe kommt auch bei Brorsson et al. (2011) zum Tragen. Dort beschreiben die Teilnehmer, wie sie durch die Möglichkeit tätig zu sein und verschiedene öffentliche Örtlichkeiten zu besuchen, das Gefühl bekommen, eine aktive, unabhängige Person und Teil der Gesellschaft zu sein. In der Befragung demenzerkrankter Menschen von Milton (2012) wird deutlich, dass Gruppenangebote einen guten Rahmen bieten damit sich demente Menschen als Teil der Gesellschaft erleben. Teil einer Gruppe zu sein, gibt ihnen die Vertrautheit, ein Teil der breiten Öffentlichkeit zu sein (Milton, 2012). Viele demente Menschen, die von Milton (2012) befragt worden sind, sind bereits in einer Gruppe dabei, beispielsweise bei „Singing for the Brain“, einer Walking Gruppe oder einem lokalen „Memory Café“. Einer lokalen Gruppe anzugehören, wird von den Befragten als sehr bedeutsam beschrieben, die Gruppe wird als Ort der Sicherheit erlebt (Milton, 2012).

In Anbetracht dieser positiven Auswirkungen der Sozialen Partizipation in der Gesellschaft erstaunt es nicht, dass die Teilnehmer der Studie von Brataas et al. (2010) auch an weiteren, wie in der Studie beschriebenen, Programmen teilnehmen würden, wenn denn das Angebot vorhanden wäre.

7.1.1.4 Barrieren im öffentlichen Raum für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft

Wie zuvor schon erwähnt, sind die Gesundheitsbedingungen oder kognitiven Einschränkungen der dementen Person schwerwiegende Hindernisse für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft (Pollard, 2000, zit. nach Santoro et al. 2008). Dies widerspiegelt sich bei den Hindernissen für die Soziale Partizipation im öffentlichen Raum, die in der Studie von Brorsson et al. (2011) aufgezeigt werden. Störungen der Orientierung, einer kognitiven Körperfunktion, gehören zu den Symptomen einer Demenz (DIMDI, 2012). Für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft zeigt sich dieser Aspekt als Hindernis, denn die dementen Personen haben Schwierigkeiten in der Öffentlichkeit den Weg zu finden, sei dies drinnen oder draussen, und sie haben Schwierigkeiten sich an öffentlichen Plätzen zu orientieren. Weiter haben die eingeschränkten kognitiven Funktionen Einfluss auf den Gebrauch von Schildern, Fahrplänen und Karten (Brorsson et al., 2011). Die zunehmenden Schwierigkeiten, diese Dinge im öffentlichen Raum zu erkennen und zu gebrauchen, schränken den Zugang zu Orten, die nicht vertraut sind, zunehmend ein (Brorsson et al., 2011). Eine physische Umwelt, in der sich demente Menschen sicher fühlen und wo sie sich gut orientieren können, beispielsweise durch klare Beschilderung, ist für Menschen mit Demenz eine Unterstützung, um mit ihrer Umwelt zu interagieren und in Verbindung zu bleiben mit ihrer Gesellschaft (Milton, 2012).

Weiter sehen sich demente Personen im öffentlichen Raum mit Hindernissen wie der ständigen Zunahme von Alltagstechnologien konfrontiert. Beim Planen und Umsetzen von Ausflügen sind demente Personen auf Grund von fehlendem Wissen über neue Technologien eingeschränkt. So stellt es für sie ein Hindernis dar, wenn Servicepersonal durch eine Alltagstechnologie ersetzt wird (Brorsson et al., 2011). Auf diese Weise von der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden nervt, so der Wortlaut eines Teilnehmers der Studie von Brorsson et al. (2011). Andere Hindernisse sind belebte Plätze, schnelles Tempo und Lärm sowie die ständige Veränderung von Orientierungspunkten, die helfen, den Weg zu finden (Brorsson et al., 2011). Diese Faktoren können sich über den Tag an einigen Orten ändern, wodurch der öffentliche Raum für demente Personen zu bestimmten Tageszeiten weniger zugänglich ist (Brorsson et al., 2011). Brorsson et al. (2011) sagen, dass es von daher wichtig ist, zu planen, wann eine Aktivität durchgeführt wird. Bei dieser Planung muss mitberücksichtigt werden, dass bei dementen Personen am Nachmittag oft eine mentale Müdigkeit auftritt und die Orientierung bei Dämmerung schlechter ist (Brorsson et

al., 2011). Die Teilnehmer der Studie äussern, dass sie deswegen am späteren Nachmittag oder Abend auch nicht mehr alleine in die Öffentlichkeit gehen (Brorsson et al., 2011).

Was bei der Planung von Aktivität zur Sozialen Partizipation in der Gesellschaft weiter beachtet werden muss, ist, dass das Ausführen von Aktivitäten in der Öffentlichkeit immer in Verbindung mit vorbereitenden Aktivitäten zu Hause steht (Brorsson et al. (2011). So muss die demente Person sich beispielsweise an alle Utensilien, welche ausser Haus gebraucht werden, erinnern und diese zusammenpacken. Dadurch wird die ohnehin schon spärlich vorhandene Energie bereits verpufft, bevor die demente Person das Haus überhaupt verlässt (Brorsson et al., 2011).

In Anbetracht all dieser genannten Hindernisse erscheint es nun zum Schluss wichtig, noch einige Punkte aufzugreifen, die für demente Menschen eine Unterstützung für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft sein können.

7.1.1.5 Äussere Förderfaktoren für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft

Bei Brataas et al. (2010) hat sich gezeigt, dass betreute Transporte zum Ort des Geschehens ein Bedürfnis sind, um sozial aktiv zu sein. In ihrer Studie wird klar, wie die Unsicherheit auf Grund der bisher gemachten Erfahrungen durch ein gutes Unterstützungsangebot in Zufriedenheit übergehen kann (Brataas et al., 2010). In der Studie von Graff et al. (2006) kann aufgezeigt werden, dass das Üben von Kompensations*- und Umweltstrategien**“ sowie die Befähigung der Angehörigen zu mehr Kompetenz in der Unterstützung der dementen Person zu einer bessern Funktionsfähigkeit im Alltag der dementen Person führt. Obwohl in der Studie die Aktivitäten des täglichen Lebens im Fokus der Intervention steht, kann dieses Ergebnis von Wichtigkeit sein, wenn man die Aussage von Padilla (2011) beachtet. Sie stellt in einer systematischen Review fest, dass in Bezug auf ergotherapeutische Interventionen zur Anpassung der Aktivitätsanforderungen im Bereich der Sozialen Partizipation noch eine Forschungslücke besteht. Sie äussert jedoch, dass individuelle Programme in der Art, wie sie bei den Aktivitäten des täglichen Lebens angewendet werden, darunter auch Kompensations- und Umweltstrategien, möglicherweise ähnliche Effekte für die Förderung der Sozialen Partizipation haben (Padilla, 2011).

Abgerundet wird diese Diskussion der Studienergebnisse von Brorsson et al. (2011), Brataas et al. (2010) und Graff et al. (2006) mit einer Aussage, die Bezug auf die Intervention aus der Studie von Graff et al. (2006) nimmt. Diese erscheint am Anfang jeder ergotherapeutischen Intervention als elementar. Bedeutungsvolle Aktivitäten, die verbessert

Renata Fankhauser & Sophie B. Ritz

werden sollen, werden von der dementen Person und dem pflegenden Angehörigen ausgewählt und priorisiert (Graff et al., 2006). So können bedeutungsvolle Aktivitäten zur Sozialen Partizipation in der Gesellschaft in den Mittelpunkt der ergotherapeutischen Arbeit rücken und unterstützt werden.

8 Schlussfolgerung

8.1 Beantwortung der Fragestellung

Die zu beantwortende Fragestellung lautet: Mit welchen ergotherapeutischen Massnahmen können zu Hause lebende Menschen mit leichter bis mittelgradiger Demenz ab einem Alter von 65 Jahren im Rahmen von gemeindenaher Ergotherapie unterstützt werden, um ihre Soziale Partizipation in der Gesellschaft aufrecht zu erhalten?

Die Studien von Brorsson et al. (2011), Brataas et al. (2010) und Graff et al. (2006) zeigen mit unterschiedlichen Ansatzpunkten auf, wo die Ergotherapie demente Menschen unterstützen kann, damit sie ihre Soziale Partizipation in der Gesellschaft aufrecht erhalten können. Die drei Schwerpunkte der Studien, also die öffentliche Umgebung, das Anbieten von Aktivitäten in der Gesellschaft im Rahmen von demenzgerechten Gruppen sowie auch das Einbinden von Angehörigen können als Ansatzpunkte für ergotherapeutische Massnahmen in der gemeindenahen Ergotherapie* angesehen werden. Die Studien unterstützen den ergotherapeutischen Prozess, indem sie mögliche Barrieren* und Schwierigkeiten aufzeigen, die einen dementen Mensch daran hindern können, in der Gesellschaft zu partizipieren. Die Fragestellung kann somit nur teilweise beantwortet werden, da aus den Studienergebnissen nicht direkt evidente ergotherapeutische Massnahmen* hervorgehen. Jedoch können anhand der aufgezeigten Ansätze ergotherapeutische Massnahmen vorgeschlagen werden, die im Rahmen gemeindenaher Ergotherapie umgesetzt werden können.

Die Resultate, sowie auch deren Diskussion, haben gezeigt, dass in Bezug auf diese Fragestellung für die ergotherapeutische Praxis in allen Bereichen des OTPF* (AOTA, 2008) wichtige Punkte hervorgehen und sich diese gegenseitig beeinflussen. Es zeichnet sich jedoch ab, dass die beiden Bereiche Klientenfaktoren und Kontextfaktoren, wie sie im OTPF (AOTA, 2008) definiert werden, für die Beantwortung der Fragestellung besondere Beachtung gewinnen, da sie einen starken Einfluss auf die Soziale Partizipation* der dementen Person in der Gesellschaft* haben. Dies ist insofern auch naheliegend, denn dies sind die beiden Bereiche, welche laut OTPF die Performanz* im Betätigungsbereich*, in dieser Bachelorarbeit die Soziale Partizipation, beeinflussen (AOTA, 2008).

Es kristallisieren sich folgende Ansatzpunkte für ergotherapeutische Massnahmen heraus:

Angehörige als Ressource:

- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass, indem die Angehörigen kognitive und verhaltenstherapeutische Massnahmen, Supervision, Problemlösung und Copingstrategien anwenden können, die Autonomie und Soziale Partizipation des Angehörigen sowie der dementen Person gefördert wird.
- Der Ergotherapeut bezieht Angehörige mit ein, wenn der Klient zu ungünstigen Tageszeiten in den öffentlichen Raum gehen möchte oder muss.
- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass, indem die Angehörigen und er die Bewältigungsstrategien des dementen Klienten anerkennen und unterstützen, der Klient in seiner Person und seiner Autonomie bestärkt wird.

Personenbezogene Barrieren für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft:

- Der Ergotherapeut ist sich der Gesundheitsbedingungen des Klienten als Barriere für alle Arten von sozialen Aktivitäten ausserhalb des Hauses bewusst. Beispielsweise sind auf Grund der kognitiven Defizite die Orientierung an öffentlichen Plätzen und das Finden des Weges schwierig, sowie der Gebrauch von Schildern, Karten und Fahrplänen.
- Der Ergotherapeut weiss um das oftmals fehlende Wissen des dementen Klienten über neue Alltagstechnologien.
- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass sich der demente Klient möglicherweise am späteren Nachmittag oder Abend in der Dämmerung schlechter orientieren kann und er mental müde ist.
- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass der demente Klient schon zu Hause viel Energie verpufft, durch die Vorbereitungen für Aktivitäten in der Öffentlichkeit.
- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass das Interesse, am Gemeinschaftsleben teilzuhaben, oftmals vorhanden ist, jedoch die erlebten Einschränkungen und die damit verbundenen negativen Gefühle wie beispielsweise Unsicherheit, das Ausgestelltsein oder die Angst bevormundet zu werden, zu einem Vermeidungsverhalten bei dem dementen Klienten führen können.

Personenbezogene Förderfaktoren für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft:

- Der Ergotherapeut zieht in Betracht, dass die Soziale Partizipation durch das Anwenden von Kompensations- und Umweltstrategien möglicherweise verbessert werden kann.
- Der Ergotherapeut weiss, dass das Gefühl der Sicherheit, Planbarkeit und Kontrolle für den dementen Klienten ein Bedürfnis ist, um in der Gesellschaft teilzuhaben.

Förderfaktor Gruppensetting für Soziale Partizipation:

- Der Ergotherapeut weiss, dass ein Gruppenprogramm dem dementen Klienten einen Rahmen bieten kann für Soziale Partizipation in der Gesellschaft.
- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass sich der demente Klient durch die Teilnahme und den Austausch in einem Gruppenprogramm mit Aktivitäten im öffentlichen Raum als sozial intakt und gleichberechtigtes Mitglied einer Gruppe wahrnimmt sowie Wohlbefinden, Geborgenheit und Respekt erlebt.
- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass nach einer ersten erfolgreichen Teilnahme an einem Gruppenangebot, der demente Klient oftmals den Wunsch hat, an weiteren Angeboten teilzuhaben.

Barrieren im öffentlichen Raum für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft:

- Der Ergotherapeut weiss um die stetige Veränderung der Umwelt, wie die Zunahme von Alltagstechnologien, immer belebteren Plätzen, das schnellere Tempo und den steigenden Lärm, sowie die Veränderungen der Orientierungspunkte und den Einfluss aller genannten Punkte auf die Performanz des dementen Klienten im Bereich der Sozialen Partizipation in der Gesellschaft.
- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass sich die Belebtheit, das Tempo und der Lärm öffentlicher Orte über den Tag verändern können.

Äussere Förderfaktoren für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft:

- Der Ergotherapeut weiss, dass durch ein gutes Unterstützungsangebot, die Unsicherheit des dementen Klienten in Zufriedenheit wechseln kann.
- Der Ergotherapeut weiss, dass der betreute Transport zu einem bedeutungsvollen Ort für den Klienten ein Bedürfnis ist, um sozial aktiv zu sein.
- Der Ergotherapeut ist sich bewusst, dass die Vertrautheit der Aktivitäten und der Umgebung wichtige Voraussetzungen sind, damit der demente Klient die für ihn bedeutungsvolle Aktivität selbstständig durchführen kann.

Wie diese Punkte in der ergotherapeutischen Praxis im Rahmen der gemeindenahen Ergotherapie angegangen werden könnten, wird im folgenden Theorie-Praxis-Transfer thematisiert.

8.2 Theorie-Praxis-Transfer

Abgeleitet aus den zuvor aufgeführten theoretischen Ansatzpunkten, können zusammenfassend die folgenden ergotherapeutischen Massnahmen als Leitgedanken für die gemeindenahe Ergotherapie vorgeschlagen werden. Die Massnahmen sind nicht vollständig und sollen nach den Bedürfnissen des jeweiligen Klienten erweitert und ergänzt werden.

Allgemein erachten es die Autorinnen dieser Bachelorarbeit als wichtig, die Angehörigen in die Ergotherapie einzubinden. Graff et al. (2006) beschreiben, dass der Ergotherapeut die Ressource der pflegenden Angehörigen nutzen soll, um gemeinsam mit dem dementen Klienten in der Therapie die bedeutungsvollen Aktivitäten auszuwählen und zu priorisieren, um die Performanz bei diesen Aktivitäten anschliessend zu verbessern. Der Ergotherapeut arbeitet gemeinsam mit den Angehörigen im Alltagskontext und unterstützt sie bei der Nutzung kognitiver und verhaltenstherapeutischer Massnahmen, Supervision, Problemlösung und Copingstrategien und hilft, Wege zu finden, damit die Bewältigungsstrategien des Klienten auch von den Angehörigen gestärkt werden können. Dies kann anhand des Beispiels aus dem Artikel von Flotho, Günther und Sibold (2011) transparenter gemacht werden.

Tabelle 8.

Beispiel Ergotherapie in der Gemeinde nach Flotho et al., 2011

Ergotherapeutisches Vorgehen in der Lebenswelt des Klienten

Das Ziel des im Artikel beschriebenen, dementen Mannes ist es, in der Bäckerei im nahen Einkaufszentrum selbstständig Brötchen einkaufen zu können. Die Ergotherapeutin geht anhand des Interventionsprogrammes HED-I vor, indem sie die Umwelt anpasst, die Ehefrau berät und den Klienten während des Brötchenholens coacht. Gemeinsam mit dem Klienten und der Ehefrau wird hier aufbauend auf den Bewältigungsstrategien des demen-ten Ehemannes eine Strategie erarbeitet, damit dieser diese bedeutungsvolle Tätigkeit in der Gesellschaft aufrechterhalten kann. Dazu wird, einerseits die Geldbörse adaptiert, andererseits für die Ehefrau ein möglicher Weg erarbeitet, wie sie ihren dementen Ehemann gezielt unterstützen und supervisieren kann. Durch die beschriebene Intervention trauen sich sowohl der Klient, wie auch die Ehefrau, dem Klient das selbständige Brötchenholen in der Bäckerei wieder zu, was zu mehr Autonomie bei beiden führt.

Wichtig erscheint den Autorinnen der Bachelorarbeit zu unterstreichen, dass die pflegenden Angehörigen in die Therapie eingebunden, aber nicht zu Ergotherapeuten ausgebildet werden sollen. Sie sollen ihre Rolle als Angehörige beibehalten können, jedoch befähigt werden, besser mit der Krankheit des dementen Angehörigen umgehen und ihn bestmöglich unterstützen zu können.

Der Ergotherapeut kann die Barrieren analysieren, insbesondere im Bereich der Werte, Überzeugungen und des Gesundheitszustandes des Klienten sowie im erforderlichen Raum zur Sozialen Partizipation in der Gesellschaft. Aus diesen Barrieren können individuelle Strategien abgeleitet werden. Konkret kann dies bedeuten, dass der Klient, der weiterhin in seinem Verein aktiv sein möchte, dabei unterstützt wird, den Weg zum Vereinslokal bewältigen zu können. Dies kann heissen, dass der Ergotherapeut mit dem Klienten den Weg abläuft und durch das gemeinsame bestimmen von Orientierungspunkten auf dem Weg, für den Klienten Vertrautheit und Orientierung geschaffen wird. Ist dies nicht möglich, kann der Ergotherapeut den Klienten auch als Agent unterstützen, wie es von Müller (2011) beschrieben wird. So kann im Verein angefragt werden, ob jemand den demen-ten Klienten abholen und wieder nach Hause begleiten kann. In Absprache mit dem

Klienten hat der Ergotherapeut im Verein die Möglichkeit, bei den Vereinsmitgliedern durch Erklärungen zum Verhalten und zu Bedürfnissen des Klienten das Verständnis für die Krankheit zu fördern.

Weiter kann der Ergotherapeut bei der Planung von Aktivitäten zur Sozialen Partizipation in der Gesellschaft Unterstützung bieten, indem er die Tageszeit mitbeachtet. Wenn möglich, können die Aktivitäten gemeinsam zu einer Tageszeit geplant werden, wo der Klient mental fit ist und zudem im öffentlichen Raum nicht zu viel Rummel ist. Weiter kann geschaut werden, wie der Klient bei Vorbereitungen für Aktivitäten ausser Haus Energie sparen kann. So kann etwa gemeinsam geplant werden, was der Klient alles mitnehmen muss, wenn er in den Verein geht und dies beispielsweise in einer Agenda festhalten, wie zum Beispiel eine Packliste. Durch eine strukturierte gemeinsame Planung, die jedesmal für den Verein wieder hervorgeholt werden kann, werden die Vorbereitungen mit der Zeit vertraut, routiniert und damit kann Energie gespart werden. Mit dem Klienten kann angeschaut werden, welche Alltagstechnologien er unterwegs brauchen wird. Es besteht die Möglichkeit, den Umgang damit zu üben, oder zu schauen, wie deren Nutzung umgangen werden kann. Dies kann heissen, dass nicht jedesmal ein Billet gelöst werden muss, um den Zug zu nutzen, sondern, dass der Klient ein Abo hat. Für bestehende Schwierigkeiten ausser Haus gilt allgemein, mit dem Klienten Strategien zu erarbeiten, wie Passanten um Hilfe gebeten werden können. Alle Massnahmen sollten darauf ausgerichtet sein, dass der Klient Sicherheit und Vertrauen in den für die Aktivität zu bewältigenden Situationen gewinnt, um schlussendlich in der Gesellschaft teilzuhaben.

Um die gemeindenahere Ergotherapie in der Schweiz weiterzuentwickeln, wie es das ESF-Projekt „Ergotherapie 2010“ (Fleitz, 2006) vorsieht, und die Strukturen zu schaffen, um für demenzerkrankte Menschen in ihrem Alltag bestmögliche Voraussetzungen zu schaffen, ist es nach Meinung der Autorinnen der Bachelorarbeit wichtig, dass sich Ergotherapeuten auch auf politischer und gesellschaftlicher Ebene einsetzen sollen. Sie sollen ihr Fachwissen noch stärker einbringen. Sei dies durch das aktive Engagement in der Politik bei Fragen wie der neuen Demenzstrategie, durch das Sensibilisieren der Gesellschaft für die Herausforderungen, mit welchen sich Demenzerkrankte bei der Partizipation in der Gesellschaft konfrontiert sehen, indem sie Zeitungsberichte oder Leserbriefe verfassen, durch die Mitsprache bei der Planung demenzfreundlicher Städte, Dörfer, Einkaufszentren und so weiter oder durch die Beteiligung an Projekten zur Gesundheitsförderung und Prä-

vention. In Anbetracht dessen, dass Monsch et al. (2008) neue Angebote für demenzerkrankte Menschen fordern, kann die gemeindenahere Ergotherapie hier einen Beitrag leisten. Dazu müssen jedoch Absprachen mit Krankenkassen oder anderen Finanzierungsmöglichkeiten sorgfältig abgeklärt werden.

8.3 Empfehlungen an die Praxis

Zur Unterstützung der Sozialen Partizipation demenzerkrankter Menschen in der Gesellschaft im Rahmen der gemeindenaheren Ergotherapie unterstreichen die Autorinnen der Bachelorarbeit folgende kurz- und langfristig zu realisierenden Leitgedanken:

- Der Ergotherapeut arbeitet mit dem Klienten gemeindenah und bezieht die Angehörigen mit ein, er erkennt die individuellen Barrieren und Förderfaktoren für die Soziale Partizipation in der Gesellschaft und unterstützt die Partizipation des Klienten durch individuelle Massnahmen.
- Der Ergotherapeut kennt die Vorteile der Gruppenangebote, und baut diese für Demenzerkrankte aus.
- Ergotherapeuten beteiligen sich an der Gesellschaftsarbeit und Politik zur Schaffung der nötigen Strukturen, um Menschen mit Demenz die Partizipation am Gesellschaftsleben zu ermöglichen.
- Im Bereich der Sozialen Partizipation demenzerkrankter Menschen in der Gesellschaft sollte aus ergotherapeutischer Sicht weiter geforscht werden, insbesondere auch im Raum Deutschland, Österreich und Schweiz.

8.4 Limitationen der Arbeit

In dieser Bachelorarbeit liegt der Hauptfokus auf dem Betätigungsbereich der Sozialen Partizipation, die Ergebnisse lassen sich somit nicht unbedingt auf andere Bereiche übertragen. Eine Limitation der Arbeit ist die geringe Anzahl verwendeter Studien. Die Auswahl für die Fragestellung relevanter Studien hat sich als schwierig herausgestellt, da der Fokus oftmals auf den pflegenden Angehörigen oder nicht auf der Sozialen Partizipation von Demenzkranken lag. Die ausgewählten Studien weisen zudem unterschiedliche Teilnehmergruppen bezüglich des Wohnortes Stadt vs. Land auf. Dies gilt es bei dieser Bachelorarbeit zu beachten. Eine weitere Limitation der vorliegenden Bachelorarbeit ist, dass die Studien hauptsächlich Teilnehmer mit leichter Demenz einschliessen, lediglich die Studie von Graff et al. (2006) schliesst Menschen mit mittelgradiger Demenz ein. Der Leser muss sich bewusst sein, dass die Ergebnisse für Menschen mit mittelgradiger und schwerer Demenz in Frage gestellt sind. Allgemein gilt es für den Übertrag der Studienergebnisse den Kontext zu beachten, da die Studien von Brorsson et al. (2011) und Brataas et al. (2010) nicht in der Schweiz, sondern im Kontext der nordeuropäischen Länder Schweden und Norwegen durchgeführt wurden.

8.5 Ausblick in eine mögliche Zukunft

Die gemeindenahe Ergotherapie steckt in der Schweiz noch in den Kinderschuhen. Die Vision aus dem ESF-Projekt „Ergotherapie 2010“, die Entwicklung ergotherapeutischer Angebote vor Ort zu fördern (Fleitz, 2006), bleibt für die Zukunft im Hinblick auf die ergotherapeutische Arbeit mit demenzerkrankten Menschen ein wegweisender Leitgedanke. Gerade in Anbetracht des enormen Wachstums der Gruppe der demenzerkrankten Menschen, ist es wichtig, dass die Ergotherapie mit ihren Kompetenzen einen Beitrag leistet, um für demenzerkrankte Menschen ein bestmögliches Versorgungsangebot zu erreichen. Die Ergotherapie kann ihren Beitrag zur Etablierung der nötigen Strukturen leisten, dies in der ergotherapeutischen Praxis, in der Gesellschaft, in der Politik sowie durch gezielte Forschung.

Dank

Wir möchten uns ganz herzlich bei Frau Müller Elsbeth für die Betreuung und Begleitung unserer Bachelorarbeit bedanken. Ein besonderer Dank geht auch an Bachmann Sandro, der die Bachelorarbeit auf Orthographie und Grammatik durchsah. Ein weiterer Dank geht an unsere Familien, für ihr Gegenlesen und die aufmunternden Worte. Zum Schluss möchten wir Frau Huber und ihrem Team für die Möglichkeit des Austausches mit Studierenden und ihre fachliche Unterstützung danken.

Verzeichnisse

Literaturverzeichnis

- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 609-639.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 2nd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6. Auflage). Washington, DC: APA.
- Andonian, L. & MacRea, A. (2011). Well older adults within an urban context: strategies to create and maintain social participation. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 2-11. doi:10.4276/030802211X12947686093486
- Baldelli, M. V., Boiardi R., Ferrari, P., Bianchi, S. & Bianchi, M. H. (2007). Dementia and occupational therapy. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 44(Supplement 1), 45-48.
- Berding, J., Dehnhardt, B., Reichel, K., Rode, A., Scheffler, J. & Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie Deutsch-Englisch Englisch-Deutsch. Ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe – Definitionen und Erläuterungen AG MOTO* Deutscher Verband der Ergotherapeuten, (Hrsg.). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012a). Ambulant. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/ambulant>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012b). Domizil. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Domizil>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012c). Gesellschaft. In *Duden – Deutsches Universalwörterbuch*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gesellschaft>
- Borgetto, B. & Siegel, A. (2009). *Gesellschaftliche Rahmenbedingungen der Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Grundlagen des beruflichen Handelns*. Bern: Hans Huber.

- Brataas, H. V., Bjugan, H., Wille, T. & Hellzen, O. (2010). Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2839-2848. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03270.x
- Brittain, K., Corner, L., Robinson, L. & Bond, J. (2010). Ageing in place and technologies of place: the lived experience of people with dementia in changing social, physical and technological environment. *Sociology of Health & Illness*, 32(2), 272–287. doi:10.1111/j.1467-9566.2009.01203.x
- Brorsson, A., Öhman, A., Lundberg, S. & Nygård, L. (2011). Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer's disease. *Dementia*, 10(4), 587-602. doi:10.1177/14713012114153142011
- Carr, D. C. (2006). Music, Socializing, Performance, and the Web of Social Ties. *Activities, Adaptation & Aging*, 30(3), 1-24. doi:10.1300/J016v30n03_01
- Claudiana - Landesfachhochschule für Gesundheitsberufe. (k. D.). *Ergotherapie: Definition / Beschreibung*. Heruntergeladen von <http://www.dachs.it/de/kap-1.php>
- Corcoran, M. A. (1994). Management decisions made by caregiver spouses of persons with Alzheimer's disease. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(1), 38-45.
- Corcoran, M. A. & Gitlin, L. N. (2001). Family Caregiver Acceptance and Use of Environmental Strategies Provided in an Occupational Therapy Intervention. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 19(1).
- Curaviva. (2012). *Auch der Ständerat fordert eine Nationale Demenzstrategie*. Heruntergeladen von http://www.curaviva.ch/index.cfm/E980796A-1C23-4C99-AFFB8606FC0B1C73/?id=0DC30E98-BF60-FC9F-FDADE64A27F1FE66&method=article.detail&p=1&c=&ref_c=&m=
- Demenz: Pflege und Betreuung Kompakt. (k. D.). *Wichtig für die professionelle Arbeit: Die wichtigsten Formen und Fachbegriffe der Demenz*. Heruntergeladen von <http://www.demenz-kompakt.com/Demenzformen.php?xid>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.). (2009). *S3-Leitlinie „Demenzen“ (Langversion)*. Heruntergeladen von <http://www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html#result-list>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2012). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme*.

10. Revision. German Modification. Version 2012. Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/block-f00-f09.htm>

- Donohue, M. V. (2011). Theoretical Basis of Social Participation. An Overview. In M. B. Cole & M. V. Donohue (Hrsg.), *Social Participation in Occupational Contexts: In Schools, Clinics, and Communities* (S. 29-42). Grove Road: SLACK incorporated.
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz & Arbeitsgemeinschaft der Schweizer Schulen für Ergotherapie. (2005). *Berufsprofil Ergotherapie 2005*. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Berufsprofil_2005_d.pdf
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (k. D.). *Ergotherapie*. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Ergo_Flyer%20Was%20ist%20Ergotherapie_de.pdf
- Fleitz, B. (2006). *ESF-Projekt „Ergotherapie 2010“*. Fasz.: 3/134/2005. Heruntergeladen von http://212.227.175.98/informationen/kurz_notiert/pdf/D8EndberichtM1.pdf
- Flotho, W., Günther, C. & Sibold, C. (2011). Hausbesuch bei KlientInnen mit leichter bis mittelgradiger Demenz und ihren Angehörigen. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 50(11), 12-18. doi:10.2443/skv-s-2011-51020111101
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M. & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The Lancet*, 355, 1315–1319.
- Gebauer, B. (2005). Ambulante Ergotherapie. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (359-367). Stuttgart: Georg Thieme.
- Gitlin, L. N., Corcoran, M., Winter, L., Boyce, A. & Hauck, W. W. (2001). A randomized, controlled trial of a home environmental intervention: effect on efficacy and upset in caregivers and on daily function of persons with dementia. *Gerontologist*, 41(1), 4-14.
- Gitlin, L. N., Winter L. D. M. P., Hodgson, N. & Hauck, W. W. (2010). Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: a randomized trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(8), 1465-1474. doi:10.1111/j.1440-1630.2010.00892.x

- Gitlin, L. N., Winter, L., Burke, J., Chernett, N., Dennis, M. P. & Hauck, W. W. (2008). Tailored Activities to Manage Neuropsychiatric Behaviors in Persons with Dementia and Reduce Caregiver Burden: A Randomized Pilot Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(3), 229–239. doi:10.1097/JGP.0b013e318160da72
- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P. & Hauck, W. W. (2007). A non-pharmacological intervention to manage behavioral and psychological symptoms of dementia and reduce caregiver distress: design and methods of project ACT3. *Clinical Interventions In Aging*, 2(4), 695-703.
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olde Rickert, M. G. M. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 17. doi:10.1136/bmj.39001.688843.BE
- Graff, M. J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olderikkert, M. G. M. (2007). Effects of community occupational therapy on quality of life, mood, and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, 62(9), 1002-1009.
- Huber, M. (2011). Vorgaben für die Gestaltung von Literaturhinweisen, Zitaten und Literaturverzeichnissen am Departement G. (2.0 Version)[PDF]. Heruntergeladen von http://elearning.zhaw.ch/moodle/file.php/4966/Dateiablage_IPM_4.Sem/Themenwoche_Voreberietung_Bachelorarbeit/Unterrichtsmaterial/Vorgaben_fu_r_die_Gestaltung_von_Literaturhinweisen_Zitaten_und_Literaturverzeichnissen_am_Departement_G.pdf
- Kraft, E. (2011). Kosten der Demenz in der Schweiz. In Bundesamt für Gesundheit und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (Hrsg.), *Demenz – gesundheits- und sozialpolitische Herausforderung*. Heruntergeladen von <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/12261/index.html?lang=de>
- Landmann, H. (2009). Gerontopsychiatrie. In B. Kubny-Lüke (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Psychiatrie* (2. Auflage) (S. 337-363). Stuttgart: Thieme.
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998). *Critical Review Form – Quantitative Studies*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf>

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007). *Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)*. Heruntergeladen von http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf
- Marotzki, U. (2007). Praxismodelle in der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage)(S. 104-109). Stuttgart: Georg Thieme.
- Martensson, B. (2011, 03. November). Alzheimerkranke werden stigmatisiert. *Tages-Anzeiger*. Heruntergeladen von: http://www.alz-zuerich.ch/html/uploads/media/TA_3.11.2011_Alzheimerkranke_werden_stigmatisiert_BMWO.pdf
- Milton, S. (2012). What makes a dementia-friendly community?. *The Journal of Dementia Care*, 20(2), 12-13.
- Monsch, A. U., Hermelink, M., Kressig, R. W., Fisch, H. P., Grob, D., Hiltbrunner, B., Martensson, B., Rüggeger-Frey, B., von Guntern, A. & Expertengruppe der Schweiz. (2008). Konsensus zur Diagnostik und Betreuung von Demenzkranken in der Schweiz. *Schweiz Med Forum*, 8(8), 144-149.
- Müller, E. (2011). Betätigung und Wohlbefinden bei Menschen mit Demenz und den Angehörigen. *Ergotherapie*, 4, 12-16.
- Muo, R., Schindler, A., Venero, I., Schindler, O., Ferrario, E. & Frisoni, G. B. (2005). Alzheimer's disease associated disability: An ICF approach. *Disability and Rehabilitation*, 27(23), 1405-1413.
- Murray, M. & Crummett, A. (2010). 'I Don't Think They Knew We Could Do These Sorts of Things' : Social Representations of Community and Participation in Community Arts by Older People. *Journal of Health Psychology*, 15(5), 777-785.
doi:10.1177/1359105310368069
- Padilla, R. (2011). Effectiveness of interventions designed to modify the activity demands of the occupations of self-care and leisure for people with Alzheimer's disease and related dementias. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 523–531.
doi:10.5014/ajot.2011.002618
- Prince, M., Bryce, R. & Ferri, C. (2011). *World Alzheimer report 2011. The benefits of early diagnosis and intervention* Alzheimer's Disease International, (Hrsg.). Heruntergeladen von <http://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2011.pdf>

- Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Rentsch, H. P. (2005). Medizinische Rehabilitation. In J. Teska (Hrsg.), *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (S. 82-86). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Santoro, D. M., Sobocinski, S. V. & Klippel-Tancreti, C. (2008). Social Participation. In C. Meriano & D. Latella (Hrsg.), *Occupational therapy interventions. Function and Occupations*. Thorofare, NJ: SLACK.
- Scaffa, M. (2001). *Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Schaade, G. (2004). *Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. Ein Förderprogramm* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Schaade, G. (2005). Demenzerkrankungen und ihre ergotherapeutische Behandlung. In C. Habermann & C. Wittmershaus (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Geriatrie* (S. 267-288). Stuttgart: Georg Thieme.
- Schaade, G. (2009). *Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung*. Heidelberg: Springer Medizin.
- Schaade, G. (2012). *Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. Ein Förderprogramm* (5. Auflage). Heidelberg: Springer.
- Scheepers, C. (2006). Ambulante Versorgung. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage)(S. 226). Stuttgart: Georg Thieme.
- Schmid Botkine, C. (2010, 31. März). *Newsletter. Demos. Informationen aus der Demografie. Nr. 1 März 2011. Thema: Sterblichkeit*. Heruntergeladen von: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/22/nl.html>
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2009). *Entlastung für pflegende Angehörige*. Heruntergeladen von <http://server25.hostpoint.ch/~alzch1/alz.ch/index.php/praktische-unterstuetzung.html>
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2010a). *107 000 Menschen mit Demenz in der Schweiz*. Heruntergeladen von http://www.alz-zuerich.ch/html/uploads/media/107__000_Menschen_in_der_Schweiz.pdf

- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2010b). *Aktuelle Kosten der Demenz: 6.3 Milliarden pro Jahr*. Heruntergeladen von http://www.alz.ch/d/pdf/demenzkosten_d.pdf
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (k. D.a). *Immer mehr Menschen mit Demenz leben zu Hause. Schaffen wir die nötigen Rahmenbedingungen!* Heruntergeladen von http://www.alz.ch/20jahre/data/data_11.pdf
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (k. D.b) *Angebote*. Heruntergeladen von <http://server25.hostpoint.ch/~alzch1/alz.ch/index.php/angebote.html>
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (k. D.c). *Demenzformen und Ursachen*. Heruntergeladen von <http://server25.hostpoint.ch/~alzch1/alz.ch/index.php/demenzformen-und-ursachen.html>
- Sorensen, L. V., Waldorff, F. B. & Waldemar, G. (2008). Social participation in home-living patients with mild Alzheimer's disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47, 291-301. doi:10.1016/j.archger.2007.08.011
- Steigert, J. F. (2009, 05. Juni). *Steuerbarkeit der Demenzpolitik I. Grundlagen* Das Schweizer Parlament, (Hrsg.). Heruntergeladen von http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093509
- Stultjens, E. M. J., Dekker, J., Bouter, L. M., Jellema, S., Bakker, E. B. & van den Ende, C. H. M. (2004). Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. *Age and Ageing*, 33(5), 453-460. doi:10.1093/ageing/afh174
- Stosberg, M. & Blüher, S. (2006). Soziale Netzwerke. In W. D. Oswald, U. Lehr, C. Sieber & J. Kornhuber (Hrsg.), *Gerontologie. Medizinische, psychische und sozialwissenschaftliche Grundbegriffe* (3. Auflage) (S. 339-344). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Sütterlin, S., Hossmann, I. & Klingholz, R. (2011). *Demenz-Report* Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, (Hrsg.). Heruntergeladen von http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2011). [Quinquennial Population by Five-Year Age Groups - Both Sexes]. *World Population Prospects: The 2010 Revision*. Heruntergeladen von <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>
- Voigt-Radloff, S., Graff, M., Leonhart, R., Schornstein, K., Vernooij-Dassen, M., Olde-Rikkert, M. & Huell, M. (2009). WHEDA study: effectiveness of occupational therapy at home for older people with dementia and their caregivers - the design of a prag-

matic randomised controlled trial evaluating a Dutch programme in seven German centres. *BMC Geriatrics*, 9(44). doi:10.1186/1471-2318-9-44

Volicer, L. (2005). Caregiver Burden in Dementia Care: Prevalence and Health Effects. *Current Psychosis & Therapeutics Reports*, 3, 20-25.

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010). Demenz. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=anita46hofmann64zhwin46ch2991591771211&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw#__pschyrembel_kw__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'kw_artikel4382818'%5D

Wehrli, R. (2009, 05. Juni). *Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie von Bund und Kantonen* Das Schweizer Parlament, (Hrsg.). Heruntergeladen von http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093510

Weise, A. persönliche Kommunikation, 11. November, 2011.

Wettsein, A., König, M., Schmid, R. & Perren, S. (2005). *Belastung und Wohlbefinden bei Angehörigen von Menschen mit Demenz*. Zürich: Rüegger.

World Federation of Occupational Therapists. (2010). *Statement on Occupational Therapy*. Heruntergeladen von <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/WhatisOccupationalTherapy.aspx>

World Health Organisation. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, (Hrsg.). Heruntergeladen von http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. *Gemeinschaft*

dradio. (2012). *"Es ist zärtlicher, es ist langsamer, es ist schöner"*. Heruntergeladen von

http://www.google.ch/imgres?q=alte+menschen&hl=de&sa=X&biw=1680&bih=888&tbm=isch&prmd=imvnsb&tbnid=FAONxUpWArjQKM:&imgrefurl=http://www.dradio.de/dkultur/sendungen/thema/842270/bilder/image_main/&docid=8LgSa16ZNRCIWM&imgurl=http://www.dradio.de/images/167/landscape/&w=499&h=374&ei=8hCHT5u8NojS4QTSu6j4Bw&zoom=1&iact=hc&vpx=1380&vpy=581&dur=31&hovh=194&hovw=259&tx=138&ty=134&sig=111906411207966422526&page=1&tbnh=150&tbnw=199&start=0&ndsp=28&ved=1t:429,r:27,s:0,i:189

Abbildung 2. *Gegenstandsbereich der Ergotherapie*

American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 2nd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.

Abbildung 3. *Aspekte des Gegenstandsbereiches der Ergotherapie*

American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 2nd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.	<i>Verwendete Suchbegriffe</i>
Tabelle 2.	<i>Themensuche OTDBASE</i>
Tabelle 3.	<i>Themensuche OTSeeker</i>
Tabelle 4.	<i>Studie Brorsson, Öhmann, Lundberg und Nygård, 2011</i>
Tabelle 5.	<i>Studie Brataas, Bjugan, Wille und Hellzen, 2010</i>
Tabelle 6.	<i>Studie Graff, Vernoij-Dassen, Thijssen, Dekker, Hoefnagels und Olde Rickert, 2006</i>
Tabelle 7.	<i>Ergebnisse in der OTPF Struktur</i>
Tabelle 8.	<i>Beispiel Ergotherapie in der Gemeinde nach Flotho et al., 2011</i>

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AOTA	American Occupational Therapy Association
ASSET	Arbeitsgemeinschaft der Schweizer Schulen für Ergotherapie
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
ESF	Europäischer Sozialfond
ET	Ergotherapie bzw. Ergotherapeut
et al.	et alteri, oder und andere
EVS	Ergotherapeutinnen-Verband Schweiz
HED-I	Häusliche Ergotherapie bei Demenz – Interventionsprogramm
Hrsg.	Herausgeber
ICD-10-GM	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme - 10. Revision - German Modification
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
k. D	kein Datum
MMSE	Mini-Mental-State-Examination
MSc OT	Master of Science in Occupational Therapy
OT	Occupational Therapist
OTPF	Occupational Therapy Performance Framework
S.	Seitenzahl
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organisation
ZHAW	Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften
zit. nach	zitiert nach

Wortanzahl

Anzahl Wörter im Abstract:

Wortanzahl im Abstract: **196**

Anzahl Wörter in der Arbeit:

Wortanzahl (Einleitung bis und mit Schlussfolgerungen): 14'579

Wortanzahl (Tabellen): 2'841

Wortanzahl (Einleitung - Schlussfolgerungen, unter Abzug der Tabellen) **11'738**

Eigenständigkeitserklärung

„Hiermit erklären wir, die vorliegende Bachelorarbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter der Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.“

Winterthur, den 14. Mai 2012

Fankhauser Renata

Ritz Sophie Barbara

Anhang

A Glossar

A

Abstract	Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012a) wird Abstract mit Inhaltsangabe, Übersicht oder Resümee gleichgesetzt.
ADL (activities of Daily Living)	Aktivitäten des täglichen Lebens orientieren sich gemäss dem OTPF (AOTA, 2008, basierend auf Rogers & Holm, 1994) der Pflege des eigenen Körpers. Diese Aktivitäten sind von grundlegender Bedeutung für das Leben in einer sozialen Welt, da sie das Überleben und Wohlbefinden ermöglichen (Christiansen & Hammecker, 2001, zit. nach AOTA, 2008).
Aktivität	„Strukturierte Folge von Teilschritten oder Aufgaben, die Teil einer Betätigung/Handlung/Beschäftigung sind“ (Enothe, 2007, zit. nach Weise et al., 2011, S. 2).
Aktivitätsanforderung, Activity Demands [engl.]	Aktivitätsanforderungen sind im OTPF (AOTA, 2008) als Aspekte einer Aktivität definiert. Sie beinhalten die Objekte und deren Eigenschaften, die Raumanforderung, die sozialen Anforderungen, die Sequenzierung oder das Timing, die erforderlichen Aktionen und Fähigkeiten, und die erforderlichen zugrundeliegenden Körperfunktionen und – Strukturen, die benötigt werden um die gewünschte Tätigkeit durchzuführen (AOTA, 2008).
Akut	Akut wird im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012b) als plötzlich auftretend, schnell und heftig verlaufend benannt.
Alltagstechnologie	Siehe Technologie, Alltagstechnologie
Ambulant	Siehe Ergotherapie, ambulant

AMPS, Assessment of Motor and Process Skills	„Das AMPS [...] ist eines der bekanntesten ergotherapeutischen Messinstrumente weltweit. Es misst die Betätigungs-Performanz, hier definiert als Unabhängigkeit, Sicherheit, Effektivität und Anstrengung, bei der Durchführung von Aktivitäten des täglichen Lebens (Activities of Daily Living – ADL). Damit ist das AMPS ein wertvolles Instrument zur Planung effektiver Interventionen, zur Dokumentation von Veränderungen und zur Ausendarstellung der Ergotherapie. Das AMPS ist für Klienten aller Fachbereiche ab etwa vier Jahren anwendbar, sofern diese die Aufgabenstellung verstehen können.“ (Deutscher Verband der Ergotherapeuten E.V., 2012).
Angehörige, pflegende	Pflegerische Angehörige, im Englischen auch Caregivers genannt, werden in dieser Arbeit als informelle pflegende Personen definiert, wie Lebenspartner, Verwandte, Freunde und Nachbarn, also Personen, die die erkrankte Person nicht erwerbsmässig pflegen (Geister, 2004) .
Antriebssteigerung)	Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012c) wird Antrieb als bewegende Kraft, Anreiz, Impuls, Beweggrund oder innere Triebfelder beschrieben. Die Antriebssteigerung ist eine Steigerung dieser Kraft.
Autonomie	Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012d) wird Autonomie mit Unabhängigkeit, Selbstständigkeit oder Willensfreiheit gleichgesetzt.
B	
Barriere	Im medizinischen Gebrauch werden als Synonyme von Barriere Behinderung (etwas Behinderndes, behindert werden), Erschwerung, Hemmung,

	Hinderung, Handicap und Schwierigkeit genannt. (Bibliographisches Institut GmbH, 2012e).
Behandlungssetting	Siehe Setting, Behandlungssetting
Betätigung, betätigen	Betätigung wird im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012f) als Tätigsein oder Tätigkeit erklärt. Betätigung wird als Komplex von Aktivitäten beschrieben, der persönliche und sozio-kulturelle Bedeutung hat. Er ist kulturell definiert und ermöglicht die Partizipation in der Gesellschaft (Enothe, 2007, zit. nach Weise et al., 2011). <i>(Siehe auch Anhang E)</i>
Betätigungsbereich, Areas of Occupational [engl.]	Der Betätigungsbereich beinhaltet verschiedene Arten der Aktivitäten im Leben, von Menschen, Populationen oder Organisationen, einschliesslich den Aktivitäten des täglichen Lebens, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Ruhe und Schlaf, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und soziale Partizipation (AOTA, 2008).
Bool'scher Operator	„Ausdruck (Symbol oder Wort), der bestimmte logische Verknüpfungen zwischen einzelnen Suchbegriffen beschreibt, benannt nach dem Mathematiker George Boole.“ (Universitätsbibliothek Kaiserslautern, k. D., Abs. 1). Hierzu gehören die UND- und ODER-Verknüpfung.
C	
Chronisch	Chronisch wird im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012g) als sich langsam entwickelnd, aber lange andauernd beschrieben.
Cinahl Heading	Die Cinahl Überschriften (Headings) sind offizielle Begriffe, die in der Datenbank CINAHL verwendet

	werden, um Themen genauer zu beschreiben. Diese Begriffe unterstützen eine effiziente Suche, indem Stichworte eingegrenzt werden (Carlow University, 2011).
Copingstrategie	Unter Copingstrategie versteht man eine „Maßnahme und/oder Verhaltensweise, die darauf abzielt, mit belastenden Situationen und Stressoren umzugehen“ (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010a)
Core-Kategorie	Als Core-Kategorien werden beispielsweise in der Studie von Brorsson et al. (2011) Hauptkategorien definiert, deren Thematik während der Datenanalyse entsteht, indem Aussagen der Studienteilnehmer immer weiter in Kategorien zusammengefasst werden, bis schlussendlich die Hauptkategorien stehen.

D

Datenbank	Eine Datenbank ist ein „elektronisches System, in dem grosse Bestände an Daten [...] zentral gespeichert sind“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2012h, Abs. 3).
Datensättigung	„Datensättigung bedeutet, dass durch neuerliche Datenerhebungen keine neuen Informationen mehr gewonnen werden können.“ (Mayer, 2007, S. 155).
Demenz	Demenz [...] ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven

	<p>Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet [...]“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2012a, Abs. 2).</p>
Demenz, Alzheimer-Demenz	<p>„Die Ursache und Entstehung der Alzheimer-Demenz ist nach wie vor unklar. Bei der Alzheimer-Krankheit lagern sich im Gehirn Proteine zusammen und bilden sog. Amyloid- oder Alzheimer-Plaques (senile Plaques)“ (Schaade, 2004, S. 6).</p>
Demenz, Creutzfeldt-Jakobs	<p>„Die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit [CJK] ist eine sehr seltene Krankheit, bei der das Gehirn durch abnorm gefaltete Eiweissbausteine, auch Prionen genannt, angesteckt wird.</p> <p>Die Ansteckung führt dazu, dass die Nervenzellen absterben. Symptome einer CJK sind die Abnahme der Gehirnleistung, vor allem Gedächtnis-, Merkfähigkeits- und Orientierungsstörungen.</p> <p>Darüber hinaus treten neurologische Störungen auf, wie Gleichgewichtsstörungen, unwillkürliche Bewegungen, Lähmungen“ (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010, S. 3).</p>
Demenz, degenerative	<p>Zu den degenerativen Demenzen gehören vor allem die Demenzerkrankungen vom Alzheimer-Typ (DAT), [...]Sie machen etwa 65% aller Demenzerkrankungen aus“ (Schaade, 2004, S. 4).</p> <p>Weitere degenerative Demenzen sind Morbus Pick, Parkinson-Demenz mit Lewy-Body, Chorea Huntington, spinocerebelläre Degeneration, ALS-Demenzkomplex und Demenz vom Frontallappentyp (Schaade, 2004).</p>
Demenz, frontotem-	<p>„Bei einigen Krankheiten sterben die Nervenzel-</p>

porale	<p>len im vorderen Bereich des Gehirns ab, also im Stirn- und / oder im Schläfenlappen. Da verschiedene Krankheitsprozesse und unterschiedliche Symptome auftreten, handelt es sich um eine Gruppe von Krankheiten, die unter dem Begriff frontotemporale Demenzen zusammengefasst werden. [...] Betroffen sind häufiger Männer als Frauen und meist – für eine Demenzerkrankung – jüngere Menschen unter 65 Jahren“ (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010, S. 2).</p>
Demenz, Korsakow	<p>„Das Korsakow-Syndrom wird durch den Mangel an Vitamin B1 verursacht, oft als Folge eines langjährigen und übermässigen Alkoholkonsums. [...] Das Korsakow-Syndrom verursacht einen Gedächtnisverlust, insbesondere von Ereignissen, die nach Beginn der Erkrankung stattgefunden haben. Es bestehen grosse Schwierigkeiten, neue Dinge zu lernen, und Erinnerungslücken werden oft mit erfundenen Geschichten ausgefüllt, sogenannten Konfabulationen. Oft fehlt die Einsicht in diesen Zustand“ (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010, S. 3).</p>
Demenz, Lewy-body	<p>„Bei der Lewy-Körper-Demenz handelt es sich um eine Demenzform, die Ähnlichkeiten mit der Alzheimer-Krankheit und der Parkinson-Krankheit aufweist. Ursache sind winzige runde Eiweissablagerungen im Gehirn, sogenannte Lewy-Körper. Lewy-Körper schädigen die Nervenzellen und unterbrechen den Austausch von Botenstoffen, wodurch die Gehirnfunktion beeinträchtigt wird“ (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010, S. 1).</p>
Demenz, Mischform	<p>„Mit zunehmendem Alter treten häufig Mischfor-</p>

	men der vaskulären und degenerativen Demenz auf. Etwa 15% aller Demenzkranken sind von einer Mischform betroffen“ (Schaade, 2004, S. 5)
Demenz, primäre	Primäre Demenzen beschreibt Schaade (2004) wie folgt: „Bei diesen Krankheitsbildern ist primär das Gehirn betroffen. Es handelt sich um irreversible Krankheitsprozesse (Bauer 1994 [zit. nach Schaade, 2004]), wobei zwischen degenerativen und vaskulären Erkrankungen unterschieden werden muss“ (S. 4). <i>(Siehe auch Demenz, Vaskuläre und Demenz, degenerative)</i>
Demenz, sekundäre	„Sekundäre Demenzerkrankungen sind Folge anderer Erkrankungen, wie beispielsweise endokrine Störungen, Stoffwechselerkrankungen oder Vitamindefizite. Durch rechtzeitige Behandlung der eigentlichen Erkrankung können die kognitiven Defizite manchmal behoben werden. Deshalb spricht man hier von reversiblen Demenzen. Der Anteil dieser Art der Demenzerkrankungen beträgt etwa 15% aller Demenzerkrankungen“ (Schaade, 2004, S. 5).
Demenz, vaskuläre	„Die vaskulären Demenzen (vaD) werden oft auch als „Multi-Infarkt-Demenzen“ (MID) bezeichnet. Sie treten häufiger bei Männern auf und beginnen meist im Alter von über 70 Jahren. Sie werden überwiegend durch Veränderungen kleiner subkortikaler Gefäße hervorgerufen. Jede neue Veränderung durch einen Gehirnfarkt führt zu einer Verschlechterung der intellektuellen Fähigkeiten und zu neurologischen Ausfällen. [...] Der Anteil dieser Form der Demenzerkrankung beträgt etwa 20%“ (Schaade, 2004, S. 4-5).
Demenzstrategie	„Der Bund erarbeitet in Zusammenarbeit mit den

Kantonen und den betroffenen Organisationen die Grundsätze einer Demenzstrategie für die Schweiz. Ziel soll neben der Festlegung von Handlungsprioritäten im Bereich der Ursachenforschung, der Prävention und der Entwicklung von Behandlungsmethoden, der Förderung von Frühdiagnosen, der Unterstützung von Pflegenden sowie der Planung und Bereitstellung der notwendigen Infrastrukturen auch eine klare Verteilung der entsprechenden Verantwortlichkeiten zwischen den verschiedenen betroffenen Akteuren sein, damit Entscheidungen zur richtigen Behandlung und Betreuung im gesamtgesellschaftlichen Interesse und nicht im Wesentlichen aufgrund der mikroökonomischen Kostenlogik der einzelnen Kostenträger gefällt werden“ (Wehrli, 2009, Abs. 1).

Domizilbehandlung Siehe Ergotherapie, Domizilbehandlung

E

Eingebundensein (in soziale Aktivität) „Das Eingebundensein in Betätigung wird als umfassendes Ergebnis bzw. Outcome des ergotherapeutischen Prozesses betrachtet“ (Marotzki & Reichel, 2007, S. 112). In der geriatrischen Ergotherapie Bayreuth (Beer, 2011) wird das Eingebundensein in Betätigung wie folgt beschrieben:

- die sichere, effiziente und unabhängige Durchführung subjektiv wichtiger Aktivitäten im individuellen Alltag,
- die prinzipielle Handlungsfähigkeit im Sinn von Leistungsfähigkeit [...]
- die Möglichkeit subjektiv wichtige, Gesundheit und /oder Wohlbefinden fördernde Betätigung

	<p>durchzuführen,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Zufriedenheit mit den eigenen Handlungsrollen, Handlungsroutinen usw“ (Beer, 2011, S. 3).
Ergotherapie	<p>„Ergotherapie stellt die Handlungsfähigkeit des Menschen in den Mittelpunkt. Sie trägt zur Verbesserung der Gesundheit und zur Steigerung der Lebensqualität bei. Sie befähigt Menschen, an den Aktivitäten des täglichen Lebens und an der Gesellschaft teilzuhaben.“ (EVS, k. D., Abs. 1)</p>
Ergotherapie, ambulant	<p>Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012i) wird ambulant als „nicht ortsgebunden“ (Abs. 3) und in der Medizin als „nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden; nicht stationär“ (Abs. 3) definiert. Die ambulante Ergotherapie wird im Kapitel 1.2.4 dieser Arbeit näher definiert.</p>
Ergotherapie, Domizilbehandlung	<p>Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012j) wird Domizil mit „Wohnsitz, Stätte, wo jemand zu Hause ist“ (Abs. 3) gleichgesetzt. Rentsch (2005) benennt die Domiziltherapie als eine spezielle Form der ambulanten Therapie. Domizilbehandlung wird im Kapitel 1.2.4 dieser Arbeit näher definiert.</p>
Ergotherapie, Gegenstandsbereich	<p>Der Gegenstandsbereich stellt einen Abriss über den Zuständigkeitsbereich der Profession und die Bereiche dar, in welchen Ergotherapeuten über gesichertes Wissen und Expertise verfügen (AOTA, 2008). Der Gegenstandsbereich setzt sich zusammen aus den Betätigungsbereichen, den Performanzfertigkeiten und Performanzmuster, dem Kontext, den Aktivitätsanforderungen und Klientenfaktoren (AOTA, 2008).</p>

Ergotherapie, gemeindenah	Die gemeindenahere Ergotherapie nach Scaffa (2001) beinhaltet einerseits die Domizilbehandlung im Zuhause des Klienten. Andererseits beinhaltet der Begriff aber auch Interventionen, die im für den Klienten wichtigen öffentlichen Raum stattfinden, um ihm die Partizipation an Aktivitäten in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die gemeindenahere Ergotherapie wird im Kapitel 1.2.4 dieser Arbeit näher definiert.
Ergotherapie, Intervention	Intervention wird in Pschyrembel online als „Maßnahme [umschrieben], die zur Heilung, Linderung od. Prävention von Krankheiten od. zur Gesundheitsförderung eingesetzt wird“ (Verlag Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010b, Abs. 2). Im OTPF (AOTA, 2008) wird Intervention in drei Punkte aufgeteilt: Interventionsplan, Interventionsimplementierung und Interventionsüberprüfung.
Ergotherapie, Massnahme	Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012k) wird Massnahme als Mittel oder Handlung, „die etwas Bestimmtes bewirken soll“ (Abs. 2), beschrieben. Ergotherapeutische Massnahmen sind also Mittel oder Handlungen, welche Ergotherapeuten nutzen um ein bestimmtes Betätigungsziel zu erreichen.
Ergotherapie, Modell	Modelle sind „eine vereinfachte Präsentation von Struktur und Inhalt eines Phänomens oder Systems, das komplexe Beziehungen zwischen Konzepten innerhalb des Systems beschreibt oder erklärt und Elemente von Theorie und Praxis integriert“ (Hagedorn, 2000, S.41).
Ergotherapie, Prozess	Der Ergotherapeutische Prozess beschreibt den Prozess, wie Ergotherapeuten ihre Expertise

messbar machen und dem Klienten ihren Dienst zur Verfügung stellen (AOTA, 2008). Der Prozess beinhaltet Evaluation, Intervention und Outcome (AOTA, 2008).

Evidenz Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012l) wird Evidenz im medizinischen und pharmazeutischen Sinne als „empirisch erbrachter Nachweis der Wirksamkeit eines Präparats, einer Therapieform o. Ä.“ beschrieben. (Abs. 3)

F

Fähigkeit Eine Fähigkeit ist eine „persönliche Voraussetzung, welche die Betätigungs-/ Handlungs-/ Beschäftigungsperformanz unterstützt“ (Enothe, 2007, zit. nach Weise et al., 2011, S. 5).

Fähigkeiten, Funktionsfähigkeit In Pschyrembel online (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010c) wird Funktionsfähigkeit allgemein als „Bezeichnung für die Fähigkeit, physiologische [und] psychologische Leistungsanforderungen zu erfüllen“ definiert (Abs. 1). Oder in Bezug auf die ICF als Bezeichnung „für alle Aspekte der funktionalen Gesundheit hinsichtlich Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten [und] Teilhabe vor dem Hintergrund der Kontextfaktoren der betreffenden Person“ (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010c).

Fertigkeit Eine Fertigkeiten ist eine „durch Übung entwickelte Fähigkeit, die erfolgreiche Betätigungs-/ Handlungs-/ Beschäftigungsperformanz ermöglicht“ (Enothe, 2007, zit. nach Weise et al., 2011, S. 5f).

Fertigkeiten, emotionale Regulation	Handlungen oder Verhaltensweisen, die ein Mensch nutzt, um während der Aufnahme einer Tätigkeit oder in der Interaktion mit anderen Menschen Gefühle zu erkennen, zu steuern und auszudrücken (AOTA, 2008).
Fertigkeiten, kognitiv	Handlungen oder Verhaltensweisen, die ein Mensch zur Planung und Handhabung der Ausführung einer Aktivität/Tätigkeit nutzt (AOTA, 2008).
Fertigkeiten, kommunikativ und sozial	Handlungen oder Verhaltensweisen, die ein Mensch nutzt, um zu kommunizieren und mit anderen Menschen in einem interaktiven Umfeld zu interagieren (Fischer, 2006, zit. nach AOTA, 2008).
Fertigkeiten, motorisch und motorisch-planerisch	Motorische Fertigkeiten sind Handlungen oder Verhaltensweisen, die ein Mensch nutzt, um sich zu bewegen und körperlich mit Aufgaben, Objekten, Kontext und Umgebung zu interagieren (Fischer, 2006, zit. nach AOTA, 2008). Motorisch-planerische Fertigkeiten ermöglichen zielgerichtete Bewegungen und sind die Fähigkeit sequentielle motorische Handlungen als Teil eines ganzen Plans auszuführen (Lipmann, 1920, zit. nach AOTA, 2008).
Fertigkeiten, Performanzfertigkeiten	Die „performance skills“ (AOTA, 2008, S. 639) [Performanzfertigkeiten (Reichel, 2005)] sind die Fähigkeiten, welche der Klient in Handlungen zeigt, die er ausführt (AOTA, 2008). Die Kategorien der Performanzfertigkeiten sind verknüpft und beinhalten motorische und motorisch-planerische Fertigkeiten, sensorisch-perzeptuelle Fertigkeiten, Fertigkeiten der emotionalen Regulation, kognitive Fertigkeiten, sowie kommunikations- und soziale

	Fertigkeiten (AOTA, 2008).
Fertigkeiten, sensorisch-perzeptuell	Handlungen oder Verhaltensweisen, die der Mensch nutzt, um sensorische Ereignisse zu wählen, zu interpretieren, zu assoziieren und zu erinnern und daraufhin Empfindungen zu lokalisieren, zu identifizieren und darauf zu reagieren. Dazu zählen visuelle, auditive, propriozeptive, taktile, olfaktorische, geschmacks- und vestibuläre Empfindungen (AOTA, 2008).

G

Gegenstandsbe- reich	Siehe Ergotherapie, Gegenstandsbereich
Generalisierung	Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012m) wird die Generalisierung mit Verallgemeinerung gleichgesetzt.
Gesellschaft	Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012n) wird Gesellschaft beispielsweise als „Gesamtheit der Menschen, die zusammen unter bestimmten politischen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen leben“ oder auch die „Vereinigung mehrerer Menschen, die ein bestimmtes Ziel oder gemeinsame Interessen haben“ (Abs.2), beschrieben.
Gesundheit, kollektiv	Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012o) wird kollektiv mit gemeinschaftlich und „alle Beteiligten betreffend“ (Abs. 2) beschrieben. Gesundheit ist der „Zustand oder [ein] bestimmtes Mass körperlichen, psychischen oder geistigen Wohlbefindens; [die] Nichtbeeinträchtigung durch Krankheit“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2012p, Abs. 2).
Gesundheitsförde-	Gesundheitsförderung wird beschrieben, als „Be-

<p>rung</p>	<p>fähigung von Individuen, Gruppen und Organisationen die Bedingungen ihrer Gesundheit mittels Gestaltung der Lebensweisen und Lebenswelten zu erhalten und zu verbessern. Gesundheitsförderung schliesst nicht nur Handlungen und Aktivitäten ein, die auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen gerichtet sind, sondern auch solche, die darauf abzielen, soziale, ökonomische sowie Lebensbedingungen derart zu verändern, dass diese positiv auf die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheit wirken“ (Gesundheitsförderung Schweiz, 2012).</p>
<p>Gewohnheit</p>	<p>Gewohnheiten sind automatisierte Verhaltensweisen, die dem Menschen alltägliches Funktionieren ermöglichen (Neistadt & Crepeau, 1998, zit. nach AOTA, 2008). Gewohnheiten können nützlich sein, beherrschend oder verarmen, sie können die Performanz in den Betätigungsbereichen unterstützen oder behindern (AOTA, 2008).</p>
<p>Grounded Theory Study</p>	<p>Grounded Theory ist ein qualitatives Forschungsdesign, welches die Theoriebildung aus empirischen Daten zum Ziel hat (Letts et al., 2007a; Paris & Hürzeler, 2008).</p>

H

<p>Handlungsfähigkeit</p>	<p>„In den Handlungstheorien werden die Aktivitäten als Handlungen bezeichnet, mit denen Menschen zielgerichtet und bewusst auf ihre Umwelt einwirken. Die Handlungsfähigkeit eines Menschen wird durch die personalen Möglichkeiten und durch die jeweils konkreten Umweltgegebenheiten bestimmt.“ (Schule für Ergotherapie Biel, 2007). „Die Handlungsfähigkeit eines Menschen kann durch</p>
----------------------------------	---

Krankheiten und/oder Behinderung graduell unterschiedlich erschwert werden. Aber auch über- oder unterfordernde Umwelтанforderungen bzw. -erwartungen können die Handlungsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigen“ (Verein Arbeitskreis Bieler Modell, k. D., Abs. 4)

I

IADL (instrumental Activities of Daily Living)	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens sind Aktivitäten, die das häusliche und gesellschaftliche Leben unterstützen und häufig komplexere Interaktionen erfordern, als es bei den Aktivitäten des täglichen Lebens der Fall ist. Das pflegen von anderen Menschen oder Haustieren gehört beispielsweise in diese Kategorie (AOTA, 2008).
--	---

ICD-10	„Die "Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme" (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2012b, Abs. 3).
--------	--

Inhaltsanalyse, narrativ	„Inhaltsanalyse ist eine Forschungstechnik für die objektive, systematische und quantitative Beschreibung des manifesten Inhalts von Kommunikation“ (Mayring, 1990b, S11f., zit. nach Langer,
--------------------------	---

	2000). Narrativ bedeutet „in erzählender Form“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2012q, Abs. 2).
Intervention	Siehe Ergotherapie, Intervention
Interventions- gruppe	Die Interventionsgruppe und Kontrollgruppen sind ein Hauptmerkmal von randomisiert kontrollierten Studien. Die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe erhalten die Intervention, welche von Interesse ist, während die Teilnehmer der Kontrollgruppe keine Behandlung oder ein Norm-Verfahren erhält. Eine zufällige Zuteilung zu den Gruppen erlaubt einen Vergleich der Ergebnisse zwischen den Gruppen in Bezug auf die Wirkung einer bestimmten Behandlung (Law et al., 1998a).
Interview of deterioration in daily activities in dementia	Dies ist ein Assessment zur Einschätzung lebenspraktischer Fertigkeiten demenzerkrankter Menschen, es wird hier nicht näher beschrieben (Graff et al., 2006).
J	
K	
Keyword, oder Stichwort	Keywords oder Stichworte werden zur Datenbankrecherche verwendet. Die Suche mit Stichworten ist unkompliziert und man erhält oftmals viele, aber meist unrelevante Treffer. Neue oder seltene Wörter werden mit dieser Methode einfacher gefunden. Dennoch müssen alle Begriffe, ihre Ober- und Unterbegriffe, einzeln eingegeben werden, wie beispielsweise Ergotherapie, Ergotherapeut, etc (Kleibel & Mayer, 2005).
Kognition	Kognition wird im engeren Sinne als „Sammelbezeichnung für alle Prozesse, die mit dem Erkennen zusammenhängen, z. B. Wahrnehmung, Gedächtnis, Lernen, Bewertung“ definiert und im wei-

	<p>teren Sinne als „alle Prozesse der Informationsverarbeitung einschliesslich Emotion [und] Motivation“ (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010d, Abs. 2).</p>
Kontext	<p>Der Begriff Kontext bezieht sich auf eine Vielzahl von miteinander verbundenen Bedingungen, die den Klienten umfassen und umgeben und seine Performanz beeinflussen. Im OTPF wird unterschieden zwischen kulturellem, persönlichem, zeitlichem und virtuellem Kontext (AOTA, 2008).</p>
Kontext, kulturell	<p>Zum kulturellen Kontext gehören Bräuche, Überzeugungen, Aktivitätsmuster, Verhaltensweisen und Erwartungen der Gesellschaft, in der der Klient ein Mitglied ist (AOTA, 2008).</p>
Kontext, persönlich	<p>Der persönliche Kontext bezieht sich auf demographische Merkmale des Individuums, wie beispielsweise das Geschlecht, den sozioökonomischen Status und das Bildungsniveau (WHO, 2001, zit. nach AOTA, 2008; AOTA, 2008).</p>
Kontext, virtuell	<p>Der virtuelle Kontext bezieht sich auf die Wechselwirkung der simulierten, Echtzeit- oder zeitnahen Situationen, bei fehlender körperlichen Anwesenheit (AOTA, 2008).</p>
Kontext, zeitlich	<p>Der zeitliche Kontext beinhaltet die Phasen des Lebens, den Tageszeitpunkt, den Jahreszeitpunkt, die Dauer, den Rhythmus von Aktivitäten oder die Geschichte (AOTA, 2008).</p>
Kontrollgruppe	<p>Die Interventionsgruppe und Kontrollgruppen sind ein Hauptmerkmal von randomisiert kontrollierten Studien. Die Studienteilnehmer der Interventionsgruppe erhalten die Intervention, welche von Interesse ist, während die Teilnehmer der Kontrollgruppe keine Behandlung oder ein Norm-</p>

	Verfahren erhält. Eine zufällige Zuteilung zu den Gruppen erlaubt einen Vergleich der Ergebnisse zwischen den Gruppen in Bezug auf die Wirkung einer bestimmten Behandlung (Law et al., 1998a).
Körperfunktion	Unter Körperfunktionen werden die physiologischen Funktionen von Körpersystemen, einschliesslich psychologischer Funktionen, verstanden (WHO, 2001, zit. nach AOTA, 2008). Genauere Angaben zu einzelnen Körperfunktionen können der ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der World Health Organisation (2005) entnommen werden.
Körperstruktur	Körperstrukturen sind anatomische Teile des Körpers, wie Organe, Gliedmassen und ihre Komponenten (WHO, 2001, zit. nach AOTA, 2008). Genauere Angaben zu Körperstrukturen können der ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der World Health Organisation (2005) entnommen werden.
Kovarianzanalyse	Die Kovarianzanalyse wird als „eine multivariate statistische Technik [beschrieben], mit Hilfe derer der Einfluss einer Störvariablen [Kovariate] auf die abhängige Variable nachträglich neutralisiert werden kann“ (Koch, 2011).
L	
Literatursuche	Eine Literatursuche dient der Recherche nach relevanter und zuverlässiger externer Evidenz in Datenbanken (Das Deutsche Cochrane Zentrum, 2012).
Limitation	Die Limitation wird als Begrenzung oder Einschränkung definiert (Bibliographisches Institut

GmbH, 2012r), und steht in dieser Arbeit in Zusammenhang mit der Qualität von Studien.

M

Massnahme	Siehe Ergotherapie, Massnahme
MeSH Term	Der „Medical Subject Heading“, kurz MeSH, ist ein Wort der „National Library of Medicine“ und wird für die Indizierung, Katalogisierung und Suche nach biomedizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen und Dokumente verwendet (U.S. National Library of Medicine, 2011).
Methodische Qualität	Die methodische Qualität einer Studie wird anhand der Formulare von Law et al. (1998b) für quantitative Studien und von Letts et al. (2007b) für qualitative Studien bewertet. Als Qualitätskriterien in der quantitativen Forschung gelten Reliabilität und Validität, in der qualitativen Forschung werden Glaubwürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Nachvollziehbarkeit als Gütekriterien einer Studie angesehen (Letts et al., 2007).
Motion	„Eine Motion ist ein Handlungsinstrument der Parlamentarier der schweizerischen Bundesversammlung“ (Motion, 2011). „Die Motion beauftragt den Bundesrat, einen Erlassentwurf vorzulegen oder eine Massnahme zu treffen. Die Motion wird von einem oder mehreren Ratsmitgliedern unterzeichnet. Wenn ihr der Rat der Motionärin oder des Motionärs und anschliessend auch der andere Rat zustimmen, gilt die Motion als an den Bundesrat überwiesen. Der Zweirat kann auf Antrag der vorberatenden Kommission oder des Bundesrates Änderungen am Text vornehmen. Über die Änderungen des Zweirates beschliesst der Erstrat

nochmals, ohne selber Änderungen vornehmen zu dürfen.“ (Das Schweizer Parlament, k. D.)

Müdigkeit, mental Mental wird als „das Denken, den Geist betreffend“ beschrieben (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010e, Abs. 2) beschrieben. Somit kann die mentale Müdigkeit mit geistiger Müdigkeit gleichgesetzt werden.

N

Narrative Inhaltsanalyse Siehe auch Inhaltsanalyse, narrativ

O

Orientierung Orientierung wird als „Fähigkeit [beschrieben], sich im Hinblick auf Zeit, Ort, Situation u. eigene Person (autopsychische O.) einzuordnen [wobei] Voraussetzungen [unter anderem] ungestörtes Bewusstsein, Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Zeitsinn u. Gedächtnis“ sind (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010f, Abs. 2).

OTPF, Occupational Therapy Practice Framework Das OTPF ist ein Dokument der AOTA (Reichel, 2005). Es handelt sich um ein Modell, welches einerseits zum Ziel hat, den Gegenstandsbereich der Ergotherapie, dessen Fokus und Handlungen zu beschreiben, und andererseits den ergotherapeutischen Prozess zu veranschaulichen (Reichel, 2005).

Outcomevariable Outcomevariablen sind die Variablen in Studien, welche für die Forscher von Interesse sind. Sie repräsentieren das Produkt oder Ergebnis der Behandlung (Law et al., 1998a).

P

Partizipation Partizipation wird in der deutschsprachigen Fas-

	<p>sung der ICF als „Teilhabe“ (WHO, 2005, S. 16), genauer als „das Einbezogenheit in eine Lebenssituation“ (WHO, 2005, S. 16) beschrieben.</p>
Partizipation, Soziale	<p>Gemäss dem OTPF (AOTA, 2002; basierend auf Mosey, 1996, S. 340) beinhaltet Soziale Partizipation im ergotherapeutischen Verständnis Aktivitäten, welche von einem Individuum erwartet werden. Diese Aktivitäten sind geprägt von einem typischen Verhalten eines Individuums oder der Interaktion eines Individuums mit anderen innerhalb eines sozialen Systems. Dieses soziale System beinhaltet die Gesellschaft, die Familie, sowie die Freunde und Peers (AOTA, 2002, basierend auf Mosey, 1996, S. 340).</p>
Peers	<p>Ein Peer ist Teil einer Peer-Gruppe, wobei dies eine Gruppe von Individuen ist, die bestimmte gemeinsame Merkmale wie Alter, ethnische Zugehörigkeit oder Beruf teilen, und von sich selbst und von anderen als eine eigenständige soziale Gemeinschaft anerkannt ist (Oxford University Press, 2012, Abs. 1).</p>
Performanz	<p>Die Performanz in Bezug auf Betätigung ist die „Auswahl, Organisation und Durchführung von Betätigungen/ Handlungen/ Beschäftigungen bzw. von Aktivitäten und Aufgaben in Interaktion mit dem Umfeld“ (Enothe, 2007, zit. nach Weise et al., 2011, S. 8).</p>
Performanzmuster	<p>Performanzmuster beziehen sich auf Gewohnheiten, Routinen, Rollen und Rituale, welche während dem Prozess der Aktivitäts- oder Betätigungsausführung von Individuen, Organisationen oder Populationen im Alltag genutzt werden (AOTA, 2008).</p>
Progradient, die	<p>Die Progradientenz ist „das Fortschreiten, zunehmende</p>

Progredienz	de Verschlimmerung einer Krankheit (Bibliographisches Institut GmbH, 2012s).
Performanzfertigkeiten	Siehe Fertigkeiten, Performanzfertigkeiten
Pflegende Angehörige	Siehe Angehörige, pflegende
Prävention	Prävention ist der „Oberbegriff für Massnahmen, die das Auftreten, die Ausbreitung und die negativen Auswirkungen von bestimmten Gesundheitsstörungen, Krankheiten oder Unfällen verhindern sollen. Der Begriff geht vom Phänomen Krankheit oder Verletzung aus und versucht, die Ursachen dafür zu verstehen und ursächliche Faktoren auszuschalten.“ (Bundesamt für Gesundheit, 2007, S.14)

Q

R

RCT, Randomisiert kontrollierte Studie	Ein Hauptmerkmal randomisiert, kontrollierter Studien ist, dass eine Reihe von Klienten identifiziert wird, die anschliessend zufällig zu zwei oder mehreren unterschiedlichen Behandlungsgruppen (Interventions- und Kontrollgruppen) zugeteilt werden. Eine zufällige Zuteilung zu den Gruppen erlaubt einen Vergleich der Ergebnisse zwischen den Gruppen in Bezug auf die Wirkung einer bestimmten Behandlung (Law et al., 1998a).
Regulation, emotional	Siehe Fertigkeiten, emotionale Regulation
Rehabilitation	Rehabilitation ist ein „Prozess, der darauf abzielt, dass Menschen mit Behinderung ihr optimales physisches, sensorisches, intellektuelles, psychisches und/oder soziales Funktionsniveau errei-

	<p>chen und aufrechterhalten, indem ihnen Hilfestellungen zur Änderung ihres Lebens geben wird“ (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010g, Abs. 2).</p>
Ressource	<p>Ressourcen „im Sinne von Gesundheitsressourcen Gesamtheit aller gesundheitsförderlichen bzw. protektiven persönlichen und sozialen, körperlichen und psychischen Reserven, Fähigkeiten und Grundhaltungen, welche die Bewältigung von Belastungen erleichtern, negative Auswirkungen von Risikofaktoren abmildern (vgl. Anforderungen-Ressourcen-Modell), und/oder die Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsgewinn steigern [...] sowie zur Gesundung bzw. Gesunderhaltung beitragen.“ (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010h, Abs. 3).</p>
Ritual	<p>Rituale sind symbolische Handlungen mit geistiger, kultureller und sozialer Bedeutung, die einen Beitrag zur Identität des Menschen und zur Stärkung seiner Werte und Überzeugungen leisten (Fiese et al, 2002 und Segal, 2004, zit. nach AOTA, 2008).</p>
Rolle	<p>Eine Rolle ist eine Reihe von Verhaltensweisen, die von der Gesellschaft erwartet, von der Kultur geprägt und vom Individuum gestaltet und definiert werden kann (AOTA, 2008).</p>
Routine	<p>Routinen sind Verhaltensmuster, die beobachtbar, regelmässig und sich wiederholend sind, und sie bilden Strukturen für das tägliche Leben. Sie können befriedigend, fördernd oder schädigend sein (Fiese et al, 2002 und Segal, 2004, zit. nach AOTA, 2008).</p>

S

Schneeballprinzip	Beim Schneeballprinzip wird von einer Publikation ausgegangen, dort wird das Literaturverzeichnis angeschaut, wobei man auf weitere Literaturangaben kommt und sich dort wiederum die zitierte Literatur anschaut, und so weiter (Denkmalpflege und Stadtentwickler Masterstudiengang, k. D.).
Selbstversorgung	Selbstversorgung ist die „persönliche Handlung, die alles zur eigenen Versorgung Notwendige plant, organisiert und durchführt; alltägliche und spezifische Aktivitäten zur Selbsterhaltung.“ (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010i, Abs. 2).
Sense of competence questionnaire	Dies ist ein Assessment zur Erfassung des Kompetenzgefühls von pflegenden Angehörigen demenzerkrankter Menschen, es wird hier nicht näher beschrieben (Graff et al., 2006).
Sequenzierung, sequenzieren	„Jede Handlung besteht aus einer Reihe (Sequenz) von kleinen Handlungsschritten“ (Kolster, 2002, S.441). Sequenzierung ist die Ausführung dieser Schritte in einer festgelegten, effektiven und logischen Abfolge (Kolster, 2002; AOTA, 2002).
Setting	Das Setting wird allgemein beschrieben als „Gesamtheit von Merkmalen der Umgebung, in deren Rahmen etwas stattfindet, [oder] erlebt wird“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2012t, Abs. 2).
Setting, Behandlungssetting	Siehe Setting
signifikant	Signifikant oder statistisch signifikant ist ein Begriff aus der Statistik, „der angibt, dass die Ergebnisse einer Studie nicht durch Zufall zustande gekommen sind“ (Unbekannter Autor, k. D.). In der Fachsprache wird Signifikanz folgendermassen be-

	schrieben: „Ablehnung einer Nullhypothese (z. B. kein Unterschied zwischen Patientengruppen), wenn die Wahrscheinlichkeit eines statistischen Tests kleiner als die zuvor festgelegte Irrtumswahrscheinlichkeit ist.“ (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010j, Abs. 2).
Soziale Partizipation	Siehe Partizipation, Soziale
Spiritualität	Die Spiritualität wird im OTPF beschrieben (Moyers & Dale, 2007, zit. nach AOTA, 2008) als persönliche Suche nach verständnisvollen Antworten auf Fragen über das Leben, über den Sinn und die Heiligkeit.
State of the Art	Der State of the Art (2007) ist der aktuelle Stand der Wissenschaft, die bezüglich einer Thematik vorhanden ist.
Stichprobe	Eine Stichprobe ist eine „Teilmenge von Individuen aus einer Population (Grundgesamtheit)“ (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010k, Abs. 2).
Stichwort	Siehe Keyword
Stigma, Stigmatisierung, stigmatisieren	Stigmatisieren bedeutet, dass einem Menschen eine „allgemein od. gruppenspezifisch negativ bewerteten Eigenschaft (Stigma) durch die soziale Umgebung“ zugeschrieben wird (Walter de Gruyter GmbH & Co KG, 2010l, Abs. 2).
Strategie	Eine Strategie ist ein „genauer Plan des eigenen Vorgehens, der dazu dient, ein [...] Ziel zu erreichen“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2012u, Abs.2).
Strategie, Kompensationsstrategie	Kompensation wird als Ausgleich, Gegenwert oder Ersatz beschrieben (Bibliographisches Institut GmbH, 2012v). Kompensationsstrategien sind also Ersatzstrategien, die angewendet werden um

	ein Ziel zu erreichen.
Strategie, Umweltstrategie	Umwelt bezieht sich (wie beim Begriff Umwelt erläutert) auf die externe physische und soziale Umwelt (AOTA, 2008). Folgernd aus der oben genannten Definition von Strategie sollen somit Aktionen in der physischen und sozialen Umwelt unterstützen, Ziele zu erreichen.
Supervision	Supervision wird „zur Klärung von Konflikten, Problemen innerhalb eines Teams, einer Abteilung, o. Ä. und zur Erhöhung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit“ eingesetzt (Bibliographisches Institut GmbH, 2012w, Abs.2). Supervision kann jedoch auch als Beratung angewendet werden (Bibliographisches Institut GmbH, 2012w).

T

Technologie, Alltagstechnologie	Alltagstechnologien können gemäss Nygard und Starkhammer (2007) sowohl neu entwickelte, wie auch allgemein bekannte technische Produkte und Dienstleistungen sein, wie Waschmaschinen, digitale Uhren, Kaffeemaschinen, automatische Telefondienste, Schallplatten-Musikautomaten und so weiter.
Transaktionale Perspektive	Transaktion bedeutet die wechselseitige Beziehung (Bibliographisches Institut GmbH, 2012x), womit transaktionale Perspektive gleichgesetzt werden kann, mit Blick auf die wechselseitigen Beziehungen.
Transfer	Der Transfer ist in dieser Arbeit als „Übertragung der im Zusammenhang mit einer bestimmten Aufgabe erlernten Vorgänge auf eine andere Aufgabe“ definiert. (Bibliographisches Institut GmbH, 2012y, Abs. 2).

Trunkierung	Trunkieren meint das Ersetzen einer Zeichenfolge [...] durch einen Platzhalter“ (Bibliographisches Institut GmbH, 2012z, Abs. 2). Trunkierungszeichen sind von Datenbank zu Datenbank unterschiedlich.
--------------------	--

U

Umwelt	Der Begriff Umwelt bezieht sich auf die externe physische und soziale Umwelt, in denen die Klienten Alltagsbetätigungen durchführen (AOTA, 2008).
---------------	---

Umwelt, physisch	Die physische Umwelt bezieht sich auf die natürliche und gebaute nichtmenschliche Umwelt und deren Objekte (AOTA, 2008).
-------------------------	--

Umwelt, sozial	Die soziale Umwelt wird durch die Gegenwart, die Beziehungen und Erwartungen von Personen, Gruppen und Organisationen beschrieben, mit denen der Mensch in Kontakt tritt (AOTA, 2008).
-----------------------	--

V

W

X

Y

Z

B Literaturverzeichnis Glossar

- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 609-639.
- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 2nd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Beer, H. (2011). *Ergotherapie in der Geriatrie. Teilbereich eines interdisziplinären Teams* [Power-Point-Folien]. Heruntergeladen von http://www.stmug.bayern.de/gesundheit/krankenhaus/behandlungszentren/geriatrie/7_bayer_geriatrietag/doc/beer_ergotherapie.pdf
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012). Domizil. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Domizil>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012). Umwelt. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Umwelt>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012). Validität. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Validitaet>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012a). Abstract. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Abstract>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012b). Akut. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/akut>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012c). Antrieb. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Antrieb>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012d). Autonomie. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Autonomie>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012e). Barriere. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Behinderung>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012f). Betätigung. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Betaetigung>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012g). Chronisch. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/chronisch>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012h). Datenbank. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Datenbank>

- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012i). Ambulant. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/ambulant>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012k). Massnahme. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Masznahme>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012l). Evidenz. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Evidenz>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012m). Generalisierung. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Generalisierung>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012n). Gesellschaft. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gesellschaft>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012o). kollektiv. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/kollektiv>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012p). Gesundheit. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Gesundheit>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012q). narrativ. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/narrativ>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012r). Limitation. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Limitation>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012s). Progredienz. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Progredienz>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012t). Setting. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Setting>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012u). Strategie. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Strategie>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012v). Kompensation. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Kompensation>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012w). Supervision. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Supervision>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012x). Transaktion. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Transaktion>
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012y). Transfer. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Transfer>

- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012z). trunkieren. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/trunkieren>
- Brorsson, A., Öhman, A., Lundberg, S. & Nygård, L. (2011). Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer's disease. *Dementia*, 10(4), 587-602. doi:10.1177/14713012114153142011
- Bundesamt für Gesundheit (Hrsg.). (2007, 28. September). *Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht in Erfüllung der Postulate Humbel Näf (05.3161) und SGK-SR (05.3230)*. Heruntergeladen von www.bag.admin.ch
- Carlow University (Hrsg.). (2011). *Cinahl on EBSCOhost Search Strategy*. Heruntergeladen von <http://library.carlow.edu/ResearchGuides/cinahlsearch.html>
- Das Deutsche Cochrane Zentrum. (2012). *Evidenzbasierte Medizin*. Heruntergeladen von <http://www.cochrane.de/de/ebm>
- Das Schweizer Parlament (Hrsg.). (k. D.). *Parlamentswörterbuch. Motion*. Heruntergeladen von <http://www.parlament.ch/d/wissen/parlamentswoerterbuch/seiten/motion.aspx>
- Denkmalpflege und Stadtentwickler Masterstudiengang (Hrsg.). (k. D.). *Leitfaden für das wissenschaftliche Arbeiten*. Heruntergeladen von http://tu-dresden.de/die_tu_dresden/fakultaeten/fakultaet_architektur/ibad/master/studium/lehramaterialien/leitfaden-01.pdf
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten E. V. (2012). *AMPS-Workshop (Assessment of Motor and Process Skills)*. Heruntergeladen von http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Kurse_d/Andere%20Anbieter_DVE_AMPS%20Kurs%20Nov%202012.pdf
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2012a). *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. German Modification. Version 2012*. Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/block-f00-f09.htm>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (2012b). *Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision*. Heruntergeladen von <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/>
- ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz. (k. D.). *Was ist Ergotherapie?*. Heruntergeladen von <http://www.ergotherapie.ch/index.cfm?Nav=13>

- Fleitz, B. (2006). *ESF-Projekt „Ergotherapie 2010“*. Fasz.: 3/134/2005. Heruntergeladen von http://212.227.175.98/informationen/kurz_notiert/pdf/D8EndberichtM1.pdf
- Geister, C. (2004). *Weil ich für meine Mutter verantwortlich bin. Der Übergang von der Tochter zur pflegenden Tochter*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.). (2012). Glossar. In *quint-essenz. Qualitätsentwicklung in Gesundheitsförderung und Prävention*. Heruntergeladen von <http://quint-essenz.ch/de/concepts>
- Graff, M. J. L., Vernoij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olde Rickert, M. G. M. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 17. doi:10.1136/bmj.39001.688843.BE
- Hagedorn, R. (2000). *Ergotherapie – Theorien und Modelle*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Kleibel, V. & Mayer, H. (2005). Wie wird gesucht? – Entwickeln von Suchstrategien. In *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Heruntergeladen von http://books.google.ch/books?id=K7d_YZSeH6cC&pg=PA54&lpg=PA54&dq=Stichwort+Literaturrecherche&source=bl&ots=TFle54Qisr&sig=aRWrrnQsUXxK3lsa2U1y6yVqr-pE&hl=de&sa=X&ei=5pSjT92SEebj4QSA4fiTCQ&ved=0CFcQ6AEwAQ#v=onepage&q=Stichwort%20Literaturrecherche&f=false
- Koch, T. (2011). Kovarianzanalyse. In *Methoden empirischer Sozialforschung. Glossar*. (Version 2.0). Heruntergeladen von http://glossar.mab-guide.de/index.php?option=com_glossary&Itemid=28
- Kolster, F. (2002). Elemente der Handlung. In C. Habermann & F. Kolster (Hrsg.), *Ergotherapie im Arbeitsfeld Neurologie* (S. 441-442). Stuttgart: Georg Thieme.
- Langer, W. (2000). *Die Inhaltsanalyse als Datenerhebungsverfahren*. Heruntergeladen von <http://www.soziologie.uni-halle.de/langer/pdf/meth1/inhaltan.pdf>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998b). *Critical Review Form – Quantitative Studies*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quantreview.pdf>
- Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmorland, M. (1998a). *Guidelines for Critical Review For – Quantitative Studies*. Heruntergeladen von <http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/quanguidelines.pdf>

- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007b). *Critical Review Form – Qualitative Studies (Version 2.0)*. Heruntergeladen von http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualreview_version2.0.pdf
- Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J. & Westmorland, M. (2007a). *Guidelines for Critical Review Form: Qualitative Studies (Version 2.0)*. Heruntergeladen von http://www.srs-mcmaster.ca/Portals/20/pdf/ebp/qualguidelines_version2.0.pdf
- Marotzki, U. & Reichel, K. (2007). Praxismodelle: Steckbriefe. In C. Scheepers, U. Steinding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage)(S. 110-126). Stuttgart: Georg Thieme.
- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung kennenlernen. Elemente und Basiswissen für die Grundausbildung* (4. Auflage). Wien: Facultas.
- Motion. (2011). In *Vimentis*. Heruntergeladen von <http://www.vimentis.ch/d/lexikon/303/Motion.html>
- Nygard, L. & Starkhammar, S. (2007). The use of everyday technology by people with dementia living alone: mapping out the difficulties. *Aging & Mental Health*, 11(2), 144-155.
- Oxford University Press (Hrsg.). (2012). peer group. In *Oxford Reference Online*. Heruntergeladen von <http://www.oxfordreference.com/views/ENTRY.html?entry=t88.e1698&srn=1&ssid=148409448#FIRSTHIT>
- Paris, R. & Hürzeler, P. (2008). *Was versteht man unter Grounded Theory?*. Heruntergeladen von http://www.tim.ethz.ch/education/courses/courses_fs_2008/course_docsem_fs_2008/papers/17.pdf
- Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Rentsch, H.P. (2005). Medizinische Rehabilitation. In J. Teska (Hrsg.), *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag* (82-86). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Scaffa, M. (2001). *Occupational Therapy in Community-Based Practice Settings*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Schaade, G. (2004). *Ergotherapie bei Demenzerkrankungen. Ein Förderprogramm* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Schule für Ergotherapie Biel. (2007). *Das Bieler Modell zum Entwickeln und Evaluieren ergotherapeutischer Massnahmen*. Heruntergeladen von http://elearning.zhaw.ch/moodle/file.php/796/Lesezeichen_fuer_pdfs/Ergotherapie.pdf
- Schweizerische Alzheimervereinigung (Hrsg.). (2010). *Seltene Demenzerkrankungen*. Heruntergeladen von http://www.alzbb.ch/pdf/Seltene-Demenzerkrankungen_rev.pdf
- State of the Art. (2007). In *PflegeWiki*. Heruntergeladen von http://www.pflegewiki.de/wiki/State_of_the_Art
- U.S. National Library of Medicine. (2011). *Fact Sheet Medical Subject Headings (MeSH®)*. Heruntergeladen von https://www.medschool.ucsf.edu/ilios/help/basic/llios.htm#Definitions/General/MeSH_Terms1.htm
- Unbekannter Autor. (k. D.). *Glossar: Begriffe im Zusammenhang mit klinischen Studien*. Heruntergeladen von http://www.myeloma-euronet.org/_dl/multiple-myeloma/Clinical-Trials-glossary-de.pdf
- Universitätsbibliothek Kaiserslautern. (k. D.). *Glossar zu Begriffen der Informationskompetenz. Boolescher Operator*. Heruntergeladen von <http://glossar.ub.uni-kl.de/begriff607>
- Verein Arbeitskreis Bieler Modell. (k. D.). *Das Bieler Modell erklärt*. Heruntergeladen von <http://www.bielermodell.ch/bieler-modell-de>
- Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010a). Coping-Strategie. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243365470185754&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%27549070%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2f%2f*%5B%40attr_id%3D'ppp_artikel-v13738238'%5D
- Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010b). Intervention. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von <http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a3545>

46b345b7794586ce2e14d5243364987905261&startbk=pschyrembel_sozmed&bk=pschyrembel_sozmed&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%27108168%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_sozmed__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'sozmed_artikel10689409'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010c). Funktionsfähigkeit. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243364987905261&startbk=pschyrembel_sozmed&bk=pschyrembel_sozmed&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%2776257%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_sozmed__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'sozmed_artikel10688665'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010d). Kognition. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243364987905261&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%271133715%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'kw_artikel4392214'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010e). mental. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243364987905261&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%27357767%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'ppp_artikel12842346'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010f). Orientierung. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243364987905261&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrembel_kw

bel_kw&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%27386648%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'kw_artikel4398634'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010g). Rehabilitation. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von

http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243364987905261&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrem-

bel_kw&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%27386648%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'kw_artikel4402513'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010h). Ressourcen. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von

http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243364987905261&startbk=pschyrembel_sozmed&bk=pschyrem-

bel_sozmed&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%27181626%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_sozmed__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'sozmed_artikel10691224'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010i). Selbstpflege. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von

http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243365470185754&startbk=pschyrembel_pflege&bk=pschyrem-

bel_pflege&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%27186611%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_pflege__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'sl9798633'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010j). Signifikanz. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von

http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243365470185754&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrem-

bel_kw&hitnr=1&start=%2f%2f*%5B%40node_id%3D%271978206%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D'kw_artikel4404669'%5D

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010k). Stichprobe. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von

http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243365470185754&startbk=pschyrembel_kw&bk=pschyrem-

[bel_kw&hitnr=1&start=%2f%2f%5B%40node_id%3D%271978206%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F%5B%40attr_id%3D'kw_artikel4405663'%5D](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243365470185754&startbk=pschyrembel_kw&hitnr=1&start=%2f%2f%5B%40node_id%3D%271978206%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_kw__%2F%2F%5B%40attr_id%3D'kw_artikel4405663'%5D)

Walter de Gruyter GmbH & Co KG (Hrsg.). (2010). Stigmatisieren. In *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch Online*. Heruntergeladen von

http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243365470185754&startbk=pschyrembel_ppp&bk=pschyrem-

[bel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f%5B%40node_id%3D%27549070%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2F%2F%5B%40attr_id%3D'ppp_artikel12840830'%5D](http://www.wdg.pschyrembel.de/Xaver/start.xav?SID=ssoatypon8da83fcf457a354546b345b7794586ce2e14d5243365470185754&startbk=pschyrembel_ppp&hitnr=1&start=%2f%2f%5B%40node_id%3D%27549070%27%5D&anchor=el#__pschyrembel_ppp__%2F%2F%5B%40attr_id%3D'ppp_artikel12840830'%5D)

Wehrli, R. (2009, Juni 05). *Steuerbarkeit der Demenzpolitik II. Gemeinsame Strategie von Bund und Kantonen*. Heruntergeladen von

http://www.parlament.ch/d/suche/seiten/geschaefte.aspx?gesch_id=20093510

Weise, A., Thalmann, M., Müller, E., Mosimann, C., Matter, B., Gysin, B. & Gantschnig, B. (2011). Zwischenresultate der Arbeitsgruppe Terminologie (April 2011). Heruntergeladen von

http://www.ergotherapie.ch/resources/uploads/Verband/Arbeitsgruppe%20Terminologie_Projekte_def.pdf

World Health Organisation. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, (Hrsg.). Heruntergeladen von

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endafassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

C Vertiefte Angaben zum OTPF-Modell

Im Jahr 2008 ist die überarbeitete Version Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 2nd Edition veröffentlicht worden (AOTA, 2008). Das Framework ist in zwei Hauptteile gegliedert. Der Gegenstandsbereich, der erste Teil, stellt einen Abriss über den Zuständigkeitsbereich der Profession und die Bereiche, in welchen die Ergotherapeuten über gesichertes Wissen und Expertise verfügen, dar. Im zweiten Teil wird der dynamische, klientenzentrierte Prozess aufgezeigt, welcher in der Ausübung des ergotherapeutischen Services angewendet wird (AOTA, 2008). Die allumfassende Äusserung „Supporting health and participation through engagement in occupation“ (AOTA, 2008, S. 626) [Unterstützen von Gesundheit und Partizipation durch das Eingebundensein in Betätigung (übersetzt Fankhauser & Ritz, 2012)] beschreibt den Gegenstandsbereich der Ergotherapie in seiner vollsten Bedeutung (AOTA, 2008). Zum Gegenstandsbereich der Ergotherapie gehören die verschiedenen Betätigungsbereiche, Klientenfaktoren, Performanzfertigkeiten, Performanzmuster, Kontext und Umwelt, sowie die Aktivitätsanforderungen (AOTA, 2008). Alle Aspekte des Gegenstandsbereiches der Ergotherapie sind von gleicher Bedeutung, sie stehen in Wechselwirkung und beeinflussen so das Eingebundensein des Klienten in Betätigung, Partizipation und Gesundheit (AOTA, 2008).

Gegenstandsbereich der Ergotherapie

Wenn Ergotherapeuten mit Klienten arbeiten, beachten sie die verschiedenen Betätigungen, an denen sich der Klient beteiligen könnte (AOTA, 2008). Die grosse Bandbreite der Aktivitäten oder Betätigungen wird in Kategorien eingeteilt, die „areas of occupation“ (AOTA, 2008, S.630) [Betätigungsbereiche (Reichel, 2005)]. Dies sind die Bereiche: Aktivitäten des täglichen Lebens, instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens, Erholung und Schlaf, Bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit und Soziale Partizipation* (AOTA, 2008).

Vom Klienten verinnerlichte Werte, Überzeugungen und Spiritualität* sowie die Körperstrukturen* und Körperfunktionen* werden als „client factors“ (AOTA, 2008, S. 630) [Klientenfaktoren (Reichel, 2005)] bezeichnet. Sie können die Performanz* in den Betätigungsbereichen beeinflussen (AOTA, 2008).

Die „performance skills“ (AOTA, 2008, S. 639) [Performanzfertigkeiten (Reichel, 2005)] sind die Fähigkeiten, welche der Klient in Handlungen zeigt, die er ausführt (AOTA, 2008). Die Kategorien der Performanzfertigkeiten sind verknüpft und beinhalten motorische* und motorisch-planerische* Fertigkeiten, sensorisch-perzeptuelle* Fertigkeiten, Fertigkeiten

der emotionalen* Regulation, kognitive* Fertigkeiten, sowie kommunikations- und soziale* Fertigkeiten (AOTA, 2008).

„Performance patterns“ (AOTA, 2008, S. 641) [Performanzmuster *(Reichel, 2005)] beziehen sich auf Gewohnheiten*, Routinen*, Rollen* und Rituale*, welche während dem Prozess der Aktivitäts- oder Betätigungsausführung genutzt werden (AOTA, 2008).

Das Eingebundensein in Betätigung* eines Klienten findet in einer sozialen und physischen Umwelt* [„environment“ (AOTA, 2008, S. 642) statt, innerhalb des kulturellen, persönlichen, zeitlichen und virtuellen Kontexts* [„context“ (AOTA, 2008, S. 642)], wobei die verschiedenen Kontextfaktoren wiederum die Performanz eines Klienten beeinflussen (AOTA, 2008).

Die „activity demands“ (AOTA, 2008, S. 634) [Aktivitätsanforderungen (Reichel, 2005)] beziehen sich auf die Besonderheiten einer Aktivität, welche die Art und Stärke der Anstrengung beeinflussen, die mit der Ausführung einer Aktivität verbunden sind (AOTA, 2008). Ergotherapeuten analysieren Aktivitäten, um zu verstehen, welche Anforderungen an den Klienten gestellt werden und um den Zusammenhang zwischen den Voraussetzungen der Aktivität und dem Eingebundensein in Betätigung zu erfassen (AOTA, 2008).

Der ergotherapeutische Prozess

Der ergotherapeutische Prozess beschreibt den Prozess, wie Ergotherapeuten ihre Expertise messbar machen und dem Klienten ihren Dienst zur Verfügung stellen (AOTA, 2008). Der Prozess beinhaltet Evaluation, Intervention und Outcome.

EVALUATION

Occupational profile—The initial step in the evaluation process that provides an understanding of the client's occupational history and experiences, patterns of daily living, interests, values, and needs. The client's problems and concerns about performing occupations and daily life activities are identified, and the client's priorities are determined.

Analysis of occupational performance—The step in the evaluation process during which the client's assets, problems, or potential problems are more specifically identified. Actual performance is often observed in context to identify what supports performance and what hinders performance. Performance skills, performance patterns, context or contexts, activity demands, and client factors are all considered, but only selected aspects may be specifically assessed. Targeted outcomes are identified.

INTERVENTION

Intervention plan—A plan that will guide actions taken and that is developed in collaboration with the client. It is based on selected theories, frames of reference, and evidence. Outcomes to be targeted are confirmed.

Intervention implementation—Ongoing actions taken to influence and support improved client performance. Interventions are directed at identified outcomes. Client's response is monitored and documented.

Intervention review—A review of the implementation plan and process as well as its progress toward targeted outcomes.

OUTCOMES (Supporting Health and Participation in Life Through Engagement in Occupation)

Outcomes—Determination of success in reaching desired targeted outcomes. Outcome assessment information is used to plan future actions with the client and to evaluate the service program (i.e., program evaluation).

Abbildung *Ergotherapeutischer Prozess*

Quellen:

- American Occupational Therapy Association. (2008). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process 2nd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*, 62(6), 625-683.
- Reichel, K. (2005). *Ergotherapie systematisch beschreiben und erklären – das AOTA Framework als Beitrag zur Systematisierung der deutschen Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

D Abbildung zum Modell der Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit [ICF]

In der folgenden Abbildung zum Modell der IFC dargestellt (WHO, 2005, S.23), steht die Funktionsfähigkeit einer Person in einer Domäne, beispielsweise der Partizipation, in einer Wechselbeziehung mit dem Gesundheitsproblem, den Umwelt- und Personenbezogenen Faktoren (WHO, 2005).

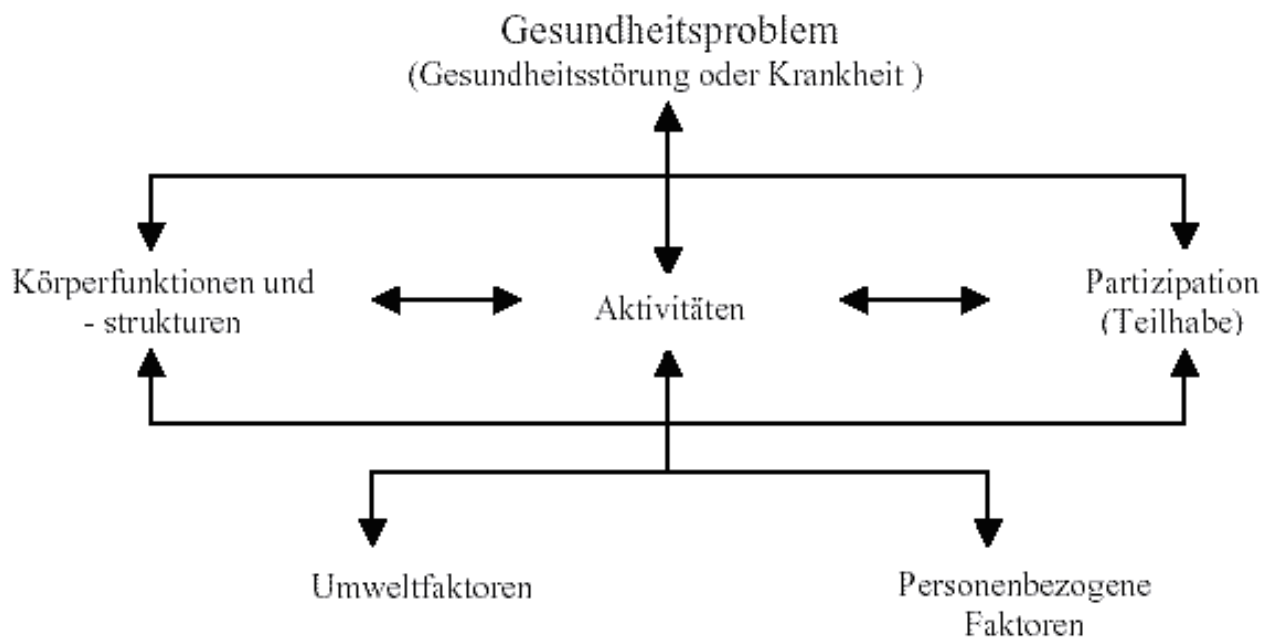


Abbildung ICF-Struktur

Quelle:

World Health Organisation. (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen, (Hrsg.). Heruntergeladen von http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf

E Begriffsdefinition Betätigung

Im Duden online (Bibliographisches Institut GmbH, 2012) wird Betätigung mit Tätigsein und Tätigkeit gleichgesetzt. Götsch (2007) übersetzt im Kapitel Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie Betätigung mit „occupation“ oder „meaningful occupation“. „Betätigung ist ein grundlegendes menschliches Bedürfnis. Betätigung ist eine unerlässliche Komponente des Lebens, die dem Leben Sinn gibt und deshalb die Lebensqualität eines Menschen verbessert. Betätigung ermöglicht eine gesunde Lebensführung. Betätigung hat körperliche, soziale, psychologische, emotionale und spirituelle Dimensionen.“ (Götsch, 2007, S.3). Im Occupational Therapy Practice Framework [OTPF] (American Occupational Therapy Association, 2002) wird Betätigung als Aktivität des täglichen Lebens definiert, die durch eine Person oder Kultur benannt und durchgeführt wird und dadurch Bedeutung und Wert erhält. Die Betätigung beinhaltet auch das Sorgetragen für sich, das Geniessen des Lebens und das eigene Beisteuern zum sozialen und wirtschaftlichen Gemeinschaftsgefüge (Law, Polatajko, Baptiste & Townsend, 1997, S. 34, zit. nach AOTA, 2002). Die Betätigung ist auch immer mit den sozialen Rollen verbunden, die der Mensch in der Gesellschaft inne hat (Trombly, 1995; Kiehlhofner 2002, zit nach Haase, 2006). Die Ergotherapie will Menschen befähigen, ihre Betätigungsrollen zufriedenstellen wahrzunehmen und einzunehmen (Haase, 2006).

Quellen:

- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. *The American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 609-639.
- Bibliographisches Institut GmbH (Hrsg.). (2012). Betätigung. In *Duden online*. Heruntergeladen von <http://www.duden.de/rechtschreibung/Betaetigung>
- Götsch, K. (2007). Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage)(S. 2-10). Stuttgart: Georg Thieme.
- Haase, F.C. (2007). Handlungsorientierte Sichtweisen im ergotherapeutischen Prozess. In C. Scheepers, U. Steding-Albrecht & P. Jehn (Hrsg.), *Ergotherapie. Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (3. Auflage)(S. 197-199). Stuttgart: Georg Thieme.

F Kritische Beurteilungen der Hauptstudien

Brorsson et al. 2011

Critical Review Form - Qualitative
Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Brorsson, A., Öhman, A., Lundberg, S. & Nygård, L. (2011). Accessibility in public space as perceived by people with Alzheimer's disease. *Dementia*, 10(4), 587-602.
doi:10.1177/14713012114153142011

	Comments
<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or re- search question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i> S. 589: Das Ziel dieser Studie war es, Erfahrungen der Zu- gänglichkeit (Barrierefreiheit) im öffentlichen Raum (der gesamte Raum ausserhalb des Zuhause) bei Menschen mit Alzheimer zu beleuchten, mit besonderem Fokus auf Orte, Situationen und Aktivitäten, die sie wichtig finden für das Alltagsleben.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> yes und aktuelle <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i> S. 589: Es ist sehr wahrscheinlich, dass Menschen mit ei- ner Alzheimerdemenz eine reduzierte Zugänglichkeit auf Grund ihrer Erkrankung erfahren. Doch der öffentliche Raum wurde bisher vor allem aus einem physischen Blick- winkel mit Fokus auf die Zugänglichkeit für Menschen mit physischen Einschränkungen betrachtet. Was wir nicht wis- sen, ist, wie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, insbesondere Menschen mit Alzheimer-Demenz die Zu- gänglichkeit zu öffentlichen Räumen bei der Durchführen von Aktivitäten erleben. Dieses Erleben zu verstehen, kann zu mehr Wissen und Verständnis beitragen, wie Menschen mit Alzheimer- Demenz unterstützt werden können um einen besseren Zugang zu öffentlichen Räumen zu erhalten und so die Par- tizipation zu verbessern, deren Erfahrungen mit Orten zu</p>

	<p>bereichern und das Gesellschaftsleben zu unterstützen.</p> <p>Die verwendete Literatur ist mit ein paar wenigen Ausnahmen zwischen 2000-2009 verfasst worden.</p>
	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?¹</i></p> <p>In unserer Fragestellung geht es darum, wie man Menschen mit Demenz in ihrer Sozialen Partizipation in der Gesellschaft unterstützen kann. Diese Studie will genau hier einen Beitrag leisten, indem sie aufzeigt, wie die Zugänglichkeit zum öffentlichen Raum erlebt wird, und wo wir Unterstützung bieten können/müssen, damit sich die demenzerkrankten Personen (Fokus dieser Studie mit Alzheimer-Krankheit) im öffentlichen Raum bewegen und Partizipieren können.</p>
<p>STUDY DESIGN: What was the design?</p> <p><input type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input type="checkbox"/> other</p> <hr/>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>Qualitativ-explorative Studie mit einem Grounded-Theory-Ansatz mit wiederholten in-depth Interviews.</p> <p>Grounded Theory unterstützt die Erforschung von Interaktionen, Strategien und Konsequenzen.</p> <p>Forscher haben sich bewusst gegen Phänomenologie entschieden, dafür für die Grounded Theory, da es nicht nur um das Phänomen an sich geht, sondern um die Interaktion zwischen Person und Umwelt. Es geht um eine Theoriebildung, damit wir Demenzerkrankte anschliessend besser unterstützen können.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>Nach der Referenz werden die Autoren mit ihren Ausbildungen und Titeln aufgelistet. Dadurch kann die Perspektive der Forscher erahnt werden. Dennoch wird in der Studie der Blickwinkel der Forscher nicht explizit dargestellt.</p>
<p>Method(s) used:</p> <p><input type="checkbox"/> participant observation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> interviews</p>	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research question. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i></p>

¹ When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

<input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other	<p>Die Studie wurde vom regionalen Ethikkomitee in Stockholm genehmigt.</p> <p>Als die Daten von 7 Teilnehmern mittels Interviews gesammelt und erstmals analysiert waren, wurde festgestellt, dass die Daten reichhaltig genug sind um eine in-depth Analyse in Bezug auf die Fragestellung zu machen. Es wurden keine weiteren Teilnehmer eingeschlossen.</p> <p>Es wurden wiederholt in-depth Interviews nach einem Interviewleitfaden durchgeführt. Die Interviews wurden von Anika Öhman (Zweitautorin) zwischen Juni 2008 und September 2009 durchgeführt. Die Interviews wurden aufgebaut, um Informationen über das Erleben der Zugänglichkeit im öffentlichen Raum mit Fokus auf Orte, Situationen und Aktivitäten zu sammeln. Im ersten Interview ging es darum zu erfahren, was die Menschen im öffentlichen Raum machen, wie sie sich vorbereiten, welche Gedanken sie sich machen, wo es schwierige Situationen gibt etc. Ein zweites Interview wurde als Follow-up durchgeführt, um im ersten Interview genannte Statements zu vertiefen.</p> <p>Die Interviews wurden zu Hause beim jeweiligen Teilnehmer und mit möglichst wenigen Unterbrechungen durchgeführt. Der Interviewer leitete die Teilnehmenden an, ihre Geschichte über ihre Erfahrungen auf ihre Weise zu erzählen.</p> <p>Die Interviews wurden digital aufgenommen. Alle, bis auf einen Teilnehmer, wurden 2-mal interviewt, wobei ein Interview zwischen 40 und 60 Minuten dauerte. Alle Interviews wurden von der Erstautorin Anna Brorsson wörtlich in 770 Seiten geschriebenen Texttranskribiert.</p> <p>Der einzige Schwachpunkt hier ist die fehlende Information, warum ein Teilnehmer nicht zwei Mal befragt wurde.</p>
<p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Die Teilnehmer wurden über eine Demenz-Untersuchungseinheit und durch einen Demenzverein in der Region Stockholm in Schweden rekrutiert.</p> <p>Einschlusskriterien waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - frühe Alzheimerdemenz diagnostiziert durch einen

	<p>Arzt mit dem NINCDS-ADRDA,</p> <ul style="list-style-type: none"> - sie sollten 55 Jahre alt oder älter sein, - in einem Haus alleine oder mit einem Partner leben - und sie sollten fähig sein, zu reflektieren und ihr Erleben bezüglich der Situationen ausserhalb des Zuhauses zu schildern. <p>Personen, welche diese Kriterien erfüllten, wurden ohne weitere Auswahl nach Alter oder Geschlecht eingeladen. Die Personen erhielten schriftliche und mündliche Informationen über die Studie und eingeschlossen nach dem der „informed consent“ eingeholt war.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?²</p> <p><input type="checkbox"/> yes</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> no (S.599)</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Im Allgemeinen wird in der Grounded Theory die theoretische Sättigung empfohlen, in der die Analyse und Datenerfassung fortgesetzt wird, bis keine neuen Erkenntnisse gefunden werden (Corbin & Strauss, 1998). Allerdings schlossen sie keine weiteren Informanten mehr ein, als die Daten reich genug waren, um eine eingehende (in-depth) Analyse zu ermöglichen. Daher wurde keine regelmässige theoretische Sättigung erreicht. Aber sie haben ihre Analyse unmittelbar nach jedem Interview gestartet und die Entscheidung, die Aufnahme als die Daten reich genug waren zu stoppen, beruhte auf der Tatsache, dass in den Daten immer und immer wieder Ähnlichkeiten entdeckt wurden.</p> <p>Die Teilnehmer: 5 Frauen, 2 Männer; Alter: 63, 64, 64, 64, 69, 78, 80; 3 verheiratet, 4 alleine, 3 im Stadtzentrum lebend, 4 ausserhalb; MMSE: 18, 20, 21, 22, 25, 26, 30 Punkte, Zeit seit Diagnosestellung beim Erst-Interview: 3-mal im aktuellen Jahr, 1, 2, 2, 6 Jahre vorher.</p> <p>Das Alter in dieser Stichprobe ist schlecht durchmischt, die Werte des MiniMental zeigen leichte Demenzen oder leichte kognitive Einschränkungen. Dies kann darauf hindeuten, dass die Schwierigkeiten, die in dieser Studie aufgedeckt werden, für Menschen mit mittelgradiger Demenz noch schwerwiegender wären.</p> <p>Zudem ist die Teilnehmeranzahl für eine Grounded-Theory-</p>

² Throughout the form, “no” means the authors explicitly state reasons for not doing it; “not addressed” should be ticked if there is no mention of the issue.

	Studie sehr gering.
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Die Personen erhielten schriftliche und mündliche Informationen über die Studie und eingeschlossen nach dem der „informed consent“ eingeholt war.</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity Clear & complete description of site:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>participants:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the “whole” picture?</i></p> <p>Schweden: Stockholm, Stadt und Stadtrand, die Interviews wurden von der Zweitautorin im jeweiligen Zuhause der Teilnehmer durchgeführt (Stadt und ausserhalb).</p> <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p> <p>Rolle der Forscher und deren Hintergrund wird in der Studie nicht klar genannt, was eine Limitation ist.</p> <p>Keine Datensättigung: Obwohl die Datensammlung gestoppt wird, als scheinbar keine neuen Aspekte mehr auftreten, könnte der angewendete hermeneutische Ansatz, die Entwicklung der Core-Kategorie beeinflusst haben. (S.599, Methodological considerations, 2. Abs.)</p> <p>Es wurden Menschen ausgeschlossen, welche den öffentlichen Raum nicht nutzen; dies kann als Limitation angesehen werden. Wahrscheinlich würden diese Informanten mit unterschiedlichen Erfahrungen der Barrierefreiheit beitragen, da sie den öffentlichen Raum nicht nutzen.</p> <p>Eine weitere Limitation ist, dass alle Teilnehmer in der Stadt oder in der Agglomeration von grossen Städten leben. Menschen vom Lande würden möglicherweise andere Erfahrungen zur Barrierefreiheit haben.</p>
<p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</i></p> <p>Während des Datensammelungsprozesses und des Analyseprozesses wurden laufend Memos geschrieben. Die Memos bestanden aus den Gedanken der Forscher, der</p>

	<p>Aufzeichnung der Analyse und Fragen, welche die weiterführende Datensammlung und Analyse unterstützen sollte. S.591</p> <p>Während des ganzen Analyseprozesses wurden die Daten und daraus entstehenden Codes und Kategorien vor- und zurückverglichen, um sicherzugehen, dass die Analyse auf den Daten basierte. Peer-Reviews wurden als Validationsstrategie genutzt, dadurch wurde während des ganzen Prozesses der Datensammlung, Analyse und Schreibreport ein externer Check gewährleistet.</p> <p>Aus der vergleichenden Analyse entstand eine Hauptkategorie.</p>
<p>DATA ANALYSES:</p> <p>Analytical Rigour Data analyses were inductive? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Findings were consistent with & reflective of data? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Die Daten wurden während der Datensammlung kontinuierlich analysiert. Es wurde direkt nach dem ersten Interview mit dem ersten Teilnehmer damit begonnen, als die Aufnahmen sorgfältig angehört wurden, um neue Aspekte in den Daten zu identifizieren. In diesem ersten Schritt tauchten immer wieder neue Themen auf, die im zweiten Interview mit diesem oder anderen Teilnehmern eingebracht werden sollten. Dieser Ansatz wurde laufend während der Datensammlung als Versuch genutzt, mehr bedeutungsvolle Informationen zu sammeln.</p> <p>Als die Teilnehmer zweimal interviewt waren und alle Interviews wörtlich transkribiert waren, hat die Erstautorin alle Interviews mehrmals durchgelesen, um ein tieferes Verständnis für die Daten zu bekommen.</p> <p>Die Analyse wurde weitergeführt, indem offene Codierungen genutzt wurden, z.B. indem die Daten Zeile für Zeile codiert wurden. Den Codes wurden Namen gegeben, die in enger Verbindung mit nahen Daten standen.</p> <p>Im nächsten Schritt wurden die Codes konstant miteinander verglichen, wobei unterschiedliche Kategorien generiert wurden, z.B. „interessante Orte“ oder „problematische Situationen im öffentlichen Raum“. Der konstante Vergleich wurde genutzt, um Kategorien zu verdeutlichen und deren Anzahl zu reduzieren, indem ähnliche Kategorien kombiniert wurden. Die Bestandteile wurden als Merkmale jeder</p>

	<p>Kategorie gesehen, die Abgrenzung, welche die Bedeutung und Definition gaben. Durch die Grösse wurden die Variationen und Reichweite der Bestandteile beschrieben.</p> <p>Der letzte Schritt in der Analyse war das axiale Kodieren, dies um die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Kategorien aufzudecken und Muster zu suchen, die zur Aufdeckung der Hauptkategorien (core categories) beitragen könnten.</p> <p>Während des Datensammelungsprozesses und des Analyseprozesses wurden laufend Memos geschrieben. Die Memos bestanden aus den Gedanken der Forscher, der Aufzeichnung der Analyse und Fragen, welche die weiterführende Datensammlung und Analyse unterstützen sollte. S.591</p> <p>Während des gesamten Analyseprozesses wurden die Daten und daraus entstehenden Codes und Kategorien vor- und zurückverglichen, um sicher zu gehen, dass die Analyse auf den Daten basierte. Peer-Reviews wurden als Validationsstrategie genutzt, dadurch wurde während des ganzen Prozesses der Datensammlung, Analyse und Schreibreport ein externer Check gewährleistet.</p> <p>Aus der vergleichenden Analyse entstand eine Kernkategorie. Diese Kategorie wurde von den Hauptgrößen, der von den Informanten genannten Erfahrungen des ständigen Wandels in den Beziehungen zwischen Person, Ort, Aktivität und Situation, gekennzeichnet. Die Kernkategorie "Barrierefreiheit als eine ständig wechselnde Erfahrung", mit den beiden Kategorien und deren Eigenschaften und Reichweite sind in Tabelle 2 dargestellt und weitere Erkenntnisse werden im nachfolgenden Abschnitt beschrieben. Die Kategorien haben keine gegenseitige Rangierung, sondern sind in einem ständigen Wechselspiel, wie Abbildung 1 dargestellt.</p>
<p>Auditability Decision trail developed? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed Process of analyzing the</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>Siehe oben (beschrieben in der Datenanalyse).</p>

<p>data was described adequately?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</i></p> <p>Activities and use of places: Kategorie, welche die Beziehung zwischen den Aktivitäten der Teilnehmer und der Nutzung öffentlicher Orte beschreibt. Die Teilnehmer erlebten eine reduzierte Zugänglichkeit zu Aktivitäten im öffentlichen Raum. Weshalb? Auf Grund von Anpassungen und Veränderungen in Bezug auf die Gemütlichkeit und Bequemlichkeit, individuelle Beweggründe und Interessen, Planung und Schutz nicht näher beschrieben.</p> <p><i>Familiarity and comfort:</i> Öffentliche Orte werden von allen Teilnehmern als sehr wichtig beschrieben. Die Nutzung öffentlicher Orte veränderte sich in unterschiedlicher Hinsicht, die öffentliche Welt, in der sich die Teilnehmer wohl fühlen, wurde kleiner (örtliche Umgebung, nahe Nachbarschaft). Vertrautheit (familiarity) der Aktivität und der Umgebung sind wichtig, um fähig zu sein, eine Aktivität selbständig durchzuführen. Die Nutzung öffentlicher Orte hat sich auch verändert, da die Nutzung von Zeichen, Karten und Fahrplänen schwierig wurde. Dies erschwerte die Nutzung nicht vertrauter Orte.</p> <p><i>Individual motives and interests:</i> Interessen haben sich verändert, die Teilnehmer wollen nicht mehr dieselben Aktivitäten durchführen. Aktivitäten werden mehr geschätzt, wenn sie damit mehrere Ziele verfolgen (beispielsweise Lebensmittel einkaufen gehen und Weg dort hin als Gehtraining, ...) Ziel der Aktivität gewinnt an Bedeutung!</p> <p><i>Planning and protecting:</i> Hauptgrund, Aktivitäten in der Öffentlichkeit durchzuführen, war, dass die Teilnehmer wussten, dass sie dies auf Grund der progressiven Krankheit irgendwann nicht mehr können würden. Unsicherheit in der Öffentlichkeit, das Gefühl verletztlich und ausgestellt zu sein, wenn in der Öffentlichkeit etwas nicht mehr geht. Teilnehmer gehen am späteren Nachmittag oder Abend nicht</p>

	<p>mehr alleine in die Öffentlichkeit, sondern nur in Begleitung, da sie sich nachts schlechter orientieren können und nachmittags eine mentale Müdigkeit auftritt.</p> <p>Places and problematic situations: Diese Kategorie beschreibt einen konstanten Wechsel in der Beziehung zwischen Teilnehmern, Orten und problematischen Situationen in der Öffentlichkeit. Auf Grund von Veränderungen und Unterschieden in Aspekten wie Alltagstechnologien, belebten Plätzen, schnellem Tempo und Lärm sowie Veränderungen von Orientierungspunkten erlebten die Teilnehmer eine reduzierte Barrierefreiheit und Limitationen zum Eingebundensein in Aktivitäten in der Öffentlichkeit.</p> <p>Accessibility as a constant changing experience: Die oben genannten Kategorien stehen in einer ständigen Interaktion und sind nicht voneinander zu trennen.</p>
<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p> <p>Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Transferability <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Confirmability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each.</i></p> <p>Glaubwürdigkeit: Die Forscherinnen haben Memos gemacht, die Interpretationen wurden Peer-reviewt, die Struktur scheint kohärent. Es wurde jedoch keine Datensättigung erreicht, das vorzeitige Abbrechen der Datensammlung auf Grund kognitiver Bewertungen könnte die Entstehung der Kernkategorie beeinflusst haben. Eventuell wären noch andere Daten dazugekommen, wenn nach dem Prinzip der Datensättigung strikte vorgegangen worden wäre, was dann auch andere Kategorien zur Folge gehabt hätte.</p> <p>Übertragbarkeit: Die Teilnehmer sind mit Alter, Demenzstadium, Zeit seit der Diagnosestellung und Wohnumgebung recht klar dargestellt, die Datenbeschreibung ist dicht. Dennoch werden zu wenig Teilnehmer erfasst, wodurch Zweifel aufkommen, ob die Resultate auf die Gruppe der Alzheimerdemente übertragbar sind. Zudem wurden nur Personen befragt, die auch effektiv den öffentlichen Raum nutzen. Dadurch kommen weitere Ungewissheiten auf, ob die Resultate übertragen werden können.</p> <p>Nachvollziehbarkeit: Forschungsmethode ist dicht beschrieben, die Entstehung der Kategorien ist klar, die Entscheidungsprozesse sind dargestellt, dies alles mit dem Vorbehalt der nicht erreichten Datensättigung und der dadurch der eventuellen Beeinflussung der Entstehung der</p>

	<p>Kernkategorie.</p> <p>Bestätigungskraft: Es wurde keine Datensättigung erreicht, das vorzeitige Abbrechen der Datensammlung auf Grund kognitiver Bewertungen könnte die Entstehung der Kernkategorie beeinflusst haben.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Die Studie zeigt auf, wo wir als Ergotherapeuten ansetzen können, um die Soziale Partizipation in der Gesellschaft zu vereinfachen/ermöglichen. Die möglichen Barrieren werden aufgezeigt, die Menschen mit Alzheimerdemenz haben können, um sich nicht in die Gesellschaft zu integrieren.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Diese Studie weist darauf hin, dass Menschen mit Alzheimerdemenz andere Probleme bei der Barrierefreiheit/Zugänglichkeit erleben können als ältere Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung.</p> <p>Die Ergebnisse zeigten, wie Zugänglichkeit durch eine ständig wechselnde Erfahrung der Beziehung zwischen der Person und dem öffentlichen Raum charakterisiert ist. Ein Schritt in Richtung einer besseren Zugänglichkeit des öffentlichen Raumes für Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Störungen ist die Berücksichtigung ihrer Erfahrungen mit der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit bei der Gestaltung öffentlicher Räume im Allgemeinen und damit das Leben in der Gemeinde zu unterstützen. Trotz der zweifelnden Qualität einiger Punkte der Studie, kann die ergotherapeutische Praxis von den Resultaten profitieren.</p>

Brataas et al.

Critical Review Form - Qualitative
Studies (Version 2.0)

© Letts, L., Wilkins, S., Law, M., Stewart, D., Bosch, J., & Westmorland, M., 2007
McMaster University

CITATION:

Brataas, H. V., Bjugan, H., Wille, T., Hellzen, O. (2010). **Experiences of day care and collaboration among people with mild dementia.** *Journal of Clinical Nursing, 19(19/20)*, 2839-2848. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03270.x

	Comments
<p>STUDY PURPOSE: Was the purpose and/or research question stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Outline the purpose of the study and/or research question.</i></p> <p>Die Studie hatte zum Ziel zu erfassen, wie ein zeitlich begrenztes Programm eines Tageszentrums, welches einmal pro Woche, während sieben Wochen, mit Zusammenarbeit in der Gruppe, sozialen und kulturellen Aktivitäten, aus der Sicht von zu Hause lebenden Klienten mit leichten kognitiven Einschränkungen erlebt wird. Ziel war es, eine Ahnung davon zu bekommen, wie ältere Menschen mit leichten kognitiven Einschränkungen Tagespflege wahrnehmen und erleben.</p>
<p>LITERATURE: Was relevant background literature reviewed? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe the justification of the need for this study. Was it clear and compelling?</i></p> <p>In der Demenzpflege ist wenig über die Klientenerfahrung in Gruppenprogrammen von kürzerer Dauer bekannt. Wie erleben Tagespflegeklienten mit milder Demenz die Zusammenarbeit in der Gruppe, die Bewältigung der sozialen Interaktion und die Partizipation an auf kulturellen Traditionen basierenden Gruppenaktivitäten? Was bedeutet eine Betreuungseinrichtung für eine Person mit Demenz im frühen oder mittleren Stadium? Um das Bewusstsein in diesem Gebiet der Demenzpflege zu steigern, ist es wichtig zu beleuchten, wie Menschen mit milder Demenz Tagespflegeaktivitäten und die Zusammenarbeit in der Gruppe erleben.</p> <p>Anbietern zu helfen zeitlich begrenzte Tagespflege von der</p>

	<p>Klientenperspektive her zu verstehen, kann dazu beitragen den Fokus in der Demenzpflege anzupassen.</p> <p>Die Studie zeigt viele Aspekte der Demenz auf, und weist auf die Forschungsfrage bezogene Literatur auf. Es sind Quellen, die in der Datenbanksuche mit verschiedenen Wortkombinationen auch von den Bachelorarbeit Autorinnen gefunden wurde.</p>
	<p><i>How does the study apply to your practice and/or to your research question? Is it worth continuing this review?³</i></p> <p>Zeigt Aspekte auf, die den Demenzen Menschen wichtig sind oder wo sie Barrieren für die Soziale Partizipation außerhalb des Zuhause und des Familienkontext erleben.</p>
<p>STUDY DESIGN: What was the design?</p> <p><input type="checkbox"/> phenomenology</p> <p><input type="checkbox"/> ethnography</p> <p><input type="checkbox"/> grounded theory</p> <p><input type="checkbox"/> participatory action research</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> narrative Inhaltsanalyse</p> <hr/>	<p><i>Was the design appropriate for the study question? (i.e., rationale) Explain.</i></p> <p>S. 2480: The aim of this study was to explore, from a client perspective, whether and how person-centred and collaborative client group care, provided for limited time, gave meaning to the everyday lives of persons with mild dementia who are living at home.</p> <p>Qualitativer Ansatz, da dieser viele Informationen zu den Erfahrungen der Teilnehmer gibt Qualitative Studie, mit einer narrativen Inhaltsanalyse.</p> <p>Qualitative narrative Interviews wurden genutzt, um Zugang zu Erfahrungen und Sinn bezüglich des Tages-Programm Phänomens zu gewinnen. (S.2841)</p> <p>Laut einer Studie können Menschen mit milder Demenz Auskunft geben zu ihrem Befinden und zum Erleben einer Situation.</p> <p>Einverständnis einer Ethikkommission wurde eingeholt.</p>
<p>Was a theoretical perspective identified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe the theoretical or philosophical perspective for this study e.g., researcher's perspective.</i></p> <p>Der Hauptforscher, der die Interviews durchführt, hat einen pflegerischen Hintergrund und Interview-Erfahrungen als Forscher.</p>
<p>Method(s) used:</p>	<p><i>Describe the method(s) used to answer the research ques-</i></p>

³ When doing critical reviews, there are strategic points in the process at which you may decide the research is not applicable to your practice and question. You may decide then that it is not worthwhile to continue with the review.

<input type="checkbox"/> participant observation <input checked="" type="checkbox"/> interviews <input type="checkbox"/> document review <input type="checkbox"/> focus groups <input type="checkbox"/> other	<p><i>tion. Are the methods congruent with the philosophical underpinnings and purpose?</i></p> <p>Die Methode (Interviews) wurde passend zum Zweck der Studie ausgewählt, da nur durch Erzählungen herausgefunden werden kann, wie etwas erlebt wird.</p> <p>Die Interviews wurden in der Tagesbetreuung gemacht, die Forschungsleiterin hatte einzelne Sequenzen im Tageszentrum beobachtet Beobachtung jedoch nicht direkt um Forschungsfrage zu beantworten</p>
<p>SAMPLING: Was the process of purposeful selection described?</p> <input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no	<p><i>Describe sampling methods used. Was the sampling method appropriate to the study purpose or research question?</i></p> <p>Es wird beschrieben, dass 9 von den 16 Personen, die am Programm teilnehmen, interviewt wurden. Davon waren 2 Männer und 7 Frauen mit einem Alter Range von 77 bis 88 Jahren. Der Median dieser 9 Personen war 82 Jahre. Aber nicht alle und wenn man den Median und Range vergleicht, wurden die Ältesten nicht befragt. (Qualitative Forschung: Zweck bestimmt die Anzahl: Phänomenologie: 5-10 Personen, Skript Qualitative Forschung (Teil 2))</p> <p>Nur ein Teil der Teilnehmer wurde interviewt: es ist nicht klar, wie diese 9 ausgewählt wurden: Es scheint, dass nach dem Median, die Ältesten ausgeschlossen wurden. BIAS, Prinzip der Sättigung, das letzte durchgeführte Interview gab keine neuen Infos mehr...aber, die Ältesten wurden nicht befragt, es ist nicht beschrieben, nach welchem Prinzip die Reihenfolge der Interviewteilnehmer festgelegt wurde... BIAS!</p> <p>Sättigungsprinzip macht Sinn, wenn es darum geht zusammenzutragen wie etwas erlebt wird.</p>
<p>Was sampling done until redundancy in data was reached?⁴</p> <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed	<p><i>Are the participants described in adequate detail? How is the sample applicable to your practice or research question? Is it worth continuing?</i></p> <p>Von den 9 Teilnehmern waren 2 Männer und 7 Frauen aus beiden Gemeinden im Alter von 77 bis 88 Jahren, Median 82 Jahre. Das Sample ist vom Alter her nicht repräsentativ für die Gruppe die am Programm teilnahm, da die Ältesten</p>

⁴ Throughout the form, "no" means the authors explicitly state reasons for not doing it; "not addressed" should be ticked if there is no mention of the issue.

	<p>nicht Interviewt wurden.</p> <p>Die Datensättigung war der Leitgedanke beim Sample. Die Studie beruft sich auf eine Quelle und nennt, dass so lange Interviews durchgeführt wurden, bis in der Analyse keine neuen Informationen mehr gefunden wurden. (S. 2841)</p>
<p>Was informed consent obtained?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes</p> <p><input type="checkbox"/> no</p> <p><input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p>Die Teilnehmer wurden gefragt und nahmen auf freiwilliger Basis am Programm teil. (S. 2841)</p>
<p>DATA COLLECTION:</p> <p>Descriptive Clarity</p> <p>Clear & complete description of site:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>participants:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>Role of researcher & relationship with participants:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p> <p>Identification of assumptions and biases of researcher:</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input checked="" type="checkbox"/> no</p>	<p><i>Describe the context of the study. Was it sufficient for understanding of the "whole" picture?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Skandinavischer Kontext (Norwegen) - Tagesbetreuung 1x pro Woche über 7 Wochen (2007-2008) - zwei Gruppen kamen zum Programm - eine Gruppe in jeder der beiden Gemeinden - 16 Teilnehmer mit milder Demenz, 8 aus jeder Gemeinde, 2 verstarben 14 Teilnehmer beendeten das Programm - die Gruppenteilnehmer wurden per Bus zusammengeführt und wieder nach Hause gebracht, auf der Fahrt wurden sie von Pflegestudierenden betreut - die Gruppe setzt sich aus Pflege, Pflegestudenten, ET-Assistent zusammen - genau beschrieben, was für Aktivitäten gemacht wurden, von ET organisiert - die Interviews wurden aufgezeichnet <p><i>What was missing and how does that influence your understanding of the research?</i></p> <p>Rolle der Forscher? Die Teilnehmer wussten, welche Rolle die Forscher hatten. Die Forschungsleiterin beobachtete einzelne Sequenzen im Tageszentrum. Wie stark sie in Interaktion kamen wird nicht klar. Wie könnte dies die Forschungsergebnisse beeinflussen? Damit die Teilnehmer über ihre Erfahrungen erzählen ist eine Vertrauensbasis wichtig...doch wie könnte es die Forscherin beeinflussen?</p>

	<p>Nichts zur Reflexivität des Forschers beschrieben Vertrauensaufbau wird nicht beschrieben.</p>
<p>Procedural Rigour Procedural rigor was used in data collection strategies? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p><i>Do the researchers provide adequate information about data collection procedures e.g., gaining access to the site, field notes, training data gatherers? Describe any flexibility in the design & data collection methods.</i></p> <p>Es wird beschrieben, dass die Interviews gewählt wurden, um anhand der Informationen der Teilnehmer das Phänomen der Tagesbetreuung zu erfassen. Zudem erfährt man, dass das Interview im Tageszentrum gemacht wurde (während und 3 Monate nach dem Programm).</p> <p>Genau beschrieben.</p> <p>Es wurden zwei Quellen genannt, warum man die Leute über die Erfahrungen berichten lässt (Bates, 2004 & Frid, 2004).</p> <p>Die Teilnehmer wussten, wer der datenerhebende Forscher war, da er/sie ein Teil des Tagesprogramms beobachtet hat.</p> <p>Die Forscher hatten bereits Erfahrung beim Interviewen von Menschen mit leichter Demenz. Sie stellten zu Beginn eine offene Frage, um die Teilnehmer zu ermutigen zu erzählen.</p> <p>Sie verwendeten einen thematischen Interview-Leitfaden, denn einen Einblick in Erlebnisse der Teilnehmer während und nach dem Programm zu erhalten, kann hilfreich sein um Erwartungen der Teilnehmer zu verstehen. Die Interviews dauerten zwischen 30 bis 45 Minuten. Drei Monate nach dem Programm wurden nochmals Interviews durchgeführt, mit dem Ziel Informationen darüber zu erhalten, wie die Teilnehmer im gewohnten Umfeld/ Kontext die Teilnahme am Programm interpretieren und bewerten.</p>
<p>DATA ANALYSES: Analytical Rigour Data analyses were inductive? (vom einzelnen zur Gruppe) <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p><i>Describe method(s) of data analysis. Were the methods appropriate? What were the findings?</i></p> <p>Die Interviews wurden auf Band aufgezeichnet und von einem Forscher transkribiert.</p> <p>Die ganze Interpretation wurde in jedem der Interviews von zwei der Forscher auf ihre Relevanz hin überprüft, wobei beide Forscher die Ergebnisse als relevant beurteilen mussten.</p>

<p>Findings were consistent with & reflective of data?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>3 Hauptthemen gingen aus den analysierten Erzählungen hervor. Vor der Teilnahme am Programm war das Hauptthema „Ambivalence shifts to Interest“ („Von der Zwiespältigkeit zum Interesse“). „Meaningful engagement engenders wellbeing“ („sinnvolle Beschäftigung bringt Wohlbefinden“) war das erlebte Hauptthema während dem Tagesprogramm über diese sieben Wochen. Nach der Teilnahme am Programm war das Hauptthema „Social fellowship promotes life contentment“ („soziale Gemeinschaft fördert/unterstützt Lebenszufriedenheit“).</p>
<p>Auditability</p> <p>Decision trail developed?</p> <p><input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> not addressed</p> <p>Process of analyzing the data was described adequately?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> not addressed</p>	<p><i>Describe the decisions of the researcher re: transformation of data to codes/themes. Outline the rationale given for development of themes.</i></p> <p>Es wird von einem Interview-Guide gesprochen, aber nicht genau, wie er umgesetzt wird.</p> <p>Die Daten wurden inhaltlich analysiert und in Schritten der narrativen, hermeneutischen Methode nach Frid (2004) genauer analysiert. Die ersten Schritte waren, die ersten Werte/Messungen jedes Interviews zu notieren, gefolgt von einer Untersuchung der Chronologie der Erzählungen und danach eine Überarbeitung der einzelnen Interpretation der Teilnehmer. Die Auswertung der Erzählungen zeigte, was für die Erzähler/Teilnehmenden sinnvoll waren. Die Schritte der Analysen sind in der Tabelle 1 dargestellt. Die Interpretationen von Sub-Thema, Grundthema und Hauptthema sind in der Tabelle 2 dargestellt.</p>
<p>Theoretical Connections</p> <p>Did a meaningful picture of the phenomenon under study emerge?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>How were concepts under study clarified & refined, and relationships made clear? Describe any conceptual frameworks that emerged.</i></p> <p>Die entstandenen Titel/Concepts machen Sinn und sind zusammenhängend.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambivalence shifts to interest • Meaningful engagement engenders wellbeing • social fellowship promotes life contentment
<p>OVERALL RIGOUR</p> <p>Was there evidence of the four components of trustworthiness?</p>	<p><i>For each of the components of trustworthiness, identify what the researcher used to ensure each</i></p> <p>Glaubwürdigkeit: vieles wird erklärt und aufgezeigt. Aber was nicht so glaubwürdig ist, ist, dass sie die ältesten Teilnehmer nicht interviewt wurden und nicht klar beschrieben</p>

<p>Credibility <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Transferability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Dependability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no Comfirmiability <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p>ist, wie die Auswahl der Interviewteilnehmer erfolgte. Die Interpretationen mussten von zwei Forschern bezüglich der Relevanz gutgeheissen werden. Und die Resultate stimmen schlussendlich für die Altersgruppe der Interviewten Personen – bei ihnen wurde eine Datensättigung erreicht. Es wird nicht beschrieben, dass die Teilnehmer Einsicht nehmen konnten in die Ergebnisse.</p> <p>Übertragbarkeit: Die Teilnehmer wurden eingegrenzt und beschrieben. Unklar ist, ob sie eine Nebenerkrankung hatten oder nicht. Das Setting wurde auch beschrieben, wie das Forscherteam zusammengesetzt ist. Die Resultate sollten immer in Bezug auf Senioren in Zentralnorwegen bezogen werden. Die Teilnehmer waren zwischen 77-88 Jahren alt und einem ländlichen Kontext sozialisiert. Die Resultate können nicht für andere Gruppen generalisiert werden, sie können als Wissensquelle genutzt werden für die Planung von Pflegeprogrammen für ältere Menschen mit milder Demenz die zu Hause leben.</p> <p>Nachvollziehbarkeit: Es ist nachvollziehbar beschrieben, wie die Forscher zu ihren Ergebnissen kamen.</p> <p>Bestätigungskraft: In den Tabellen werden die Aussagen und deren Interpretation aufgezeigt. Die Themenzuordnung erscheint nachvollziehbar und „richtig“.</p> <p><i>What meaning and relevance does this study have for your practice or research question?</i></p> <p>Dieses Projekt war im gewohnten Umfeld der Teilnehmer. Alle Aktivitäten waren im Austausch mit den anderen Teilnehmern, es wurde miteinander diskutiert, was an folgenden Tagen unternommen werden konnte. Der demente Mensch erlebte sich wiederum als aktiver, wertvoller Mensch in der Gesellschaft von Peers.</p> <p>Die Klienten wollten nachher weiter an solchen Programmen mitmachen.</p> <p>Für die Ergotherapie zeigt die Studie auf, dass die Barrieren hoch für den dementen Menschen sind, um an einer Gesellschaft teilzuhaben. Diese Barrieren müssen erkannt werden, um in der Ergotherapie dort ansetzen zu können. Aktivitäten in der Gesellschaft mit einer Gruppe von Peers kann helfen, die Hemmungen, am gesellschaftlichen Leben</p>
---	--

	<p>ausserhalb der Peer Gruppe teilzunehmen, zu senken.</p>
<p>CONCLUSIONS & IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given the study findings? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p> <p>The findings contributed to theory development & future OT practice/ research? <input checked="" type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no</p>	<p><i>What did the study conclude? What were the implications of the findings for occupational therapy (practice & research)? What were the main limitations in the study?</i></p> <p>Die Ergebnisse geben einen Einblick, wie ältere Menschen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen Tagespflege wahrnehmen und erfahren. Insgesamt gab das Tagespflege-Programm Sinn im Leben. Die Klienten konnten Gefühle der Kontrolle gewinnen durch die Sicherheit, welche ihnen von den Mitarbeitern und Pflegestudenten zur Verfügung gestellt wurde. Soziale und kulturelle Aktivitäten gaben Sinn und Ausgleich zu den Gefühlen der Einsamkeit und Traurigkeit und regten die kognitiven Funktionen an.</p> <p>Somit ist es sehr wahrscheinlich, dass kollaborative Tagespflege Programme Auswirkungen auf die Lebensqualität haben können und als Ergebnis, frühe Institutionalisierung hemmen (wobei es, um Daten über solche möglichen Wirkungen zu erzielen, einen Bedarf an zusätzlichen Längsschnittstudien gibt).</p> <p>Fürsorglichen und fachlichen Betreuung während des Transports scheint eine Voraussetzung für die Motivation für die Teilnahme am Programm zu sein. So sollte der Transport/Übergang in der Praxis berücksichtigt werden. Die Pflege sollte dem Klienten das Gefühl der Kontrolle in einer sicheren Umgebung erleichtern.</p> <p>Eine Implikation für die Praxis ist, dass das Personal "im Namen von" Menschen mit leichter Demenz sprechen oder entscheiden soll. Vielmehr sollten die Betreuer narrative Gespräche, kollaborative Interaktion in der Gruppe und soziale Aktivitäten ermöglichen. Die Ergebnisse geben einige Hinweise darauf, dass die Bereitstellung von kollaborativen Klientengruppe für ältere Menschen mit leichter Demenz zu empfehlen ist. Die Klienten fühlten einen Zustand der soziokulturellen Verankerung von Erfahrungen, die ihrem Leben einen Sinn gab. Die Gesundheitsversorgung sollte die Lebensqualität der Klienten unterstützen oder erhöhen und dafür sind diese Erkenntnisse relevant, wenn es um die Schaffung von mehr Tagesbetreuung für Menschen mit leichter Demenz geht. Obwohl es einen Bedarf gibt an zu-</p>

	sätzlicher Forschung über die angemessene Integration personenzentrierter und kollaborativer Tagesprogramme bei Demenz.
--	---

Graff et al., 2006

Critical Review Form – Quantitative Studies

©Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L. Bosch, J., & Westmorland, M., 1998

McMaster University

- Adapted Word Version Used with Permission –

The EB Group would like to thank Dr. Craig Scanlan, University of Medicine and Dentistry of NJ, for providing this Word version of the quantitative review form.

CITATION	Graff, M. J. L., Vernoij-Dassen, M. J. M., Thijssen, M., Dekker, J., Hoefnagels, W. H. L. & Olde Rickert, M. G. M. (2006). Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. <i>BMJ</i> , 17. doi:10.1136/bmj.39001.688843.BE
STUDY PURPOSE Was the purpose stated clearly? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<i>Outline the purpose of the study. How does the study apply to occupational therapy and/ or to your research question?</i> Ziel der Studie war es, zu untersuchen, welche Wirkung gemeinde-nahe ergotherapeutische Interventionen auf die Funktionsfähigkeit im Alltag von Menschen mit Demenz und auf das Kompetenzgefühl von deren Caregiver haben. Es handelt sich um eine ergotherapeutische Studie. In der Intervention werden die Betreuungspersonen während den letzten 6 Behandlungseinheiten trainiert, durch kognitive und verhaltenstherapeutische Maßnahmen, effektive Supervision, Problemlösung und Copingstrategien, die Autonomie und Soziale Partizipation der Patienten und von sich selber zu fördern. Ansonsten wird nicht auf die Unterstützung der Sozialen Partizipation eingegangen, sie ist auch kein Hauptteil des Outcome dieser Studie.
LITERATURE Was relevant background literature reviewed?	<i>Describe the justification of the need for this study:</i> In der Einleitung werden Literaturgestützt Hintergrundinformationen für diese Studie geliefert, es wird auf frühere Studien eingegangen und der Bezug zur Notwendigkeit dieser Studie hergestellt. Inhaltlich werden in der Einleitung verschiedene Punkte aufgegrif-

<input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<p>fen:</p> <p>Demenz ist in westlichen Ländern einer der grösseren Kostentreiber im Gesundheitssystem. Demenz hat tiefgreifende Konsequenzen für Betroffene und deren betreuenden Personen. (Wimo et al., 2006)</p> <p>⌘ Konsequenzen von Demenz für die Gesellschaft</p> <p>Die Hauptprobleme sind der Verlust von Selbständigkeit, Initiative und Sozialer Partizipation, die die Lebensqualität der an Demenz erkrankten Menschen beeinträchtigen und dies ist auch eine grosse Belastung für die Familie und Freunden. Betreuende Personen haben häufig das Gefühl der Hilflosigkeit, sozialer Isolation und dem Verlust der Selbstbestimmung. (Coen,1998, Jepson, 1999, Graff, 2006)</p> <p>⌘ Hauptprobleme von Demenz für Betroffene und deren Angehörige</p> <p>Medikamente können noch nicht so erfolgreich gegen Symptome bei Demenz eingesetzt werden. Nicht medikamentöse Strategien sind allgemein viel zeitaufwändiger. In einer systematischen Review wurde heraus gefunden, dass die Wirkung nicht-medikamentöser Therapien ähnliche oder gar bessere Resultate bringen, allerdings ohne Nebenwirkungen. (Luijpen, 2003)</p> <p>⌘ medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten bei Demenz und deren Wirksamkeit</p> <p>Ergotherapie ist auch wirkungsvoll bei Demenz. (Burgener, 1998, Gitlin, 2001, Gitlin, 2005, Graff, 2003)</p> <p>Der Fokus solcher Therapien liegt in der Verbesserung der Performanz für Aktivitäten des täglichen Lebens und somit auch auf der Förderung der Selbständigkeit und Sozialen Partizipation (Graff, 2006, Gitlin, 2001, Graff, 2003).</p> <p>Ein Fokus ist auch die Reduktion der Belastung für betreuende Personen (Caregivers) durch die Steigerung ihrer Kompetenzgefühl und Fertigkeit mit den Verhaltensproblemen umzugehen, mit denen sie konfrontiert sind. (Graff, 2006, Burgener, 1998, Gitlin, 2001, Gitlin, 2005, Graff, 2003, Corcoran, 1992)</p> <p>⌘ Wirkung und Fokus der Ergotherapie bei Demenz für Betroffene und deren betreuenden Personen</p>
--	--

	<p>Frühere Studien haben gezeigt, dass Domizilbehandlungen bei Menschen mit Demenz eine Verbesserung der funktionellen Selbstständigkeit bringen und die Belastung für Betreuende Personen gemindert werden kann. (Burgener, 1998, Gitlin, 2001, Gitlin, 2005, Graff, 2003)</p> <p>⌘ Wirksamkeit von Domizilbehandlungen (gemeindenaher Ergotherapie im zu Hause der Betroffenen) bei Demenz für Betroffene und Pfleger</p> <p>Weil eine systematische Review (Steultjens, 2004), die Methoden der früheren Studien jedoch in Frage stellte, führten sie eine RCT durch, um die Wirkung gemeindenaher Ergotherapie auf die Funktionsfähigkeit im Alltag von Menschen mit Demenz und auf das Kompetenzgefühl von deren Pfleger zu untersuchen.</p> <p>⌘ Ziel der RCT Der Grossteil der verwendeten Literatur ist nicht älter als 10 Jahre, was älter ist steht in Verbindung mit Definitionen und Assessments.</p>
<p>DESIGN</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Randomized (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> cohort</p> <p><input type="checkbox"/> single case design</p> <p><input type="checkbox"/> before and after</p> <p><input type="checkbox"/> case-control</p> <p><input type="checkbox"/> cross-sectional</p> <p><input type="checkbox"/> case study</p>	<p><i>Describe the study design. Was the design appropriate for the study question? (e.g., for knowledge level about this issue, outcomes, ethical issues, etc.):</i></p> <p>Es handelt sich um eine einfach-verblindete randomisiert kontrollierte Studie mit einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. Verblindet waren die Assessors/Einteiler für die Zuteilung in die Interventions- oder Kontrollgruppe, nicht verblindet waren die Teilnehmer und Ergotherapeuten.</p> <p>Die Forschungsfrage zu Effektivität von Interventionen und das Design entsprechen dem Level 3 (Einteilung wissenschaftlicher Forschungsfragen nach DePoy & Gitlin, 2011, zit. nach Senn & Krieger, Jahr unbekannt), dies scheint dem in der Einleitung beschriebenen Wissensstand zu entsprechen.</p> <p><i>Specify any biases that may have been operating and the direction of their influence on the results:</i></p> <p>Die Studienteilnehmer (Demenz Erkrankte und deren Betreuungsperson) wussten, in welcher Gruppe sie sind: dies hat möglicherweise die Motivation und somit auch die Resultate bei den Assessments beeinflusst. Interventionsgruppe gibt sich besonders Mühe, Kontrollgruppe vielleicht weniger.</p>

	<p>Die Ergotherapeuten wussten, um welche Intervention es sich handelt keinen BIAS, da sie ja nur diese Gruppe behandelten während der Studie.</p> <p>Assessor war zwar verblindet, jedoch führte er die Assessments mit Teilnehmenden durch, die wussten, in welche Gruppe sie gehörten. Der Assessor konnte die Zugehörigkeit möglicherweise erahnen, wodurch die Objektivität beeinträchtigt sein kann. wenn der Assessor die Assessmentergebnisse bei der Interventionsgruppe etwas abwertet, wird die Effektivität der Intervention höher.</p>
<p>SAMPLE</p> <p>N = 135</p> <p>Was the sample described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p>Was sample size justified?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> N/A</p>	<p><i>Sampling (who; characteristics; how many; how was sampling done?) If more than one group, was there similarity between the groups?:</i></p> <p>Einschlusskriterien: 65 Jahren und älter, leichte oder mässige Demenz (Diagnose auf der Grundlage des „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“, Schweregrad auf der Grundlage der „Brief Cognitive Rating Scale BCRS“ -> milde Demenz: 9-24, mässige Demenz: 25-40 Punkte), in der Gemeinde lebend, wobei sich die nahe Betreuungsperson mindestens einmal wöchentlich um die erkrankte Person kümmert.</p> <p>Ausschlusskriterien: mehr als 12 Punkte auf der Geriatric Depression Scale, schwere verhaltens- oder psychologische Symptome bei Demenz (BPSD), schwere Krankheit (entschieden von einem Gerontologen), wenn keine ergotherapeutischen Ziele festgelegt werden konnten, oder wenn die Medikamenteneinstellung für das Demenzmedikament nicht stabil war.</p> <p>135 Teilnehmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ⌘ 68 Teilnehmer in der Interventionsgruppe. ⌘ 67 Teilnehmer in der Kontrollgruppe. <p>Die Gruppen sind sich ähnlich, sie wurden für die Randomisierung stratifiziert nach Schweregrad der Demenz. Die Altersdifferenz, 2.0 Jahre bei den Patienten und 4.7 Jahre bei den Caregivers, wurde durch eine Kovarianzanalyse korrigiert.</p> <p><i>Describe ethics procedures. Was informed consent obtained?:</i></p> <p>Nachdem den potentiellen Teilnehmern verbale und schriftliche Informationen erhielten und ihnen die Assessmentinstrumente erklärt wurden, hatten sie Zeit, um über die Teilnahme nachzudenken. Patient und Caregiver unterzeichneten in einem zweiten Treffen die Einverständniserklärung (informed consent).</p>

	Die Studie wurde von einer Ethikkommission genehmigt. Dies wurde nach den Referenzen beschrieben.	
<p>OUTCOMES</p> <p>Were the outcome measures reliable?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Were the outcome measures valid?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Specify the frequency of outcome measurement (i.e., pre, post, follow-up):</i></p> <p>Daten wurden vor der Intervention (baseline), nach 6 Wochen (Effektmessung) und nach 12 Wochen (Follow-up) erhoben.</p> <p><i>Outcome areas (e.g., self-care, productivity, leisure):</i></p> <p>Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsfähigkeit im Alltag <p>Betreuungsperson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompetenzgefühl 	<p><i>List measures used:</i></p> <p>Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prozessbezogene Fertigkeiten des AMPS (-3 bis 4 Punkte) und Performanzskala des "interview of deterioration in daily activities in dementia" (0 bis 44 Punkte) <p>Betreuungsperson:</p> <ul style="list-style-type: none"> • „sense of Competence Questionnaire“ (27 bis 135 Punkte)
<p>INTERVENTION</p> <p>Intervention was described in detail?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p> <p>Contamination was avoided? (S. 2 Abbs.2)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Not addressed</p>	<p><i>Provide a short description of the intervention (focus, who delivered it, how often, setting). Could the intervention be replicated in occupational therapy practice?</i></p> <p>Intervention basiert auf einer klientenzentrierten, ergotherapeutischen Guideline für Patienten mit Demenz. Die Intervention wurde von erfahrenen Ergotherapeuten durchgeführt. Die Behandlung bestand aus 10 einstündigen Behandlungen während 5 Wochen mit Fokus auf die demenzerkrankte Person, sowie auf die Betreuungsperson.</p> <p>Während den ersten vier Einheiten zur Erfassung und Zielvereinbarung, lernten die Patienten und deren Betreuungspersonen bedeutungsvolle Aktivitäten, die sie verbessern wollten, auszuwählen und zu priorisieren. Dazu nutzten die Therapeuten drei narrative Interviewinstrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das „Occupational Performance History Interview“ für den Patienten • Das „Ethnografic Interview“ für die Betreuungsperson • Den „COPM“, sowohl für Patient, wie auch für Betreuungsperson 	

<input type="checkbox"/> N/A Cointervention was avoided? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed <input type="checkbox"/> N/A	<p>Die Therapeuten evaluierten Möglichkeiten zur Anpassung des zu Hause und der Umwelt und beobachteten die Möglichkeiten des Patienten relevante Alltagsaktivitäten durchzuführen, sowie Kompensations- und Umweltstrategien zu nutzen. Kompensatorische Strategien werden genutzt, um ADLs entsprechend der Einschränkungen des Patienten zu adaptieren. Umweltstrategien werden genutzt, um die Umgebung des Patienten an seine kognitiven Einschränkungen anzupassen. Die Therapeuten beobachteten auch die Supervisionsfertigkeiten der Betreuungsperson.</p> <p>In den verbleibenden sechs Einheiten wurden die Patienten unterrichtet diese Kompensations- und Umweltstrategien zu optimieren um die Performanz in den Alltagsaktivitäten zu verbessern. Die Betreuungspersonen wurden trainiert, durch kognitive und verhaltenstherapeutische Maßnahmen, effektive Supervision, Problemlösung und Copingstrategien die Autonomie und Soziale Partizipation der Patienten und sich selber zu fördern.</p> <p>Kontamination: Teilnehmer wurden ausgeschlossen, die während der Studie eine andere, möglicherweise effektive Therapieform starteten, da dies das Resultat verfälschen würde.</p> <p>Die gesamte aufgewendete Zeit für Patient und Caregiver zusammen betrug je 18 Stunden (inkl. der 10 Stunden zu Hause). grosser Zeitaufwand nebst der eigentlichen Intervention (pro Therapieeinheit 48 Minuten Vor-/Nachbereitung, Besprechung, ...), was in der Praxis in diesem Ausmass nicht umsetzbar wäre</p> <p>Die detaillierte Intervention wird beschrieben in:</p> <p style="padding-left: 40px;">Graff, M., J. L., Vernooij-Dassen, M. J. M., Zajec, J., Olde-Rikkert, M. G. M., Hoefnagels, W. H. L. & Dekker, J. (2006). How can occupational therapy improve the daily performance and communication of an older patient with dementia and his primary caregiver? : A case study. <i>Dementia</i>, 5(503). doi:10.1177/1471301206069918</p>
RESULTS Results were reported in terms of statistical significance? <input checked="" type="checkbox"/> Yes	<p><i>What were the results? Were they statistically significant (i.e., $p < 0.05$)? If not statistically significant, was study big enough to show an important difference if it should occur? If there were multiple outcomes, was that taken into account for the statistical analysis?</i></p> <p>Die Autoren beschreiben und erklären ihre Wahl der Analysemethoden:</p> <p>Kovarianzanalyse, um die wichtigsten Effekte für die primären Out-</p>

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Not addressed Were the analysis method(s) appropriate? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p>comes zu bestimmen, basierend auf einer „intention to treat analysis“ mit allen vorhandenen Daten unter Anwendung der „last observation carried forward-Methode“ für drop-outs.</p> <p>Resultate nach 6 Wochen: Nach 6 Wochen zeigten sich in allen primär Outcomevariablen (process scale and performance scale (daily functioning), sense of competence) signifikante Unterschiede.</p> <p>Primary Outcome Measures:</p> <p>Patienten/TN die Ergotherapie erhielten funktionierten signifikant besser im Alltag, als die Teilnehmer der Kontrollgruppe. Der Unterschied zwischen den Gruppen für die Outcomes process score und performance interview score waren signifikant.</p> <p>Betreuende Personen, die Ergotherapie bekamen, fühlten sich signifikant kompetenter, als die betreuenden Personen der Kontrollgruppe.</p> <p>Der Unterschied zwischen den Gruppen für das Outcome sense of competence scores war signifikant.</p> <p>Resultate nach 12 Wochen:</p> <p>Der Unterschied zwischen den Gruppen für die Outcomes process score und performance interview score waren nach 12 Wochen verglichen mit den Baseline Erhebungen signifikant.</p> <p>Das Kompetenzgefühl der Betreuenden Personen war nach 12 Wochen signifikant besser als zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung. Der Unterschied zwischen den Gruppen war signifikant.</p>
Clinical importance was reported? <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not addressed	<p><i>What was the clinical importance of the results? Were differences between groups clinically meaningful? (if applicable)</i></p> <p>Resultate nach 6 Wochen:</p> <p>Process outcome: 84% der Interventionsgruppe und 9% der Kontrollgruppe erreichten eine klinisch relevante Verbesserung des Outcomes zur Prozessfertigkeit.</p> <p>Performance Interview: 78% der Interventionsgruppe und 12% der Kontrollgruppe erreichten eine klinisch relevante Verbesserung für das Outcome des Performance Interview.</p> <p>sense of competence: 58% der Caregivers aus der Interventionsgruppe und 18% der Kontrollgruppe erreichten eine klinisch rele-</p>

	<p>vante Verbesserung des Outcome zum Kompetenzgefühl</p> <p>Resultate nach 12 Wochen:</p> <p>Process outcome: 75% der Interventionsgruppe und 9% der Kontrollgruppe erreichten eine klinisch relevante Verbesserung des Outcomes zur Prozessfertigkeit.</p> <p>Performance Interview: 82% der Interventionsgruppe und 10% der Kontrollgruppe erreichten eine klinisch relevante Verbesserung für das Outcome des Performance Interview.</p> <p>sense of competence: 48% der Caregivers aus der Interventionsgruppe und 24% der Kontrollgruppe fühlten sich nach 12 Wochen kompetenter</p>																								
<p>Drop-outs were reported?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>Did any participants drop out from the study? Why? (Were reasons given and were drop-outs handled appropriately?)</i></p> <p>135 Patienten wurden randomisiert: Folgende drop-outs werden beschrieben: Es wird genau benannt wie viele Teilnehmer in welcher Gruppe aus welchem Grund wegfallen.</p> <table border="1" data-bbox="480 1227 1302 2060"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total</th> <th>IG</th> <th>KG</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ausgewählt</td> <td></td> <td>n=68</td> <td>n=67</td> </tr> <tr> <td>Studienabbruch direkt nach der Randomisierung:</td> <td>3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Studienabbruch direkt nach dem die Baseline-Daten erhoben wurden:</td> <td>12</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>Studienabbruch vor dem Sechs-Wochen-Assessment:</td> <td>6</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Intention to treat analyses</td> <td></td> <td>n=67</td> <td>n=65</td> </tr> </tbody> </table>		Total	IG	KG	Ausgewählt		n=68	n=67	Studienabbruch direkt nach der Randomisierung:	3	1	2	Studienabbruch direkt nach dem die Baseline-Daten erhoben wurden:	12	6	6	Studienabbruch vor dem Sechs-Wochen-Assessment:	6	3	3	Intention to treat analyses		n=67	n=65
	Total	IG	KG																						
Ausgewählt		n=68	n=67																						
Studienabbruch direkt nach der Randomisierung:	3	1	2																						
Studienabbruch direkt nach dem die Baseline-Daten erhoben wurden:	12	6	6																						
Studienabbruch vor dem Sechs-Wochen-Assessment:	6	3	3																						
Intention to treat analyses		n=67	n=65																						

	<p>In der Interventionsgruppe bleiben 53 von ursprünglich 68 TN zurück, was 78% entspricht. In der Kontrollgruppe sind es 52 von 67, was 78% entspricht.</p> <p>Es wurden nur die TN von der Intention to treat analysis ausgeschlossen, welche keine Daten von der baseline Erhebung hatten. Also Nachkontrolle so trotzdem bei über 85%.</p> <p>Die Baseline-Informationen der Patienten und der Betreuungspersonen waren gut verteilt zwischen den beiden Gruppen.</p>
<p>CONCLUSIONS AND IMPLICATIONS</p> <p>Conclusions were appropriate given study methods and results</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p><i>What did the study conclude? What are the implications of these results for practice? What were the main limitations or biases in the study?</i></p> <p>Diese Studie liefert Evidenz dafür, dass 10 gemeindenahere Ergotherapie-Interventionen während 5 Wochen die Funktionsfähigkeit im Alltag von Menschen mit Demenz verbessert und die Belastung durch die Betreuung für die Betreuungsperson reduziert wird.</p> <p>Die positiven Effekte konnten 12 Wochen nach Beginn der ergotherapeutischen Behandlung aufgezeigt werden.</p> <p>In dieser Studie gehen sie davon aus, dass die positiven Effekte dadurch erzielt werden konnten, dass ein Teil der Intervention das Training der Betreuungspersonen war, um bei Patienten die Supervisionsleistung zu erbringen, die sie für die Durchführung der Alltagsaktivitäten brauchten.</p> <p>Das Training für die effektive Nutzung der Intervention (mindestens 80 Stunden) und die Intervention selbst ist recht umfangreich (verbrachte Zeit für die Behandlung zu Hause, narrative Analyse, Berichte und multidisziplinäre Briefing etwa 18 Stunden pro Patient und Pflegepersonal). Wir glauben jedoch, dass sich die Umsetzung in der klinischen Praxis lohnt auf Grund der relevanten Effekte und der hohen Wirksamkeit, von daher wäre es sinnvoll, die Wirtschaftlichkeit in der klinischen Praxis zu untersuchen.</p> <p>Hauptlimitationen sind, dass keine doppelt-verblindete Studie durchgeführt werden konnte, denn die Teilnehmer wussten, welche Therapie sie erhalten und die Ergotherapeuten konnten für die Behandlung nicht verblindet werden. Es wurde versucht maskierte Bedingungen „for assessment“ zu schaffen, jedoch hat dies nur in 80% der Fälle geklappt.</p>

	<p>Eine weitere mögliche Einschränkung ist, dass die Stichprobe vielleicht nicht repräsentativ für alle Patienten mit leichter bis mittelgradiger Demenz in unserer Gesundheitsregion ist, da die Teilnehmer vor allem aus den ambulanten Kliniken der Universitätsklinik und nicht von anderen Institutionen oder direkt aus Hausarztpraxen rekrutiert wurden. Doch diese Rekrutierungsform wurde gewählt, um eine möglichst grosse Einheitlichkeit zu haben, dies hat den Vorteil von besseren Vergleichsmöglichkeiten mit nationalen und internationalen Studien.</p>
--	--

G Datenbanksuche

Verwendete Datenbanken und ihre Thematik (ZHAW, 2007-2012)

Datenbank	Thematik
Amed	Es werden Informationen über Naturheilverfahren, besondere Therapierichtungen und Palliativpflege gefunden.
Cinahl Database	Krankenpflege und anverwandte Berufe im Gesundheitswesen, Biomedizin und Gesundheitspflege sind die Themen dieser Datenbank.
Medline via OVID	Die Klinische Medizin, Anatomie und Physiologie, Pharmakologie und Pharmazie, Zahnmedizin, Psychiatrie und Psychologie, und das Gesundheitswesen sind die Themen dieser Datenbank.
PsychInfo	Es werden Informationen über Psychologie sowie psychologisch relevante Teilgebiete aus: Psychiatrie, Medizin, Physiologie, Pflege, Soziologie, Erziehungswissenschaft, Philosophie, Sport, Kriminologie, „Linguistik, Ökonomie, Recht gefunden.
OTDbase	Diese Datenbank ist eine öffentliche Plattform, die internetbasiert Abstracts und Index von über 20 nationalen und internationalen Ergotherapie Journals von 1970 bis heute.
OT Seeker	„Die Datenbank enthält Abstracts von systematischen Übersichtsarbeiten und randomisierten kontrollierten Studien für den Bereich der Ergotherapie. Für die Entwicklung von OTseeker ist ein Therapeuten-Team der Universitäten Queensland und Western Sydney/Australien verantwortlich. Die Studien werden mit Hilfe der PEDro scale bewertet.“ (ZHAW, 2007-2012)

Quelle:

ZHAW. (2007-2012). *Hochschulbibliothek. Datenbanken Gesundheit*. Heruntergeladen von <http://www.zhaw.ch/de/zhaw/hochschulbibliothek/datenbanken/gesundheit.html>

Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: Cinahl

Suche	Kombinationen
<ET>	Ergotherap* OR MW Occupation* Therap* OR MW occupational therapist OR MW therap*
<Domizilbehandlung>	Domicil* treat* OR home intervent* OR home based rehabilitat* OR communit* based therap* OR home visit OR domicil* occupational treat* OR domicil* occupation* therap* OR domicil* therap* OR home-based therap* OR home based occupation* therap* OR MW home occupation* therap* OR MW home care
<Demenz>	Demenz OR MM Dementia OR MW Vascular dementia* OR MM Alzheimer* Disease* OR Cognitiv* impair* OR MW presenil* dementia OR semantic dementia OR MW senil* Dementia
<soz. Part>	Social Participat* OR Social engage* OR Social tie* OR Social relation*
<zu Hause>	community-dwelling OR housbound OR house bound OR homebound OR home bound
Kombinationen aller oben genannten Begriffe	<ET> AND < Domizilbehandlung>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <zu Hause>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <zu Hause>
	<ET> AND <Demenz>
	<ET> AND <Demenz> AND <soz. Part>
	<ET> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND < zu Hause>
	<ET> AND <soz. Part>
	<ET> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<ET> AND <zu Hause>
	<Domizilbehandlung> AND <Demenz>
	<Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <zu Hause>
	<Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <soz. Part>
	<Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<Domizilbehandlung> AND <soz. Part.>
	<Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
<Demenz> AND <soz. Part>	
<Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>	
<soz. Part> AND <zu Hause>	

Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: Medline

Suche	Kombinationen
<ET>	Ergotherap: OR occupation: therap: OR OT OR ergotherapist: OR therapist: OR therapeutic: OR Occupational Therapy
<Domizilbehandlung>	Domizilbehandlung: OR Hausbehandlung: OR domiciliar: treatment: OR home: intervention: OR outpatient: therap: OR outpatient: treatment: OR Communit: based therap: OR domiciliar: occupation: treatment: OR domiciliar: occupation: therap: OR domiciliar: therap: OR home-based occupation: therap: OR home-based therap: OR home: occupation: therap: OR home: care: service: OR home: care: OR communit: care: OR home: based rehabilitation: OR domiciliar: visit: OR home: visit: OR home: visit: program: OR Home Care Services
<Demenz>	Demen: OR dementia: OR vascular: dementia: OR alzheimer: disease: OR alzheimer: OR cognitive: impairment: OR presenile dementia: OR semantic dementia: OR senile dementia: OR Dementia OR Dementia, Vascular OR Frontotemporal Dementia OR Alzheimer Disease OR Cognition Disorders
<soz. Part>	sozial: Partizip: OR social: participation: OR social: engagement: OR social: tie: OR social: relation: OR group: particip: OR communit: particip: OR communit : involvement: OR Social Participation OR Social Environmen
<zu Hause>	zu Hause wohn: OR zu Hause OR communit: dwell: OR housbound: OR housebound: OR homebound: OR Homebound Persons
Kombinationen aller oben genannten Begriffe	<p><ET> AND < Domizilbehandlung></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND <Demenz></p> <p><ET> AND <Demenz> AND <soz. Part></p> <p><ET> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND < zu Hause></p> <p><ET> AND <soz. Part></p> <p><ET> AND <soz. Part> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND <zu Hause></p> <p><Domizilbehandlung> AND <Demenz></p> <p><Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <zu Hause></p> <p><Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <soz. Part></p>

Suche	Kombinationen
	<Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<Domizilbehandlung> AND <soz. Part.>
	<Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<Demenz> AND <soz. Part>
	<Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<soz. Part> AND <zu Hause>

Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: Amed

Suche	Kombinationen
<ET>	(Ergotherapie* or occupation* therap* or OT or ergotherapist or therap*).mp. or exp Therapy/ or therapeutic*.mp. or exp therapeutics/
<Domizilbehandlung>	(Hausbehandlung* or domicil* treat* or home intervention).mp. or exp Community health services/ or Community based therapy.mp. or domiciliary occupational therapy.mp. or domiciliary therapy.mp. or home-based therapy.mp. or home-based occupational therapy.mp. or home occupational therapy.mp. or exp Home care services/ or home care services.mp. or home care.mp. or exp Community health services/ or community care.mp. or home based rehabilitation.mp. or home visit.mp.
<Demenz>	Demenz.mp. or exp Dementia/ or Dementia*.mp. or Vascular Dementia*.mp. or exp Alzheimers disease/ or Alzheimer's Disease.mp. or Cognitive impairment.mp. or exp Cognition disorders/ or Presenile Dementia.mp. or Semantic Dementia.mp. or exp Dementia senile/ or Senile Dementia.mp
<soz. Part>	social participation.mp. or exp Social behavior/ or social engagement.mp. or social tie*.mp. or social relation*.mp.
<zu Hause>	community-dwelling.mp. or exp Independent living/ or exp Home care services/ or homebound.mp. or homebound.mp.
Kombinationen aller oben genannten Begriffe	<ET> AND < Domizilbehandlung>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <zu Hause>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part>
	<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <zu Hause>
	<ET> AND <Demenz>
	<ET> AND <Demenz> AND <soz. Part>

Suche	Kombinationen
	<ET> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND < zu Hause>
	<ET> AND <soz. Part>
	<ET> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<ET> AND <zu Hause>
	<Domizilbehandlung> AND <Demenz>
	<Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <zu Hause>
	<Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <soz. Part>
	<Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<Domizilbehandlung> AND <soz. Part.>
	<Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<Demenz> AND <soz. Part>
	<Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>
	<soz. Part> AND <zu Hause>

Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche OTDBASE

Thema	Unterthemen
Aged	Community Day Care Environment Environmental Barriers
MH	Community Community Based Home Care
OT Practice	Community Based Social Justice

Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: OTSeeker

Thema	Kombinationen
Ergotherapie	therapeutics OR therapist OR ergotherapist OR occupational therapist OR occupational therapy OR OT <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <Ergotherapie> verwendet.</i>
Domizilbehandlung	Domizilbehandlungen OR Hausbehandlung OR domiciliary treatment OR home intervention OR outpatient therapy in home OR Community based therapy OR domiciliary treatment OR domiciliary occupational treatment OR domiciliary occupational therapy OR domiciliary therapy OR home-based occupational therapy OR home occupational therapy OR home care services OR home care OR community care OR home based rehabilitation OR domiciliary visit OR home visit <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <Domizilbehandlung> verwendet.</i>
Demenz	demenz OR dementia OR vascular dementia OR alzheimer's disease OR cognitive impairment OR presenile dementia OR semantic dementia OR senile dementia <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <Demenz> verwendet.</i>
Soziale Partizipation	soziale partizipation OR social participation OR social engagement OR social ties OR social relations <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <Soziale Partizipation > verwendet.</i>
Zu Hause	zu hause wohnend OR community-dwelling OR housbound OR home-bound <i>Im Folgenden wird für diese Begriffsammlung <zu Hause> verwendet.</i>
<Zu Hause>	In Kombination mit den Auswahlfelder: Alzheimer's disease/dementia und Gerontology
<Ergotherapie>	In Kombination mit den Auswahlfelder: Alzheimer's disease/dementia und Gerontology
<Soziale Partizipation>	In Kombination mit den Auswahlfelder: Alzheimer's disease/dementia und Gerontology
<Domizilbehandlung>	In Kombination mit den Auswahlfelder: Alzheimer's disease/dementia und Gerontology

Übersicht über verwendete Kombinationen zur Datenbankrecherche: PsychInfo

Suche	Kombinationen
<ET>	Ergotherap: OR occupation: therap: OR OT OR ergotherapist: OR therapist: OR therapeutic: OR Occupational Therapy OR Occupational Therapists
<Domizilbehandlung>	Domizilbehandlung: OR Hausbehandlung: OR domiciliar: treatment: OR home: intervention: OR outpatient: therap: OR outpatient: treatment: OR Community: based therap: OR domiciliar: occupation: treatment: OR domiciliar: occupation: therap: OR domiciliar: therap: OR home-based occupation: therap: OR home-based therap: OR home: occupation: therap: OR home: care: service: OR home: care: OR communit: care: OR home: based rehabilitation: OR domiciliar: visit: OR home: visit: OR Home Visiting Programs OR Home Care
<Demenz>	Demen: OR dementia: OR vascular: dementia: OR alzheimer: disease: OR alzheimer: OR cognitive: impairment: OR presenile dementia: OR semantic dementia: OR senile dementia: OR Dementia OR Vascular Dementia OR Alzheimer's Disease OR Cognitive Impairment OR Presenile Dementia OR Semantic Dementia OR Senile Dementia
<soz. Part>	sozial: Partizip: OR social: participation: OR social: engagement: OR social: tie: OR social: relation: OR Community Involvement OR Group Participation OR Participation
<zu Hause>	zu Hause wohn: OR zu Hause OR communit: dwell: OR housbound: OR housebound: OR homebound OR Homebound
Kombinationen aller oben genannten Begriffe	<p><ET> AND < Domizilbehandlung></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part></p> <p><ET> AND < Domizilbehandlung> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND <Demenz></p> <p><ET> AND <Demenz> AND <soz. Part></p> <p><ET> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND < zu Hause></p> <p><ET> AND <soz. Part></p> <p><ET> AND <soz. Part> AND <zu Hause></p> <p><ET> AND <zu Hause></p> <p><Domizilbehandlung> AND <Demenz></p> <p><Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <zu Hause></p> <p><Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <soz. Part></p>

Suche**Kombinationen**

<Domizilbehandlung> **AND** <Demenz> **AND** <soz. Part> **AND** <zu Hause>

<Domizilbehandlung> **AND** <soz. Part.>

<Domizilbehandlung> **AND** <soz. Part> **AND** <zu Hause>

<Demenz> **AND** <soz. Part>

<Demenz> **AND** <soz. Part> **AND** <zu Hause>

<soz. Part> **AND** <zu Hause>

H Treffer der Datenbanken

Treffer der Datenbanken Amed, Cinahl, Medline und PsychInfo

Wortkombinationen	Amed	Cinahl	Medline	Psych Info
<ET>	106'340	522'422	624'139	158'484
<Domizilbehandlung>	5'195	18'877	56'931	17'506
<Demenz>	7'707	25'326	180'952	73'227
<soz. Part>	1'461	7'188	87'621	26'656
<zu Hause>	3'550	4'913	9'700	4'750
<ET> AND < Domizilbehandlung>	2'771	3'384	2'222	2'128
<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz>	144	144	95	86
<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part>	3	2	19	1
<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>	1	1	0	0
<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <zu Hause>	52	8	1	2
<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause>	11	1	0	0
<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <soz. Part>	30	15	137	27
<ET> AND < Domizilbehandlung> AND <zu Hause>	1'010	75	48	17
<ET> AND <Demenz>	2'743	7'818	12'516	4'911
<ET> AND <Demenz> AND <soz. Part>	48	41	152	24
<ET> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND < zu Hause>	5	2	2	1
<ET> AND <soz. Part>	574	739	2'719	1'231
<ET> AND <soz. Part> AND <zu Hause>	34	4	10	7
<ET> AND <zu Hause>	1'846	781	279	164
<Domizilbehandlung> AND <Demenz>	372	400	2'373	1'072
<Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <zu Hause>	102	23	111	55
<Domizilbehandlung > AND <Demenz> AND <soz. Part>	11	2	406	20
<Domizilbehandlung> AND <Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>	4	1	16	3
<Domizilbehandlung> AND <soz. Part.>	72	84	3'450	227
<Domizilbehandlung> AND <soz. Part> AND <zu Hause>	24	2	57	5
<Demenz> AND <soz. Part>	171	112	2'675	339
<Demenz> AND <soz. Part> AND <zu Hause>	10	9	93	33
<soz. Part> AND <zu Hause>	77	106	587	131

Treffer der Datenbank OTDBASE

Wortkombination	OTDBASE
Aged --> Community	133
Aged--> Day Care	10
Aged--> Environment	64
Aged--> Environmental Barriers	1
MH--> Alzheimer's & RD	175
MH--> Community	183
MH--> Community Based	1
MH--> Home Care	15
OT Practice--> Community-Based	65
OT Practice--> Social Justice	36
social participation (keyword)	100

Treffer der Datenbank OTSeeker

Wortkombination	OTSeeker
<ET>	585
<Domizilbehandlung>	7'490
<Demenz>	2'904
<soz. Part>	96
<zu Hause>	207
<zu Hause> und Alzheimer's disease / dementia und Gerontology	12
<ET> und Alzheimer's disease / dementia und Gerontology	8
< soz. Part.> und Alzheimer's disease / dementia und Gerontology	2
< Domizilbehandlung> und Alzheimer's disease / dementia und Gerontology	154