



Arbeit mit Angehörigen am Beispiel der Angehörigenschulung



Mag.^a Karin Zehetner
Klinische Psychologin (Gerontopsychologie) und Gesundheitspsychologin

Arbeit mit Angehörigen am Beispiel der Angehörigenschulung



Mag.^a Karin Zehetner
Klinische Psychologin (Gerontopsychologie) und Gesundheitspsychologin

Belastungserleben pflegender Angehöriger

bis zu 80% der Demenzkranken werden von Familienangehörigen gepflegt, durchschnittl. 37,5 Stunden pro Woche → enorme Belastung für die Familie

Angehörige pflegen oft jahrzehntelang

Frauen bes. für Belastung anfällig: höherer Stresslevel

Oft extreme psychische und körperliche Anstrengungen

Belastungen von Angehörigen

75 % psychisch (v.a. Depression)

23 % körperlich

18 % zeitlich

10 % finanziell

Pflege/Betreuung muss nicht persönlich von Angehörigen (in gerader Linie) geleistet werden, aber organisiert werden

Subjektiv empfundene Belastungen

- Psychische Belastungen
 - Trauerreaktion
 - Ohnmacht und Hilflosigkeit
 - Schuldgefühle
 - Kommunikationsstörungen als Auslöser
- Gefühle der Isolation
- Körperliche Anstrengung und Belastungen (fehlender Schlaf...)
- Belastung durch Rollenkonflikte
- Finanzielle Sorgen

(Sabine Engel, 2007)

Themen Angehöriger von Menschen mit Demenz – Erfahrungen aus der Praxis

- Verpflichtung und Verantwortung
- Wut und Ärger
- Schlechtes Gewissen, Schuldgefühle
- Vermutete Böswilligkeit
- Ängste und Sorgen
- Ohnmacht und Hilflosigkeit
- Isolation
- Enttäuschungen
- Persönlicher Verzicht
- Schlafentzug
- Frustration und Resignation
- Zeitdruck
- Abschied auf Raten, Trauer
- Veränderung der Persönlichkeit
- Zunehmend eingeschränkte Kommunikation

Demenz als Familienkrankheit

- Rollenwechsel
- Beziehungssystem gerät aus dem Gleichgewicht

Demenz in der Ehebeziehung

„man ist verheiratet und man ist es nicht“

Demenz ist auch als Krise der Ehe zu verstehen

Jahrzehntelanges Gleichgewicht wird gestört, Verlust der Ehe/Partnerbeziehung

Ziel: Paar- und Pflegebeziehung wahrzunehmen und zu unterscheiden

Demenz in der Eltern-Kind-Beziehung

Umkehrt der Machtverhältnisse

- Pflege eines demenzerkrankten Ehepartners größere Last als die eines Elternteils

Interventionsmöglichkeiten

Vergleich div. Interventionen: *Die Belastungen pflegender Angehöriger bei Demenz* A. Kurz, G. Wilz

Häufigste Interventionsziele: Verbesserung der Problemlösefähigkeit, Wissensvermittlung, Selbstfürsorge

→ Unterstützungsprogramme müssen individuell, intensiv, langdauernd, interdisziplinär und praxisnah sein

→ Interventionen sollten von einer Bestandsaufnahme der vorhandenen Probleme und Ressourcen ausgehen und diese bei der Planung der Therapiekomponentenberücksichtigen

→ Zur Bearbeitung von Problemlösefähigkeit, Beziehungswandel, Verlust und Trauer , dysfunktionale Einstellungen, Bewertungen und Selbstfürsorge eignet sich das Einzelformat.

→ Gruppenformat eignet sich besser für Wissensvermittlung, Erfahrungsaustausch, Ermutigung und Am-Modell-Lernen

→ Für den Erfolg der Interventionen sind praktische Übungen der Lösungsstrategien und Verhaltensänderungen in der unmittelbaren Lebensumgebung entscheidend.



Wirksamkeit

Im Rahmen der Interventionsstudie (Engel, S. 2007)

- Verbesserung der Kommunikation und der Beziehungsgestaltung durch den Angehörigen
- Verbesserung der Familienatmosphäre
- Reduktion der Belastung des Angehörigen
- Reduktion der depressiven Symptome des Angehörigen



Hintergrund

Ausgangspunkt für die Entwicklung dieses Schulungsprogramm sind die Ergebnisse einer Interventionsstudie (Engel, S. 2007) mit dem Hintergrund, dass es „im Laufe von Demenzerkrankungen oft zu einer Verschlechterung der Beziehungsqualität zwischen dem Erkrankten und dem versorgenden Angehörigen kommt. Diese trägt wesentlich zum Belastungsempfinden der Angehörigen bei und wird u.a. verursacht durch eine sehr kritische Haltung dem Erkrankten gegenüber und der eingeschränkten Fähigkeit der Angehörigen, einfühlsam mit dem Erkrankten zu kommunizieren.“ (Engel, S., 2007)



Entwicklung, Evaluation und Implementierung der Schulung

Ausgangslage

Hinweise aus der Forschungsliteratur:

Entstehen von Kommunikationsstörungen zwischen Demenzkranken und ihren Angehörigen aufgrund demenzieller Entwicklung

Kommunikationsstörungen sind eine zentrale Ursache für das Belastungsempfinden der pflegenden Angehörigen

(Done & Thomas, 2001); Wilz, Gunzelmann, Adler & Brähler (1998); Zsolnay-Wildgruber (1997)



Methodisches Vorgehen

Jede Kurseinheit hat ein festgelegtes Thema mit folgendem Ablauf:

- Jede Sitzung beginnt mit einem Gruppengespräch, dabei sollen die Erfahrungen der vergangenen Woche berichtet werden.
- In der zweiten Phase findet eine Schulungseinheit statt, in der die Gruppenleitung Wissen und Kenntnisse vermittelt.
- In der dritten Phase reflektieren die Teilnehmer und Teilnehmerinnen die Relevanz des behandelten Inhalts für die eigene Situation.



10 zweistündige Sitzungen, am besten wöchentlich

Idealerweise 7 Personen, maximal 10 Personen

nur Personen mit „eigener Betroffenheit“ („Gleichbetroffenheit“)

Vorgespräch vor der Aufnahme in die Gruppe

Inhalte:

- Demenzwissen

- Die Krankheit aus Sicht der Betroffenen

- Umgang mit dem Erkrankten

- Selbstreflexion der Angehörigen



Inhalte der 10 Sitzungen

1. Demenz – Einführung ins Thema
2. Auswirkungen der Demenz
3. Das subjektive Krankheitserleben der Betroffenen
4. Einfühlsame Kommunikation
5. Den Alltag leben
6. Krisen bewältigen
7. Die Belastungssituation der Angehörigen
8. Veränderungen unserer Beziehungen – Veränderungen meiner Rolle
9. Bewältigung von psychischen Druck - Was tun, um nicht auszubrennen?
10. Angenehme Aktivitäten



Ziele der Schulung

- Wissenserwerb
- Erwerb neuer Kompetenzen
- Erfahrungsaustausch, soziale Unterstützung
- Abbau von sozialer Isolierung
- Erwerb eines selbstsicheren Umgangs mit professionellem Personal
- gegenseitige Akzeptanz
- Erprobung neuer Bewältigungsstrategien
- eigene Stärken kennenlernen
- Ermutigung und Stärkung, Wohlbefinden



Gruppenmoderation

Haltung

die Expertise der Angehörigen anerkennen

(„Experten in eigener Sache“)

Nicht die Rolle derjenigen, „die es besser weiß“ einnehmen

Wertschätzender, offener, empathischer und respektvoller Umgang – auch mit „schwierigen“ Angehörigen („Menschen entwickeln sich grundsätzlich nur in wertschätzenden Beziehungen weiter“, C. Rogers)



Gruppenmoderation

Grundprinzipien

- aktiv zuhören, Gefühle wahrnehmen
- die Gruppe miteinbeziehen
- Redebeiträge würdigen
- auf die Selbsthilfekräfte und die „therapeutischen Wirkfaktoren der Gruppe“ bauen

Sitzung 1: „Demenz – Einführung ins Thema“

Die Teilnehmenden erkennen, dass

- Demenz eine schwerwiegende Erkrankung und kein „normaler Zustand“ eines älter werdenden Menschen ist
- Demenzformen sehr unterschiedlich verlaufen können
- es wichtig ist, die Demenzform des eigenen Angehörigen zu kennen
- eine umfassende Demenzdiagnostik wichtig ist und gegebenenfalls nachgeholt werden sollte

Sitzung 2. „Auswirkungen der Demenz“

Teilnehmenden verstehen,

- welche Wirkungsweise die Medikamente haben, die ihr Angehöriger bekommt
- dass veränderte Verhaltensweisen ihrer Angehörigen auf die Demenz zurückgeführt werden müssen und kaum mehr von den Betroffenen kontrolliert werden können („keine böse Absicht“)
- dass die Umwelt einen großen Einfluss auf die Fähigkeiten, die Aktivitäten und das Wohlbefinden der Betroffenen hat

Nicht nur die Gehirnerkrankung, sondern auch die Mitmenschen
und
die Persönlichkeit des Erkrankten haben einen Einfluss auf das
Leben
des Erkrankten

Sitzung 3. „Das subjektive Krankheitserleben der Betroffenen“

Die Teilnehmenden verstehen, dass

- Krankheitseinsicht bei Demenz keine Alles-oder-Nichts-Größe ist, sondern fluktuiert und von verschiedenen Faktoren abhängt
- im Zentrum des Erlebens der Betroffenen Verlusterleben und die Angst vor dem Verlust des Selbst stehen
- viele Betroffene ihre Angehörige schützen und ihnen nicht zur Last fallen wollen
- die soziale Umwelt durch besondere Haltungen dem Selbstverlust des Betroffenen entgegenwirken kann, und so ein gutes Leben trotz Demenz möglich ist



Selbsterleben des Demenzkranken

Krankheitseinsicht bei Menschen mit Demenz

kann gestört sein („Anosognosie“)

kann schwanken

hängt ab von Art der Schädigung des Gehirns, Schweregrad der Erkrankung, der jeweiligen Situation, dem Gesprächspartner, der Persönlichkeit des Betroffenen

Viele Menschen mit Demenz denken nicht, dass sie krank sind, aber

...viele spüren, dass etwas nicht stimmt nicht mit ihnen

...viele merken, dass sie sich verändert haben

...viele reagieren mit Traurigkeit, Angst und Depression auf diese Veränderungen

Ergebnisse der Interviewstudie (Engel, 2008)

Was berichten Betroffene?

- Ich kann keine Entscheidungen mehr fällen
- Ich brauche für alles jetzt so viel Zeit
- Ich muss ständig suchen, weil ich alles verlege
- Ich will etwas sagen und mir fehlen die Worte
- Ich hab Angst, ich könnte mich verlaufen
- Ich wünsche mir, dass
 - meine Familie mich nicht verlässt
 - ich meine Würde nicht verliere
 - andere für mich Verständnis haben
 - mein Angehöriger mich bis zum Schluss begleitet
 - ich meine **Identität** nicht verliere

3 „Gefühlswelten“ von Menschen mit Demenz

Leichte Demenz: Erfolglosigkeit

•→ Kompetenzorientierte Umwelt

Mittelschwere Demenz: Ziellosigkeit

•→ Gewohnte, sichere Umgebung

Schwere Demenz: Schutzlosigkeit

•→ Schutz

Wenn die Umwelt sich der jeweiligen Gefühlswelt anpasst, kann ein Mensch mit Demenz in jeder Phase ein zufriedenes Leben führen!

Welche Haltungen der sozialen Umwelt stärken einen Menschen mit Demenz?

Einfühlung

sich auf die Bedürfnisse des anderen zu konzentrieren

Kompetenzorientierung

sich auf die Kompetenzen des anderen konzentrieren

Personen- Zentrierung

die Identität des anderen stärken

- Die Person respektieren mit ihrer Realität und ihren Gefühlen
- Ihre Erfolge anerkennen
- Eine Atmosphäre schaffen, die ihr Halt und Sicherheit bietet
- Sie die Dinge tun lassen, die sie kann
- Bei Bedarf Unterstützung geben
- Ihr Raum für Kreativität und Beschäftigung lassen

(abgewandelt nach Tom Kitwood)

Person-zentrierter Ansatz

Tom Kitwood stellt die **Einzigartigkeit der Person** in den Mittelpunkt.

Hier steht nicht die Demenz als Krankheit, sondern die Person mit Demenz im Mittelpunkt. Als Basis seiner Überlegungen nahm Kitwood die von Carl Rogers entwickelte klientenzentrierte Gesprächstherapie. Im Zentrum steht das Konzept der Empathie, das verstehende Zuhören, das die Gefühle des Anderen nachvollzieht, ohne sie zu übernehmen

Der Erhalt und die Stärkung des Personseins ist sein oberstes Ziel in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Eine person-zentrierte Pflege kann den Prozess einer Demenzerkrankung positiv beeinflussen kann (Kitwood, T. 2000).

Sitzung 4: „Einfühlsame Kommunikation“

Die Teilnehmenden verstehen, dass

- Menschen mit Demenz dieselben Bedürfnisse haben wie Menschen ohne Demenz, jedoch nicht mehr in der Lage sind, diese Bedürfnisse zu erkennen und sich um deren Befriedigung zu kümmern
- einfühlsam zu kommunizieren bedeutet, eine besondere Haltung einzunehmen, nicht spontan zu reagieren, auf das Bedürfnis des Kranken zu reagieren, weniger auf seine Worte

Wie kann man die Hintergründe des Verhaltens eines Menschen mit Demenz nachvollziehen ?

Einfühlung → sich auf die Bedürfnisse des Anderen konzentrieren

Welche Bedürfnisse verbergen sich hinter einem bestimmten Verhalten?

Grundbedürfnisse des Menschen:

Körperliche Bedürfnisse

Sicherheitsbedürfnis

Soziale Bedürfnisse

Geltungsbedürfnisse

Selbstverwirklichungsbedürfnisse

Alleine können Betroffene ihre Bedürfnisse oft nicht mehr erfüllen



Einfühlsame Kommunikation

Einfühlsame Kommunikation bedeutet die **Welt des Kranken** zu betreten, seine Äußerungen und Handlungen mit seinen Augen zu sehen und anzunehmen, und in seiner Innenwelt den Grund seines Verhaltens zu erkennen. Einfühlsame Kommunikation beruht auf dem Prinzip des aktiven Zuhörens.

Die Voraussetzung der einfühlsamen Kommunikation ist das grundsätzliche Akzeptieren der Weltsicht des Menschen mit Demenz. Dadurch kann der Kontakt aufrechterhalten und verbessert werden.

1. Das **Bedürfnis** „dahinter“ erkennen

Das Erkennen eines des tiefer liegenden hinter einer zunächst unverständlichen Äußerung oder Handlung ist der erste Schritt der einfühlsamen Kommunikation.

2. Das Bedürfnis befriedigen

Voraussetzungen, um einfühlsam kommunizieren zu können

- Akzeptanz
 - der Krankheit
 - der Einseitigkeit der Beziehung
 - des Bedürfnisses des Anderen
- Das Ziel vor Augen vor Augen haben: die Beziehung aufrecht zu erhalten
- Loslassen können, Abschied von der früheren Situation/Person
- Bereitschaft, eigenes Verhalten zu ändern
- Emotionale Distanzierung, sich nicht angegriffen fühlen
- Übernahme der alleinigen Verantwortung für die Beziehungsgestaltung
- Einfühlung, Phantasie – manchmal auch Humor
- Geduld, innere Gelassenheit

Person-zentrierter Ansatz

Aufwertender Umgang nach Kitwood

- Wärme geben
- Sicherheit, Geborgenheit geben
- Entspanntes Tempo wählen
- Mit Respekt anerkennen
- Mit positiver Einstellung
- Anerkennen, bestärken
- Ihre Wirklichkeit anerkennen
- Sie bestätigen, ihre Fähigkeiten zu nützen
- Benötigte Hilfen bereitstellen
- Sie beteiligen, soweit es geht
- Sie einbeziehen
- Spaß ermöglichen, auf Humor reagieren

5. „Den Alltag leben“

Die Teilnehmenden verstehen, dass

- Menschen mit Demenz sehr viele Routinen in ihrem Alltagsleben brauchen, um eine **Stärkung ihres Selbst** zu erleben
- Beschäftigungsformen, die Erfolgserlebnisse vermitteln und Spaß machen, ihr Selbst stärken.
- dass Beschäftigungsformen, die überfordern und Defizite vor Augen führen, das Selbst schwächen können
- „schwierige“ Verhaltensweisen oft eine Vorgeschichte haben und nicht selten von den Reaktionen der Umwelt bestärkt werden
- sie lernen sollten, „pragmatische Lösungen“ zu finden

Sitzung 6: „Krisen bewältigen“

Die Teilnehmenden verstehen,

- dass ein Krankenhausaufenthalt eines Menschen mit Demenz nicht selten zu akuten Verwirrtheitszuständen des Betroffenen führt, und er daher intensive Betreuung braucht
- wie sie vorsorgen können, um Krisen zu vermeiden, wenn sie selbst oder der Betroffene ins Krankenhaus muss
- dass sie sich mit dem Thema „Vorsorge“ auseinandersetzen, mit dem Betroffenen über seine Wünsche und Vorstellungen reden und gemeinsam entsprechende Verfügungen erstellen sollten

Sitzung 7: „Die Belastungssituation der Angehörigen“

Die Teilnehmenden

- gelangen durch die Schilderung der Belastungssituation anderer Angehöriger zu einer Selbstklärung und erkennen sich in bestimmten Aspekten dieser Schilderung wieder
- überlegen, welche Ursachen und Bedingungen ihre persönliche Belastungssituation hat
- verstehen, dass einiger dieser Ursachen und Bedingungen modifizierbar sind – aber ein Ursachenkomplex nicht: die Veränderungen, die durch die Krankheitssymptome der Demenz hervorgerufen werden

Belastungssituation der Angehörigen

„alleine gelassen“

- Der Kontakt zu dem Menschen mit Demenz wird immer „ärmer“
- Freunde und Bekannte kommen selten oder gar nicht mehr
- Andere Angehörige leugnen die Krankheit bzw. die Schwere der Symptome
- Bekannte, Freunde, Nachbarn, Verwandte erkennen den Verlust nicht an
-

„mit Schuldgefühl“

- Weil der eigene Geduldsfaden trotz „guter Vorsätze“ immer wieder reißt
- Weil man den Demenzkranken manchmal als Belastung empfindet
- Weil man manchmal lieber eigene Bedürfnisse erfüllen möchte, als für den Demenzkranken zu sorgen
-

Belastungssituation der Angehörigen

„belastet“

- durch die Übernahme von Aufgaben, die der Betroffene nicht mehr ausüben kann
- durch das Gefühl, immer angebunden zu sein
- durch fehlende Ansprache
- durch die Verhaltensauffälligkeiten des Demenzkranken
- ...

„hin und her gerissen“

- zwischen der Welt des Kranken und der eigenen Welt
- zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Kranken und fürsorglicher Autorität
- ...



Belastungssituation der Angehörigen

„In Trauer“

- um einen nahe stehenden Menschen, der sich durch die Demenzerkrankung stetig verändert
- um die gemeinsamen Zukunftspläne, die vielleicht nicht mehr zu verwirklichen sind
- um die eigenen Wünsche und Bedürfnisse, die vielleicht nicht mehr erfüllt werden können
- um die Beziehung, die nicht mehr ist, wie sie einmal war
-

In Trauer

Uneindeutiger Verlust

Uneindeutiger Verlust (*ambiguos lost*): Verlust, der nicht eindeutig ist und nicht abgeschlossen werden kann (Boss, 2000)

„...der uneindeutige Verlust ist die zermürbendste Art von Verlust

...kann nicht aufgelöst werden

...die fortbestehende Ambiguität blockiert die kognitive Verarbeitung des Verlusts

...und sie bringt den Trauerprozess zum Stillstand“ (Boss, 2000)

Bei Demenz: Verlust eines Angehörigen, der zwar körperlich anwesend ist, dessen Geist und Persönlichkeit aber allmählich schwindet.

In Trauer

Uneindeutiger Verlust

„Damit die mit einem uneindeutigen Verlust verbundene Ambivalenz als etwas Normales angesehen werden kann, müssen die Klienten darin unterstützt werden, sich ihre widersprüchlichen Gefühle bewusst zu machen. Ambivalenz an sich ist nichts Pathologisches, doch kann die Unfähigkeit, damit umzugehen, Resilienz zerstören und pathologisch werden...“ (Boss, 2006)

Uneindeutigkeit sollte man nicht versuchen zu beseitigen (da sie sich meistens nicht beseitigen lässt), sondern lernen, sie zu akzeptieren und aus ihr Stärke zu beziehen.

„Resilienz heißt mit unbeantworteten Fragen zu leben“ (Boss, 2006)

In Trauer

Die besondere Trauer

Antizipierte Trauer (Rando, 1986)

Der schrittweise „Tod“ des Gedächtnisses und die Identität eines geliebten Menschen bringt eine einzigartige Form von Trauer mit sich, die mit Verlusten assoziiert ist, die dem körperlichen Tod vorausgehen.

Entrechtete Trauer (Doka, 2008)

Fehlen von sozialer Anerkennung

Für pflegende Angehörige entsteht Belastung, wenn die Menschen in ihrer Umgebung ihren Verlust und ihre Trauer nicht anerkennen. Sie fühlen sich isoliert und hilflos.

In Trauer

Die besondere Trauer

Verborgene Trauer (Dempsey & Baago, 1998)

Die Angehörigen scheinen nicht zu merken, dass sie trauern. Gefühle wie Ärger, Schuld, Angst und Hilflosigkeit werden eher als Reaktion auf die Pflege und nicht als Reaktion auf den Verlust gedeutet.

Chronische Trauer (Lindgren, Conelly und Gaspar, 1999)

Stetig hinzukommende und neu zu betrauernde Verluste sowie die Erinnerung an vorherige Verluste führen zu einer sich hinziehenden Trauerreaktion.

Sitzung 8: „Veränderungen unserer Beziehung – Veränderungen meiner Rolle“

Die Teilnehmenden

- reflektieren die Qualität ihrer früheren Beziehung und der Veränderungen, und erkennen, welche Beziehungsstörungen schon lange existieren und welche erst durch die Demenz auftraten
- reflektieren, welche Auswirkungen die Demenz auf ihre eigene Rolle hat
- erkennen, dass Demenz einen großen Einfluss auf das Fühlen hat
- setzen sich mit der Methode des kognitiven Umstrukturierens auseinander und wenden sie auf die eigene Situation an

Veränderungen der Rolle des Angehörigen seit der Demenz

Was Angehörige von Menschen mit Demenz lernen sollten

- Akzeptieren: die Krankheit, die Einschränkungen, das Ungleichgewicht der Beziehung, die eigene Trauer
- Ihre Haltung anpassen: sich auf die Fähigkeit des Betroffenen konzentrieren und nicht auf die Defizite, sich in sie/ihm einfühlen
- Einfühlsam kommunizieren
- Hilfreiche Lösungen suchen – nicht diskutieren
- Ihre Bedürfnisse erkennen, sich auch um sich selbst kümmern
- Selbstwertgefühl, auch wenn die/der Betroffene Kritik äußert
- Sich kümmern, dabei auch manchmal streng sein können („fürsorgliche Autorität“)
- Eigene Gedanken „lenken“ können: weg vom Negativen zum Positiven lenken können

Sitzung 9. „Bewältigung von psychischem Druck: Was tun, um nicht auszubrennen?“

Die Teilnehmenden

- erkennen, dass sie zu einer Risikogruppe gehören, sie ein erhöhtes Risiko hat, ein Burnout-Syndrom und eine depressive Störung zu entwickeln
- verstehen, dass es in ihrer Macht liegt, Burnout-Prophylaxe zu betreiben
- reflektieren ihr eigenes Bedürfnisbefriedigungs-Defizit und überlegen, welche Defizite sie reduzieren können und was dieser Reduktion im Wege steht.

Sitzung 10: „Angenehme Aktivitäten“

Die Teilnehmenden

- erkennen, dass auch angenehme Aktivitäten eine Methode der Burnout-Prophylaxe darstellen
- erkennen möglicherweise eigene Defizite im Bereich „angenehme Aktivitäten“
- reflektieren über ihre Motive, die sie davon abhalten, Entlastungsangebote in Anspruch zu nehmen
- werden durch den Austausch in der Gruppe angeregt, sich für eine Veränderung zu öffnen

Entlastungsmöglichkeiten

Frühzeitig externe Hilfen in Anspruch nehmen ist genauso wichtig wie die Früherkennung der Demenzerkrankung!

- **Alterspsychiatrische Beratungsstelle:** psychometrische Abklärung der Betroffenen, (Angehörigen-) Beratungen zu pflegerischen, sozialarbeiterischen, psychologischen, medizinischen und rechtlichen Themen (bei Bedarf Hausbesuche möglich), Entlastungsgespräche
- **STUBE:** Stundenweise Betreuung zur Entlastung von Angehörigen alterspsychiatrisch erkrankter Menschen
- **Vereinsinterne Gruppenangebote:** Angehörigengruppe, Gruppe Lebenserfahrener, NADA-Gruppe (Ohrakupunktur/-akupressur)
- **Externe Gruppenangebote:** Gruppe „Du bist da und doch so fern“, SALZ – Gesprächsrunden von und für Angehörige, LIMA – Lebensqualität im Alter, Trauergruppen der katholischen Stadtkirche Graz / Heilandskirche

Entlastungsmöglichkeiten

- selbstständige PsychotherapeutInnen
- selbstständige PsychologInnen
- ehrenamtliche Angebote: PIA Partner im Alter (GFSG), Sozialbegleitung (pro humanis), Lesepaten und Bücherboten der Stadtbibliothek
- Tageszentren für ältere Menschen und Menschen mit Demenz
- Hauskrankenpflege der Bezirke / private Anbieter
- freiberufliche **Altenfachbetreuung** (stundenweise)
- **Essenszustelldienste / Notrufarmband / Herd-Sicherheit**
- **Kurzzeitpflege** (z.B. für Urlaube bzw. Operationen)
- **MAS Alzheimerurlaub für Paare** in Bad Ischl (4-Sterne Hotel)
- **24-Stunden-Betreuung**
- **Pflegedrehscheibe / Seniorenhandbuch / Seniorenbüro**