

Recovery-orientiertes Demenz Coaching in der ambulanten Pflege

Praxisentwicklung und Evaluation

Eva Soom Ammann¹, Sandra Sermier²

Der Beitrag dokumentiert die Entwicklung und Evaluation eines Recovery-orientierten Trainingsprogramms für dipl. Pflegefachpersonen, welche Menschen mit Demenz zu Hause begleiten. Das Programm zielt auf die Vermittlung und Implementierung einer neuen Rolle als Demenz Coach. Das Demenz Coach Training wurde durch eine Hochschule und eine Praxisorganisation ko-entwickelt und mit einer multimethodischen formativen Evaluation begleitet. Die Recovery-orientierte Coach-Rolle in der Demenz-Care ist vielversprechend. Eine Veränderung in professionellen Haltungen braucht aber Raum für Üben, praktisches Anwenden und Reflektieren des eigenen Handelns. Gleichzeitig müssen Organisationsentwicklungsprozesse initiiert, Arbeitsteams involviert und Prozesse adaptiert werden.

Recovery-oriented dementia coaching in outpatient care

Practice development and evaluation

This article documents the development and evaluation of a recovery-oriented training programme for registered nurses who accompany persons with dementia at home. The programme aims to train and implement the new role as a dementia coach in outpatient care. The dementia coach training was co-developed by a university and a practice organisation and accompanied by a multi-method formative evaluation. The recovery-oriented coach role in dementia care is promising. However, achieving a change in professional attitudes requires space for training, practical application and reflection on one's own actions. At the same time, organisational development processes must be initiated, work teams must be involved and processes adapted.

Korrespondenzadresse

Eva Soom Ammann
BFH Berner Fachhochschule
Departement Gesundheit, aF&E Pflege
Murtenstrasse 10
Postfach
CH-3008 Bern
eva.soomammann@bfh.ch

Eingereicht am 02.09.2021

Akzeptiert am 12.07.2022

DOI: 10.3936/22c2b081

¹ Prof. Dr.; BFH Berner Fachhochschule, Dep. Gesundheit, aF&E Pflege

² Gesundheits- und Pflegeexpertin FH & Gerontologin MAS; Zentrum Schönberg Bern Wissenszentrum & Spitex Bern

Einleitung

Die Langzeitpflege und -betreuung für Menschen mit Demenz (MmD) – hier unter dem Begriff der Demenz-Care zusammengefasst – hat Innovationsbedarf, besonders in der Schweiz, deren Gesundheitssystem zwar qualitativ hochstehend, aber auch sehr fragmentiert und nicht gut auf die Versorgung von MmD vorbereitet ist. Der starke Fokus auf akute, somatische und spezialisierte Versorgung spiegelt sich auch im Versicherungswesen wider, so dass Demenz-Care zu grossen Teilen nicht abrechenbar ist. Die Last, Demenz-Care zu leisten, zu koordinieren und zu bezahlen, liegt vor allem bei den Betroffenen und ihren Angehörigen. Gleichzeitig nehmen Forderungen nach Autonomie und Selbstbestimmung zu. Nutzende von Gesundheitsversorgung sollen auf Augenhöhe mit einbezogen werden, sie sollen chancengleichen Zugang haben und in Entscheidungen und Behandlungsverläufe involviert werden. Diese Prinzipien sind insbesondere im Bereich der Demenz-Care jedoch noch kaum verankert.

Der Innovationsbedarf ist aber auch erkannt, und es werden gegenwärtig verschiedene Lösungsansätze erprobt. In der Schweiz soll im Rahmen der Gesundheitsstrategie 2030 (Der Bundesrat, 2019) der selbständige Verbleib zu Hause mit einer hohen Lebensqualität gefördert und Versorgung gut koordiniert werden. Bisherige Ansätze in der Demenz-Care fokussieren primär darauf, a) aus Qualitäts-, aber auch Kostengründen Spital- und Heimeinweisungen zu vermeiden, indem Pflege und Betreuung zu Hause gefördert wird; b) auf Diagnosestellung, um Pflegeleistungen zugänglich zu machen, die über die Krankenversicherung rück-erstattbar sind (wohingegen in der Schweiz Betreuung privat zu leisten respektive zu finanzieren ist); und c) auf die Stärkung informeller Betreuung, um diesen unverzichtbaren Beitrag zur Versorgung zu sichern. Dafür ist es notwendig, eine früh einsetzende Beratung und eine effiziente ambulante Pflege und Betreuung für MmD zu stärken. Da die Pflege in der Schweiz auf kantonaler Ebene organisiert ist, können Innovationsbestrebungen eher lokal und regional ansetzen und nur lose im Rahmen einer nationalen Demenz-Strategie koordiniert werden (Bundesamt für Gesundheit [BAG] & Alzheimer Schweiz, 2019).

An diesem Punkt setzt das hier beschriebene Praxisentwicklungsprojekt an, welches auf die langfristige Etablierung einer gut koordinierten und konsequent durch die Bedürfnisse der Betroffenen gesteuerten Pflege und Betreuung zu Hause fokussiert. Diplomierte Pflegefachpersonen, die in Spitex-Organisationen angestellt sind, sollen dabei als Demenz Coaches fungieren.

Hintergrund und Zielsetzung

Problemstellung

Demenzkrankungen stellen an Betroffene und Angehörige, an Gesellschaft und Versorgungssystem zunehmende Herausforderungen. Aktuell, so wird geschätzt, leben in der Schweiz 144'300 an Demenz erkrankte Personen (Alzheimer Schweiz, 2020). Rund 60% leben zu Hause und werden dort von Angehörigen, Freiwilligen und professionellen Dienstleistenden betreut und gepflegt (Monsch et al., 2012). Demographische Prognosen und Entwicklungen in der Gesundheitspolitik verweisen darauf, dass eine qualitativ hochwertige und finanziell tragbare Demenz-Care zu Hause zu einem wesentlichen Pfeiler des Gesundheitswesens werden wird (Bundesamt für Gesundheit [BAG] & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2016). Angehörige sind dabei zentral, und deren eigene gesundheitliche Belastung durch Betreuung ist deshalb zu reduzieren (Gesundheitsförderung Schweiz, 2019). Jedoch stellt die erfolgreiche Vernetzung von formeller und informeller Beratung, Pflege und Betreuung zu Hause für alle Beteiligten eine grosse

Herausforderung dar (Association Spitex Privée Suisse [ASPS] et al., 2017). Diese wird vorliegenden Studien zufolge am besten gemeistert, wenn eine tragende Beziehung zwischen der betreuten Person, den betreuenden Angehörigen und den involvierten Fachpersonen aus Pflege, Sozialer Arbeit o. ä. aufgebaut werden kann, die durch gegenseitige Anerkennung und Vertrauen gekennzeichnet ist (Carpentier & Grenier, 2012; Fluder et al., 2012; Hilse et al., 2014). Weiter bietet sich der Fokus auf frühe Stadien der Demenz an, so dass die Betroffenen eine aktive Rolle in der Gestaltung der Interaktion und des Settings einnehmen können (Whitlatch et al., 2006).

Der Anteil von Menschen mit Demenz (MmD) nimmt auch unter den Klient_innen der Spitex zu und liegt, je nach Schätzung, zwischen 13% und 39% (Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien [Büro BASS], 2018). In deren Versorgung ist es herausfordernd, den spezifischen Bedürfnissen von Betroffenen und Bezugspersonen gerecht zu werden, denn es gilt, bei jedem/r Klient_in die richtige Balance zu finden zwischen Selbstbestimmung, Belastung des Umfeldes, Eigengefährdung und Fürsorgepflicht (Sermier & Soom Ammann, 2020). Diese Herausforderung ist zusätzlich akzentuiert bei alleinlebenden MmD mit krankheitsbedingt fehlender Krankheitseinsicht (Kurz et al., 2019). Zudem ist erkannt, dass der häufige Personalwechsel bei der Spitex, bedingt durch Schichtarbeit und Arbeitsteilung zwischen unterschiedlich qualifizierten Typen von Mitarbeitenden (sog. Funktionsstufen), das Entstehen eines Vertrauensverhältnisses zwischen Klient_in, Bezugsperson und Pflege(fach)person erschwert (Hedinger & Egger, 2015).

Etablierte professionelle Ansätze in der Demenz-Care, orientiert an Konzepten wie Person-Zentriertheit und validierender Interaktion (bspw. Kitwood, 2019; Feil & de Klerk-Rubin, 2017), bewähren sich insbesondere in späten Phasen einer Demenz. In frühen Phasen hingegen braucht es ko-produktive, kommunikativ orientierte Konzepte, welche Betroffene darin unterstützen, ihr Leben möglichst selbstbestimmt zu gestalten. Hier haben sich Beratung und Coaching als bewährte Vorgehensweisen etabliert (Grossfeld-Schmitz et al., 2010; Vögeli et al., 2016; BAG & Alzheimer Schweiz 2019). Dabei nimmt jeweils ein Akteur aus dem Gesundheit- oder Sozialsystem die Rolle als Berater_in oder Coach wahr, bei dem die Fäden zusammenlaufen. Angesichts des progredienten, schwierig vorhersehbaren Verlaufs von Demenzerkrankungen und der zunehmenden gesellschaftspolitischen Forderung nach Inklusion und Partizipation auch im Hinblick auf Demenz (bspw. Klie, 2014; Swaffer, 2015) wird diesbezüglich besonderes Potenzial in explizit betroffenengesteuerten Coaching-Zugängen wie dem Recovery-Ansatz gesehen.

Das aus dem englischen Sprachraum stammende Recovery-Konzept, das sich in der psychiatrischen Pflege bereits gut etabliert hat (Amering & Schmolke, 2012; Barker et al., 2013), bietet einen neuen Zugang in der Versorgung von MmD (Irving & Lakeman, 2010). Der Begriff Recovery wird hier differenziert nach ‚clinical recovery‘, im Sinne der klassisch medizinischen Genesung von einer Krankheit, und ‚personal recovery‘, fokussiert auf den individuellen Prozess im Umgang mit einer (chronischen) Erkrankung. Dies bedeutet nicht unbedingt Heilung, sondern dass Menschen ein erfülltes, hoffnungsvolles Leben in sozialer Eingebundenheit leben können, auch mit den Einschränkungen durch die Erkrankung. Dazu werden die Auseinandersetzung mit der eigenen Situation und die Anpassung von Werten, Zielen, Einstellungen und Rollen durch Fachpersonen unterstützt. Diese Haltung kann für die Versorgung von MmD adaptiert werden, so dass sie den Besonderheiten der Zielgruppe und des Versorgungssettings gerecht wird und bspw. den progredienten Verlauf und die damit einher gehende zunehmende Bedeutung von Unterstützungsnetzwerken prospektiv mit einbinden kann (Cheffey et al., 2013).

Vier Aspekte der ‚personal recovery‘ sind im frühen und mittleren Stadium einer Demenz besonders vielversprechend (Adams, 2010): (Wieder-)Erlangung von Hoffnung (Gavan, 2011), Teilhabe an Entscheidungsprozessen (Smebye et al., 2012), Autonomie und Selbstbestimmung (Daley et al., 2013) und Wohlbefinden (Jha et al., 2013). Diese Aspekte treten dem Stigma der Nutz-, Wert- und Hoffnungslosigkeit entgegen, welches der Demenz anhaftet.

Zielsetzung

Um den Herausforderungen in der ambulanten Pflege und Betreuung von MmD zu begegnen, wird auch im Kanton Bern nach neuen Ansätzen gesucht. Der vorliegende Beitrag dokumentiert ein Praxisentwicklungsprojekt, welches ein Recovery-orientiertes Demenz Coach Training entwickelt, pilotiert und evaluiert hat. Dafür wurden innovative Zugänge aus dem Bereich der Demenz-Care, bspw. bezüglich der Bedeutung von Partizipation und De-Stigmatisierung, sowie der psychiatrischen Pflege, bspw. bezüglich konsequenter Betroffenenorientierung in der Versorgung, vor dem Hintergrund eines inklusiven Verständnisses des Lebens mit einer kognitiven Beeinträchtigung zusammengeführt. Ausgehend von diesem Grundprinzip und mit finanzieller Unterstützung durch die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern entwickelten das Zentrum Schönberg (eine Praxisorganisation mit Bildungs- und Entwicklungsauftrag) und die Berner Fachhochschule (angewandte Forschung & Entwicklung Pflege des Departements Gesundheit und Institut Alter) gemeinsam das Demenz Coach Trainingsprogramm für diplomierte Pflegefachpersonen aus ambulanten Pflegediensten des Kantons Bern. Das Programm fokussiert auf das Vermitteln, Verstehen und Üben dieser neuen Rolle.

Das Demenz Coaching soll Menschen mit einer leichten bis mittleren Demenz einen längeren Verbleib zu Hause ermöglichen sowie einen Beitrag zu ihrer Autonomie und Lebensqualität wie auch derjenigen ihrer Angehörigen leisten. Weiter soll es den Angehörigen das Einnehmen einer Vertreterrolle in späteren Demenzstadien erleichtern. Damit soll das Trainingsprogramm auch zum Advance Care Planning im Kontext einer Demenzerkrankung beitragen. Zusätzlich kann auch erwartet werden, dass Demenz Coaching nicht nur die Qualität, sondern auch die Effizienz und Koordination der ambulanten Versorgung von MmD verbessert und damit umfassend und nachhaltig zur Versorgungsqualität beiträgt.

Methoden

Der Transfer des Recovery-Konzeptes in die Demenz-Care und die Integration geeigneter Elemente in ein Trainings-Curriculum wurden durch eine Literaturrecherche (Scoping Review) sowie durch Workshops mit und Einzelkonsultationen von Expert_innen in Psychiatriepflege und Demenz-Care unterstützt. Das Demenz Coach Trainingsprogramm wurde zweimal pilotiert (2017/18 und 2018/19), und das Curriculum wurde zwischen der ersten und der zweiten Pilotierung basierend auf den Umsetzungserfahrungen sowie den Rückmeldungen der Teilnehmenden und ihrer Organisationen leicht angepasst.

Die zwei pilotierten Trainingsprogramme wurden von insgesamt 30 diplomierten Pflegefachpersonen aus zwölf öffentlichen Spitex-Organisationen im Kanton Bern besucht. Das Trainingsprogramm wurde von der Praxisorganisation über ihr bestehendes Netzwerk ausgeschrieben und – da ein vom Kanton subventioniertes Pilotangebot – zu einem durch die Arbeitgebenden erstatteten reduzierten Preis angeboten. Die Teilnehmenden waren zwischen 25 und 60 Jahren alt und brachten unterschiedliche Erfahrungen und Weiterbildungsqualifikationen mit. Teilweise verfügten sie über Weiterbildungen in allgemeiner Pflege, Demenz-

pflege, Palliative Care oder Psychiatriepflege, teilweise nahmen auch Pflegefachpersonen ohne Weiterbildungsabschlüsse, jedoch mit langer Berufserfahrung, teil. Alle Teilnehmenden waren in ihren Organisationen entweder bereits mit einer Fachverantwortung Demenz betraut, oder der Aufbau einer solchen war geplant.

Die multimethodisch begleitende formative Konzept- und Prozessevaluation (Döring & Bortz, 2016) durch die Hochschule basierte auf Teilnehmender Beobachtung (Pilot 1, 2017/18), einer standardisierten Online-Befragung und vier ausführlichen Interviews mit teilnehmenden Demenz Coaches (Pilot 2, 2018/19), Dokumentenanalysen (Demenzkonzepte der Spitex-Organisationen) sowie Workshops mit Teilnehmenden, Expert_innen und Verantwortungsträger_innen in den Spitex-Organisationen. Die so erhobenen heterogenen Daten wurden deskriptiv statistisch und qualitativ thematisch ausgewertet.

Ergebnisse

Entwicklung des Curriculums für das Demenz Coach Training

Die Literaturrecherche zeigte, dass eine Recovery-orientierte Demenz-Care eine vielversprechende Alternative zu bestehenden Konzepten der Demenz-Care sein könnte, da damit nicht nur eine personenzentrierte Sorge, sondern eine konsequent betroffenen-gesteuerte Unterstützung in der Selbstbestimmung angestrebt wird (Hahn, 2021). Im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge neigen Fachpersonen auch im Rahmen von personenzentrierten Konzepten dazu, in konkreten Umsetzungssituationen der Fürsorge den Vorzug zu geben (bspw. Swaffer, 2015). Das Recovery-Konzept regt hier an, dieses Spannungsfeld wiederholt zu reflektieren und konsequenter nach der Ermöglichung von Autonomie und Selbstbestimmung zu suchen. Demenz-Care in Partnerschaft mit den Betroffenen kann MmD konsequent ins Zentrum stellen und deren Erfahrungen und Wahrnehmung guter Pflege und Unterstützung berücksichtigen. Dafür, so die Quintessenz aus der Literaturanalyse, ist ein Paradigmenwechsel in der Haltung von Gesundheitsfachpersonen notwendig, der sich durch eine Bewegung weg von Fürsorgenden hin zu Unterstützenden in der bestmöglichen Entfaltung von Autonomie und Selbstbestimmung auszeichnet und MmD sowie ihr Unterstützungsnetz im Rahmen der sich verändernden Kontextbedingungen und damit einhergehenden Anforderungen an das Umfeld kontinuierlich begleitet. Diesen Haltungswechsel zu initiieren, das Rollenverständnis eines Demenz Coaches zu entwickeln und in seiner Anwendung zu trainieren, war Ziel des Trainingsprogrammes.

Das Curriculum für das Demenz Coach Training wurde mithilfe von Fokusgruppen entwickelt, die sich aus Spezialist_innen der Demenz-Care, des Recovery-orientierten Trainings sowie Vertretenden von Spitex-Organisationen zusammensetzten. Die Inhalte wurden spezifisch auf das Feld der ambulanten Pflege zugeschnitten, in dem sich die Demenz-Care gegenüber anderen Gesundheitsversorgungssettings durch die hohe Bedeutung von Fallführung und Koordination auszeichnet. Da die Entwicklung einer Recovery-orientierten Haltung Zeit braucht, wurden die Bildungssequenzen über ein Jahr verteilt.

Voraussetzung für den Besuch des Demenz Coach Trainings ist ein dreitägiger Basiskurs, in welchem Grundlagen zu Demenz-Care erarbeitet werden. Damit wird sichergestellt, dass alle Teilnehmenden ungeachtet ihrer Vorkenntnisse eine gemeinsame Wissensbasis aufweisen. Im darauffolgenden dreitägigen Trainingskurs werden die grundlegenden Kenntnisse des Recovery-Konzepts vermittelt und in Zusammenhang mit der Pflege und Betreuung von MmD gebracht (vgl. Tabelle 1). Recovery wird dabei als persönliche Haltung gegenüber der eigenen Er-

krankung und deren Unterstützung vermittelt, welche auch bei Fachpersonen ein verändertes Rollenverständnis bedingt. Dieses soll explizit ressourcenorientiert sein und in einer konsequent zu gehenden, an den Relevanz der Betroffenen orientierten Beratung und Begleitung Ausdruck finden. Die Anwendung von Recovery in der ambulanten Demenz-Care bedingt dabei vor allem die Reflexion der Möglichkeiten, Selbstbestimmung im häuslichen Umfeld konsequent zu fördern, und eine Auseinandersetzung mit der Coaching-Rolle, die für ambulante Pflegefachpersonen ungewohnt ist. Anpassungen von der psychiatrischen Pflege auf die Demenz-Care sind bspw. nötig im Hinblick auf die kommunikativen Elemente des Coachings, welche die kognitiven Fähigkeiten der MmD berücksichtigen und Angehörige mit einbinden müssen. Ein Kommunikationstraining ist deshalb ebenfalls Bestandteil des Trainingskurses. Im Anschluss daran werden die Inhalte an drei Interventions- und Reflexionstagen vertieft. Auch die Rolle und das Profil eines Demenz Coaches in der jeweiligen Spitex-Organisation wird reflektiert.

Inhalte Trainingskurs „Recoveryorientierter Coaching-Ansatz“ (3 Tage) & Vertiefungs- und Reflexionstage (3 Tage):

Recovery-Ansatz:

- Einführung: Geschichte, Definitionen, Merkmale, Behandlungsziele, Rollen und Aufgaben von Pflegenden
- Dialog und Trialog mit Betroffenen und Angehörigen
- Gezeitenmodell
- Risikomanagement
- Recovery bei Menschen mit Demenz und ihren Angehörigen

Kommunikationstraining:

- Einsatz kommunikativer Grundfertigkeiten und nonverbaler Zeichen für Aufbau und Erhalt der Beziehung
- Wirkelemente einer allparteilichen Moderation
- Moderation eines interdisziplinären Rundtischgesprächs mit Angehörigen und von Demenz betroffener Person

Fallführung / Case Management:

- Rolle und Aufgaben als Demenz Coach

Sozialversicherungen/Erwachsenenschutzrecht:

- Finanzierung der Pflege zu Hause und im Heim; Ergänzungsleistungen zur AHV (Alters- und Hinterbliebenenversicherung); Hilfenleistungen zur AHV; Erwachsenenenschutzrecht mit Fokus auf Themen rund um kognitive Störungen

„Dementia Care“ in der eigenen Spitex-Organisation:

- Reflexion der Umsetzung; Diskussion Best Practice

Tabelle 1: Inhalte Trainingskurs „Recoveryorientierter Coaching-Ansatz“

Während des Kurses nehmen Fallbesprechungen zur Reflexion der eigenen Recovery-orientierten Haltung im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge einen wichtigen Stellenwert ein. Das Kommunikationstraining, in welchem das Leiten von Rundtischgesprächen unter Einbezug aller Beteiligten inklusive des MmD geübt wird, trägt ebenfalls zum Rollenwechsel bei: Demenz Coaches sollen idealerweise ihren Coachees auf Augenhöhe begegnen und sie nicht als defizitäre Kranke, sondern als die eigentlichen Expert_innen ihrer Situation betrachten. Betroffene und ihre Angehörigen sollen ausserdem bei der Entwicklung von auf deren Bedürfnisse angepassten Unterstützungsangeboten partizipativ mit eingebunden werden. Im Anschluss an diese neun Kurstage werden die Teilnehmenden als Abschluss des Trainings in ihrem Praxisfeld ‚on the job‘ je einmal einen halben Tag durch

eine Kursleiterin und im Tandem unter Peers in Alltagssituationen begleitet. Die Begleitungen werden direkt im Anschluss an das ‚job shadowing‘ anhand eines basierend auf den Kursinhalten entwickelten Selbstevaluationsinstrumentes gemeinsam ausgewertet; das Instrument leitet dazu an, die Anwendung der Kursinhalte auf die konkreten Alltagssituationen zu besprechen. Auch hier nimmt die Reflexion der Recovery-orientierten Haltung einen zentralen Stellenwert ein.

Nach dem ersten Pilotkurs 2017/18 wurde das Kern-Curriculum von Expert_innen und Teilnehmenden beurteilt und den Rückmeldungen entsprechend angepasst. Dabei wurde der Recovery-Ansatz in der Arbeit mit MmD in Abgrenzung zu psychiatrischer Pflege und zu personenzentrierter Demenz-Pflege geschärft. Auch die nötigen Rahmenbedingungen, um die Funktion und Rolle als Demenz Coach in den jeweiligen Spitex-Organisationen umsetzen zu können, wurden in Form von Minimalanforderungen festgehalten. Möglichkeiten und Herausforderungen in der Umsetzung der Demenz-Coach-Rolle, die in Organisationsstrukturen und damit einhergehenden Handlungsspielräumen zu verorten waren, sind im Laufe des ersten Pilotkurses wiederholt von Teilnehmenden thematisiert und im Kurs diskutiert worden. Es zeigte sich darin, dass die Befähigung zum Coach auch eine explizite Befähigung zum Einwirken auf Organisationsentwicklungsprozesse bedingt. Im Anschluss wurde ein zweiter, angepasster Pilotkurs durchgeführt und ebenfalls ausgewertet. Seit 2020 wird das Bildungs- und Qualifizierungsprogramm zum Demenz Coach regulär einmal jährlich angeboten.

Evaluation der Pilottrainings

Aus der Evaluation gehen wichtige Erkenntnisse zur fachlichen Qualifikation der Mitarbeitenden, zur Entwicklung und Anwendung des neuen Rollenverständnisses als Demenz Coach und zu notwendigen strukturellen Rahmenbedingungen hervor (siehe dazu auch Soom Ammann & Blaser, 2019; Sermier & Soom Ammann, 2020). Zentrales Element und gleichzeitig besonders herausfordernd zu vermitteln ist dabei, die Recovery-orientierte Handlungsänderung und das Rollenverständnis als Coach zu festigen und Gestaltungsspielräume im Spannungsfeld komplexer Rahmenbedingungen aufzuzeigen. Die konkrete Herausforderung für die Teilnehmenden lag dabei darin, eingespielte, auf Fürsorge ausgerichtete Handlungsweisen auch im Alltag (selbst)kritisch zu hinterfragen, das konsequente Suchen nach Lösungen, welche den MmD und ihren Bedürfnissen nach Autonomie und Selbstbestimmung gerechter werden, expliziter im beruflichen Alltag zu verfolgen und dabei vermeintlich eng gesetzte strukturelle Grenzen besser auszunutzen.

Deshalb werden die Teilnehmenden neben der fachlichen Qualifikation auch darauf vorbereitet, in ihren Institutionen als Demenz Coach eine Schlüsselrolle in der Weiterentwicklung von an die Bedürfnisse von MmD angepassten Strukturen zu übernehmen. Dazu gehört einerseits die organisationsinterne Weiterentwicklung von Demenzkonzepten und deren Umsetzung, andererseits eine koordinierende Funktion im Unterstützungsnetz der Klient_innen und deren Bezugspersonen einzunehmen. Eine Trainings-teilnehmerin umschreibt dies im Interview wie folgt:

„Für mich ist ein Demenz Coach ein Schnittstellenpartner, der vor Ort schaut, was es braucht, beziehungsweise auch mit den Angehörigen, die brauchen vor allem Begleitung und Betreuung. Und der sie stärkt in diesem Prozess drin, dass sie die Situation aushalten können, zu Hause. Ist nicht immer einfach. Weil für den Menschen mit Demenz ist das gut, mehrheitlich. Aber für die Angehörigen ist es sehr, sehr schwierig, und so stärken und begleiten wir sie. Es könnten auch die Nachbarn sein, dass man die vielleicht auch ins Betreuungssystem reinnimmt, je nach dem. Wir haben jetzt ge-

rade jemanden, wo der Hausmeister schaut, und wir stärken diesen in dem Prozess drin. Und sagen ihm auch: ‚Das ist normal, dass es so ist, und es kann sich auch verändern‘. Die beratende Funktion, und auch die ganze Schnittstelle gegen aussen, die Drehscheibe eigentlich – für mich ist das ein Demenz Coach.“

Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Vermittlung der Haltung eines Recovery-orientierten Coaches ein anspruchsvolles Unterfangen ist, das von Lehrenden und Lernenden eine hohe zeitliche Investition und Kontinuität verlangt. Ist das Training jedoch erfolgreich, bedeutet dies einen beachtlichen direkten Gewinn für die Lernenden und, so ist anzunehmen, auch für die Klient_innen, da Demenz Coaching betroffenengesteuerte Begleitung ermöglichen soll. Das heisst, dass Fachpersonen sich befähigt fühlen, die Autonomie und Selbstbestimmung von Betroffenen konsequenter zu wahren und fürsorgliches Handeln reflektiert und zurückhaltend anzuwenden. Allerdings war dieser Transfer zu den Klient_innen zwar Bestandteil der Diskussionen und Teilnehmenden-Inputs im Training, jedoch nicht direkter Inhalt der Evaluation. Letztere zeigte aber auf, dass nachhaltige strukturelle Verbesserungen in der Demenzversorgung innerhalb der Spitex-Organisationen möglich sind. So konnte beispielsweise die Erbringung der Spitex-Leistungen kontinuierlicher und bedürfnisgerechter organisiert werden, es wurden neue Teamstrukturen und Assessmentprozesse eingeführt und konsequenter Rundtischgespräche mit Einbezug der MmD geführt, und einige Organisationen haben stabil in den Arbeitsablauf integrierte Reflexionsgefässe wie bspw. Peer-Intervisionen oder Fallbesprechungen etabliert. Solche wurden von den Coaches insbesondere dort erreicht, wo diese in der Umsetzung des Gelernten durch die Leitung und die Mitarbeitenden unterstützt wurden und die gesamte Organisationsstruktur und Leistungserbringung neu ausgerichtet wurde. Schliesslich zeigte die Evaluation, dass es Investition in die sorgfältige Abklärung, Pflegeplanung, Dokumentation und Argumentation gegenüber den Krankenkassen braucht, damit die Verrechnbarkeit der Leistungen und damit letztlich eine nachhaltige Erbringung von Demenz-Care gewährleistet ist.

Die Recovery-orientierte Haltung kann nicht nur kognitiv erlernt, sondern muss auch geübt und verinnerlicht werden. Insbesondere die Begleitungen ‚on the job‘ scheinen entscheidend zur Stärkung des Transfers vom Trainingskontext in die alltägliche Praxis beizutragen, wie folgende Aussage einer Teilnehmerin illustriert:

„Für mich war das ein entscheidender Punkt, dass ich gewusst habe, es gibt Praxisbegleitungen. Weil [in einer früheren Weiterbildung zu Demenz] hat mir das eigentlich gefehlt. Es fehlt mir ganz oft in den heutigen Weiterbildungen, dass du viel spannendes Zeug erfährst, und nachher haut es dich wieder zurück in deinen Berufsalltag. Und du nimmst ein bisschen was mit, aber eine Menge lässt du unterwegs liegen. Und niemand hält den Finger hin und sagt: ‚Hey, hast du dir eben nicht überlegt, und was heisst das jetzt für dich, und könntest du nicht da, und wäre das nicht etwas dort?‘“

Diese Vermittlungsstrategie ist zwar aufwändig, bewährt sich aber sehr. Erst in der Anwendung im Berufsalltag und in der Reflexion darüber, so betonen die Teilnehmenden, werde nachhaltig verständlich, wo das Potenzial einer Recovery-orientierten Haltung gegenüber MmD liegt und wie sich die Praxis der Spitex dadurch verändern kann. Eine Teilnehmerin des zweiten Pilotkurses umschreibt dies im Interview wie folgt:

„Ich versuche, wirklich immer in die Schuhe der Betroffenen zu stehen und mir zu überlegen, wie es für mich wäre, wenn einfach jemand sagen würde: Jetzt musst du ins Heim. Auch aus Sicht der Angehörigen zu überlegen, wen es überhaupt stört. Ich bin schon bewusster geworden für die Ressourcen. Zu schauen, was denn alles geht, was hilft, das zu tragen.

Das verändert die Praxis natürlich massiv, ob du so denkst, oder ob du von Anfang an sagst: ‚Nein, das geht nicht, das ist gefährlich.‘“

In der Rolle als Demenz Coach eine Recovery-orientierte Haltung einzunehmen, bedeutet auf der einen Seite also, anwaltschaftlich für Betroffene zu prüfen, wie deren angestrebte Lebenssituation ermöglicht werden kann, und andererseits auch, mit allen Involvierten passende Rahmenbedingungen zu schaffen und sie ggf. im ‚Aushalten‘ unkonventioneller Arrangements zu unterstützen. Ein besonders hilfreiches Element ist dabei laut den Interviewten das Reflektieren von Situationen und Entscheiden – allein oder in Interaktion mit anderen wie Angehörigen, weiteren an der jeweiligen Situation Beteiligten oder Kolleg_innen in der Organisation –, welches im Training, bspw. in den Begleitungen ‚on the job‘, auch geübt wird. Das bewusste Reflektieren, Situationen aus der jeweiligen Perspektive der Involvierten zu betrachten und zu prüfen, ob und wie Demenz-Care so gestaltet werden kann, dass die Wünsche und Anliegen der Betroffenen möglichst berücksichtigt werden, hilft dabei, so bezeichnet es einer der Coaches, ‚überstürztes Reagieren zu vermeiden‘.

Grenzen des Recovery-Ansatzes in der Demenz-Care sehen die Coaches insbesondere bezüglich Selbst- und Fremdgefährdung. Auch wenn es laut Erzählungen der Coaches immer wieder gelingt, Care-Situationen so zu gestalten, dass ein selbstbestimmtes Wohnen zu Hause länger möglich ist, kommt irgendwann der Zeitpunkt, ‚wo es nicht mehr geht‘, wo auch mit einer Recovery-orientierten Haltung die Selbstbestimmung eingeschränkt werden muss. Diesen Zeitpunkt klar zu definieren, ist auch für die Demenz Coaches herausfordernd. Dabei fordert weniger der Umgang mit Grenzen von bspw. Angehörigen heraus – hier scheinen die Coaches aus dem Training eine gewisse Sicherheit im Aushandeln zu gewinnen –, als die Einleitung entsprechender amtlicher Schritte durch die Spitex-Organisation wie Gefährdungsmeldung oder Fürsorgerische Unterbringung.

Die Evaluation der Pilotkurse zeigte zudem sehr deutlich, dass es nicht ausreicht, einzelne Demenz Coaches zu trainieren, um die Versorgungspraxis zu ändern und das Ziel einer betroffenenorientierten, Lebensqualität fördernden Begleitung von MmD zu erreichen. Es braucht das ganze Team, die ganze Organisation, welche die Recovery-Orientierung und daran angelehnte Veränderungen in Struktur und Alltag mittragen. Gleichzeitig müssen die Organisationen den Demenz Coaches genügend Freiraum für ihre Rolle zugestehen, damit diese erfolgreich aufgebaut und ausgeführt werden kann. Im Rahmen des Pilotprojektes wurde deshalb nicht nur in den Trainings das Thema der Organisationsentwicklung und der Einflussnahme auf Veränderungen in Organisationen aufgegriffen. Es wurden zudem auch im Rahmen eines Workshops mit Verantwortungsträger_innen die im Pilotprojekt definierten Minimalanforderungen diskutiert und abschliessend festgehalten (siehe Soom Ammann & Blaser, 2019). Begrüsszt wird von den Organisationen, wenn die Demenz Coaches nicht nur MmD und Angehörige, sondern auch Mitarbeitende coachen, und die Vernetzung mit Schnittstellenpartnern wie bspw. Memory-Kliniken trägt dazu bei, dass MmD früher eine koordinierte Demenz-Care bekommen. Eine kritische Schnittstelle scheint jedoch dort zu liegen, wo Demenz Coaches nicht oder zu spät in die Beurteilung von Spitex-Kund_innen durch somatisch orientierte Teams mit einbezogen werden.

Innerhalb der Spitex-Organisationen müssen also entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit der Coaching-Prozess wirksam implementiert werden kann. Diese Rahmenbedingungen können unterschiedlich ausgestaltet werden, Demenz Coaches können bspw. im Rahmen von Fachgruppen, Kompetenzteams oder auch eigenständigen Einheiten in Organisationen

eingesetzt werden (Soom Ammann & Blaser, 2019). Relevant ist dabei aber immer die Schaffung einer Struktur in den Organisationen, in der die Demenz Coaches die kontinuierliche Wegbegleitung von MmD und ihrer Angehörigen übernehmen und auch andere Mitarbeitende mit an Bord holen können. Die Schaffung von gut koordinierten eigenständigen Demenzteams, ein Augenmerk auf das Entwickeln einer gemeinsamen Haltung im Team und das bewusste Schaffen von Reflexionsmomenten im Berufsalltag scheint sich zu bewähren.

Diskussion und Ausblick

Dass eine Recovery-orientierte Coach-Rolle in der Demenz-Care vielversprechend ist, zeigte sich während der Curriculum-Entwicklung, Pilotierung sowie Evaluation konstant. Es bestätigte sich auch, dass Haltungsänderung erst gelingt, wenn genügend Raum für das Üben im Training, praktisches Anwenden im Alltag und Reflektieren des eigenen Handelns besteht. Zudem verwies die Evaluation auf die Wichtigkeit von Organisationsentwicklungsprozessen. Im Laufe der beiden Pilotkurse wurden verschiedene Formen der Implementierung von Demenz Coaches in den Organisationen angestrebt. Kriterien für deren Erfolg wie bspw. Konsens im Team, Commitment der Leitung und Gewährung von Handlungsspielraum wurden zusammen mit den Demenz Coaches und Leitungspersonen aus ihren Organisationen in Workshops erarbeitet (ausführlich siehe Soom Ammann & Blaser, 2019). Wesentlich für das Gelingen Recovery-orientierter Demenz-Care-Arrangements sind die Kommunikation und Koordination mit allen Involvierten und die Unterstützung Angehöriger, damit diese auch unkonventionelle Arrangements mittragen können. Organisatorisch sind dabei u.a. das Investieren in Assessment, Planung und Dokumentation sowie die proaktive Kommunikation mit Krankenkassen zentral, um die Abrechenbarkeit der Versorgungsleistungen zu gewährleisten.

Der Transfer des Recovery-Konzepts von der psychiatrischen Pflege in die Demenz-Care bedingt Anpassung. Eine entsprechende Veränderung in professionellen Haltungen braucht Anwendung in der Praxis und deren Reflexion, was im Rahmen des Trainings ermöglicht werden muss und danach auch in den Regelbetrieb integriert werden sollte. Zusätzlich zum Trainingsprogramm braucht es aber auch organisationalen und strukturellen Wandel, um das Ziel einer kontinuierlichen, gut koordinierten Pflege und Betreuung zu erreichen, welche den Interessen der Betroffenen gerecht wird und gleichzeitig Qualität und Sicherheit berücksichtigt.

Die Erfahrungen mit einem Trainingskonzept, welches neben der kognitiven Wissensvermittlung und dem Üben während des Trainings auch auf reflektierendes Coaching in der praktischen Umsetzung setzt, haben zudem Potenzial für den Transfer in andere Weiterbildungsangebote für Fachpersonen. Solche Trainingskonzepte sind zwar zeitintensiv und sperren sich gegen gängige, standardisierte und formalisierte Weiterbildungsformate, haben aber grosses Potenzial für die Vermittlung und Einübung von Haltungsveränderungen, wie sie in der Gesundheitsversorgung auch in Kontexten wie bspw. der Personenzentriertheit, der Nutzeninvolvement oder der Transkulturellen Kompetenz gefordert werden.

Mit dem Demenz Coach Trainingsprogramm konnte ein innovativer Impuls für die Weiterentwicklung der Demenz-Care in einer Versorgungsregion der Schweiz gesetzt werden. Die Ansiedlung der Demenz Coaches in der Spitex gewährleistet dabei eine fachlich kompetente und koordinierende Begleitung von Menschen, welche aufgrund kognitiver oder anderer Einschränkungen bereits mit Spitex-Organisationen in Kontakt sind. Es braucht für eine umfassende und früh einsetzende Demenz-Care, gerade wenn sie

Recovery-orientiert erfolgen soll, aber auch beratende Angebote, welche für Menschen ausserhalb der Gesundheitsversorgung und zu sehr frühen Stadien kognitiver Einschränkung niederschwellig erreichbar sind. Auch aus diesem Grund ist Vernetzung als Aufgabe der Demenz Coaches unabdingbar. Problematisch bleibt, insbesondere wenn die Recovery-Orientierung von Angeboten konsequent umgesetzt wird, zudem der Umgang mit Menschen, welche aus der Aussenperspektive von einem Angebot profitieren könnten resp. dieses brauchen würden, das Angebot aber für sich selbst als nicht angemessen oder notwendig beurteilen. Auch in solchen Situationen jedoch hat ein sorgfältiges Coaching das Potenzial, zur Entwicklung gemeinsam getragener Lösungen für alle Involvierten beizutragen.

Zuletzt bleibt anzumerken, dass es wünschenswert wäre, ein Recovery-orientiertes Angebot umfassend unter Einbezug der Nutzenden, d. h. der MmD und ihrer Angehörigen, zu konzipieren, zu implementieren und zu evaluieren. Entsprechende Forschungsteilprojekte waren sowohl für die Entwicklung wie auch für die Implementierung geplant, konnten aber aufgrund hoher methodischer Komplexität und fehlender Finanzierungsbereitschaft für genuin partizipative Forschung bei Geldgebern nicht umgesetzt werden. Für die Entwicklung und Pilotierung des Trainings hat sich der gewählte multimethodische und ko-konstruktive Prozess der Kooperation zwischen einer Hochschule und einer Praxisorganisation unter Einbezug der jeweiligen Netzwerke und der anwendenden Fachpersonen und Organisationen bewährt. Es konnte ein anwendungsorientiertes Trainingsprogramm entwickelt und dokumentiert werden, das nicht nur bei Fachpersonen, sondern auch bei Organisationen Anstösse zu Versorgungsveränderungen geben konnte, die eine gewisse Nachhaltigkeit aufzuweisen scheinen. Für Forschung, welche die Auswirkungen solcher Versorgungsveränderungen auf die Betroffenen und die relevanten Versorgungskontexte adäquat und unter Einbezug der Perspektive von MmD erfassen kann, ist noch methodische Entwicklung und entsprechendes Umdenken bei Forschungsförderern gefragt.

Danksagung

Die Autorinnen danken Regula Blaser für ihre wertvolle Arbeit im Projekt, sowie Sabrina Gröble und Kathy Haas für deren sorgfältiges Gegenlesen und Kommentieren dieses Artikels.

Literatur

- Adams, T. (2010). *The applicability of a recovery approach to nursing people with dementia*. *International Journal of Nursing Studies*, 47, (5), 626-34.
- Alzheimer Schweiz (2019). *Alleinlebende Menschen mit Demenz*. Abgerufen von https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Alltag/alleinleben-demenz.pdf am 28.08.2020.
- Alzheimer Schweiz (2020). *Demenz in der Schweiz 2019. Zahlen und Fakten*. Abgerufen von https://www.alzheimer-schweiz.ch/fileadmin/dam/Alzheimer_Schweiz/de/Publikationen-Produkte/Zahlen-Fakten/Factsheet_DemenzCH_2019-update.pdf am 26.08.2020.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery - Das Ende der Unheilbarkeit*. 5. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Association Spitex privée Suisse (2017). *Nationale Demenzstrategie. Teilprojekt 3.2 „Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs“ 2014 – 2017. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: BAG.
- Bundesamt für Gesundheit [BAG] & Alzheimer Schweiz (2019). *Koordination der Versorgungsangebote bei Demenz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Abgerufen von https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie/koordination_demenz.pdf.download.pdf/BAG_Demenz_Koordination_Angebote_DE_WEB_191009.pdf am 16.11.2020.

- Bundesamt für Gesundheit [BAG] und Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] (2016). Nationale Demenzstrategie 2014-2017. Standortbestimmung 2016. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationale-demenzstrategie.html> am 31.08.2020.
- Barker, P. J., Buchanan-Barker, P., & Zuaboni, G. (2013). Das Gezeitenmodell: Der Kompass für eine recovery-orientierte, psychiatrische Pflege. Bern: Huber.
- Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien [Büro BASS] (2018). Schätzungen zur Anzahl Demenzbetroffener in der Spitex. Factsheet. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html> am 6.12.2020.
- Carpentier, N., & Grenier, A. (2012). Successful linkage between formal and informal care systems: the mobilization of outside help by caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Qual Health Res*, 22, (10), 1330-44.
- Cheffey, J., Hill, L., Roberts, G., & Marlow, R. (2013). Supporting self-management in early dementia: a contribution towards 'living well'? *Advances in Psychiatric Treatment*, 19, (5), 44-350.
- Daley, S., Newton, D., Slade, M., Murray, J., & Banerjee, S. (2013). Development of a framework for recovery in older people with mental disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 28, (5), 522-529.
- Der Bundesrat (2019). Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020 bis 2030. Bern: Bundesamt für Gesundheit. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html> am 6.12.2020.
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5. Auflage. Berlin: Springer.
- Feil, N., & de Klerk-Rubin, V. (2017). Validation. Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen. 11. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Fluder, R. et al. (2012). Ambulante Alterspflege und -betreuung. Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Bern: Seismo Verlag.
- Gavan, J. (2011). Exploring the usefulness of a recovery-based approach to dementia care nursing. *Contemporary Nurse*, 39, (2), 140-146.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2019). Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen. Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Grossfeld-Schmitz, M., et al. (2010). Counsellors contact dementia caregivers – predictors of utilisation in a longitudinal study. *BMC Geriatrics*, 10, 24.
- Hahn, S. (2021). Recovery-Ansatz und person-zentrierter Ansatz nach Kitwood. *Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie*, 7(3), 14-16.
- Hedinger, B., & Egger, B. (2015). Demenzkonzept Stadt Luzern. Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz und von Angehörigen im häuslichen Umfeld. Abgerufen von https://www.spitex-luzern.ch/application/files/4315/6559/2821/Konzept_39_-_Demenzkonzept.pdf am 31.12.2020.
- Hilse, T., Opielka, M., & Strumpfen, S. (2014). Koproduktion im Hilfesystem Demenz. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge*, 94, (9), 403-410.
- Irving, K., & Lakeman, R. (2010). Reconciling mental health recovery with screening and early intervention in dementia care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, (6), 402-408.
- Jha, A. et al. (2013). Effectiveness of a recovery-orientated psychiatric intervention package on the wellbeing of people with early dementia: a preliminary randomised controlled trial. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28, (6), 589-596.
- Kitwood, T. (2019). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (8. Aufl.). Bern: Hogrefe.
- Klie, T. (2014). Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Pattloch Verlag.
- Kurz, A., Freter, H.-J., Saxl, S., & Nickel, E. (2019). Demenz: Das Wichtigste: Ein kompakter Ratgeber. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
- Monsch, A. U. et al. (2012). Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzkranken in der Schweiz. *PRAXIS*, 101, (19), 1239-1249.
- Sermier, S., & Soom Ammann, E. (2020). Lebensqualität von Menschen mit Demenz fördern – Demenz Coaches in der Spitex. *NOVAcura*, 51, (1), 41-44.
- Smebye, K. L., Kirkevold, M., & Engedal, K. (2012). How do persons with dementia participate in decision making related to health and daily care? A multi-case study. *BMC Health Services Research*, 12, 241.
- Soom Ammann, E., & Blaser, R. (2019). MOCCA Schulungsevaluation Demenz Coach. Projektbericht zuhanden der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion GSI des Kantons Bern. Abgerufen von <https://www.bfh.ch/de/forschung/forschungsprojekte/2018-481-393-164/> am 16.4.2022.
- Swaffer, K. (2015). *Dementia and Prescribed Disengagement™*. Dementia, 14, (1): 3-6.
- Vögeli, S., Frei, I. A., & Spichiger, E. (2016). Erfahrungen Angehöriger mit der Betreuung von Menschen mit Demenz und zugehöriger Beratung. *Pflege*, 29, (2), 83-92.
- Whitlatch, C. J., Judge, K., Zarit, S. H., & Femia, E. (2006). Dyadic intervention for family caregivers and care receivers in early-stage dementia. *Gerontologist*, 46, (5), 688-94.