

DIALOGZENTRUM DEMENZ

Transfer – Wissenschaft – Praxis



Tagung am 16. April 2007 im großen Hörsaal der
Priv. Universität Witten/Herdecke gGmbH

Tagung: Praxis-Theorie Transfer

DIALOGZENTRUM DEMENZ • TRANSFER – WISSENSCHAFT - PRAXIS

Tagungsband 16.04.2007

© Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut f. Pflegewissenschaft, Dialogzentrum Demenz

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Telefon +49 (2303) 926306 • Fax +49 (2302) 926310

Inhaltsverzeichnis

1. Tagungsprogramm	4
2. Einleitung	5
3. Arbeit und Ziele des Dialogzentrums Demenz	9
4. Kurzbeschreibung des Dialogprozesses	12
5. Dr. Luitgard Franke: Demenz in der Ehe	16
6. Detlef Rüsing: Qualität von Beratung/ „Gelungene Beratung“	29
7. Christine Riesner: Zugang zu Serviceleistungen bei Demenz	38
8. Christian Müller-Hergl: Implementierung	43

1. Tagungsprogramm

- 13.00-13.15** **Begrüßung Universität Witten/Herdecke**
Fr. Prof. Christel Bienstein (Leitung des Institut f.
Pflegewissenschaft, Priv. Universität Witten/Herdecke gGmbH)
- 13.15-13.30** **Grußwort Ministerium für Arbeit, Gesundheit und
Soziales NRW**
Hr. Hans Braun
- 13.30-13.45** **Kurzbeschreibung des Dialogprozesses**
Hr. Detlef Rüsing (DZD)
- 13.45-14.15** **Demenz in der Ehe - über die verwirrende
Gleichzeitigkeit von Ehe und Pflegebeziehung**
Dr. Luitgard Franke, Fachhochschule Nordhausen
- 14.15-14.45** **Gelungene Beratung bei Demenz
Ergebnisse Praxis-Theorie-Transfer: Forschungsfragen
Hr. Detlef Rüsing (DZD)**
- 14.45-15.15** **Pause**
- 15.15-15.45** **Zugang zu Serviceleistungen bei Demenz
Ergebnisse Praxis-Theorie-Transfer
Forschungsfragen
Fr. Christine Riesner (DZD)**
- 15.45-16.15** **Implementierung von Angeboten
Ergebnisse Praxis-Theorie-Transfer: Forschungsfragen
Hr. Christian Müller-Hergl (DZD)**
- 16.15-17.00** **Ausblick**

2. Einleitung

Liebe Teilnehmer und Interessierte,

im Sommer 2005 wurde das Dialogzentrum Demenz am Institut für Pflegewissenschaft an der Privaten Universität Witten/Herdecke eingerichtet. Die Initiative zur Gründung des Zentrums ging aus einer Vorbereitungsgruppe für die Landesinitiative Demenz NRW hervor. Die Vorbereitungsgruppe gelangt zu der Auffassung, dass die Wissensfragen der Praktiker selbst nicht immer Beachtung in der Forschung finden. Für viele wichtige Interventionen im Arbeitsfeld Demenz gibt es wenig evidenzbasiertes Wissen. Demnach hat das Dialogzentrum Demenz (DZD) die Aufgabe,

1. wissenschaftliche Erkenntnisse aus Versorgungs- und Pflegeforschung zu identifizieren und der Praxis, insbesondere der Pflegepraxis zur Verfügung zu stellen, und
2. den Wissensbedarf der Pflegepraktiker zu identifizieren und als Anregung an die Wissenschaft (Versorgungs- und Pflegeforschung) weiterzugeben.

Insgesamt ist es unser Ziel, den Dialog zwischen Praxis und Forschung zu befördern und evidenzbasierte Praxis durch praxisbasierte Evidenz zu ergänzen. Das Dialogzentrum versteht seine Arbeit dahingehend, dass praktisch Pflegende und Forschende voneinander lernen, sich auf die Wirklichkeit und Sprache der je anderen einlassen und sich einem gemeinsamen Auftrag verbunden fühlen. In diesem Zusammenhang versucht das DZD, themenbezogenen Austausch und Zusammenarbeit zu ermöglichen. Die Konzeption des DZD können Sie unserer Homepage unter dem Stichwort „Profil“ einsehen (www.dialogzentrum-demenz.de). Das DZD ist Teil der Landesinitiative Demenzservice NRW (www.demenz-service-nrw.de).

Um einen Dialog zwischen Versorgungsforschung und Praxis zu initiieren bedarf es gemeinsamer Anliegen. Die gilt es zu finden und aufzuzeigen. Schon bevor das DZD seine Arbeit aufnahm luden wir Forschende aus NRW ein, über den Stand ihrer Projekte zu berichten (siehe dazu den Tagungsband: Demenzforschung in NRW und Praxisanforderungen unter www.demenz-service-nrw.de unter Veröffentlichungen).

In einem zweiten Schritt entwickelten wir Fragebögen für Praktiker um zu erfahren, welche Themen und Probleme aus deren Sicht vorliegen. Hierbei bildeten Praktiker aus der Landesinitiative Demenz NRW die primäre Zielgruppe. Wie schon erwartet gab es keine unmittelbare Gleichheit und Gleichzeitigkeit der Fragen und Themen zwischen Praxis und Forschung.

Die Auswertung des Fragebogens ergab fünf Themenbereiche:

- Einschätzungsinstrumente zum Themenfeld Demenz
- Herausforderndes/Problematisches Verhalten
- Barrieren zu Angeboten und zur Beratung
- Qualität von Beratung
- Implementierung von Angeboten/Interventionen.

Zum Thema Assessment wurde eine Literaturrecherche erstellt, die unserer web-site zu entnehmen ist. Das Thema „Herausforderndes Verhalten“ wurde zeitgleich im Kontext der Entwicklung der „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe“(Forschungsbericht 007 BMG) erarbeitet, an der die MitarbeiterInnen des Dialogzentrums Demenz beteiligt waren (Download oder Bestellung auf den Seiten des Bundesgesundheitsministeriums). Zu den verbleibenden drei Themen wurden Literaturrecherchen erstellt und Pflegenden sowie Forschenden im Rahmen von Workshops vorgestellt. Die Anregungen der Forschenden und Praktiker wurden zusammengestellt um am 16.04.2007 zusammen mit den Rechercheergebnissen der Fachöffentlichkeit an der Universität Witten/Herdecke präsentiert. Die Power-Points dieser Tagung sowie die dieser Tagung zugrunde liegenden Dokumente können Sie dem vorliegenden Tagungsband entnehmen.

Im Feld der Einschätzungsinstrumente ist zu beobachten, dass im Feld der Pflege und Versorgung viele einzelne Instrumente zu finden sind, die primär für Forschungszwecke entwickelt wurden und die Möglichkeiten der Praktiker oft wenig berücksichtigen. Zudem sind letztere mit einer Fülle von Einzelbefunden konfrontiert, ohne eine Hilfestellung zu erfahren, diese Befunde in einem zusammenhängenden und handlungsleitenden Profil zu integrieren. Hier wird die Notwendigkeit eines

eigenständigen pflegerischen Assessmentinstrumentes für Pflegende im Arbeitsfeld Demenz überdeutlich.

So gibt es auch im Rahmen von Studien zu verändertem, herausforderndem Verhalten von Menschen mit Demenz eine Fülle von Skalen und Erhebungsinstrumenten. Immerhin ermöglichen diese, Qualität und Quantität der damit einhergehenden Phänomene differenziert zu beschreiben. In den meisten Skalen wird aber Verhalten nicht umfassend, sondern nur sehr restriktiv und „störungsorientiert“ erfasst. Sehr viel nüchterner fällt der Befund zum Wissen über Interventionsmöglichkeiten aus: Für die meisten nicht-pharmakologischen Interventionen liegen nur dürftige Evidenzen vor. Die heterogene Natur der Demenzen und ihre hochindividuellen Ausprägungen machen allgemeingültige Aussagen zu Vorgehensweisen schwierig.

Nicht immer aber ist das Thema der richtigen Intervention die wichtigste Frage: in vielen Fällen haben Praktiker auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen individuelle Lösungswege gefunden. Das Problem besteht eher darin, diese Lösungswege einzuführen, verbindlich zu machen, umzusetzen. Leider gibt es im Arbeitsfeld Demenz nur wenige Studien, welche die Erfolgs- und Misserfolgskriterien für Implementierung aufzeigen. Immerhin lässt sich aus der bisherigen Forschung ableiten, dass „lineare“ Systeme von Projektmanagement wenig vielversprechend sind: Methoden der „adaptiven Implementierung“, die die notwendigen Um- und Seitenwege während der Implementierung bewusst mitgehen, haben sich in vielen Implementierungsprozessen bewährt.

In vielen internationalen und nationalen Studien wird die zurückhaltende Nutzung niedrigschwelliger Hilfen wie z.B. Beratungsangebote für pflegende Angehörigen untersucht. Immer noch ist es schambesetzt, sich als Familie darzustellen, in der ein Mensch mit Demenz lebt. Aber auch die mangelhafte Vernetzung von Angeboten, insbesondere die von Hausärzten und niedrigschwelligen Hilfen, stellen eine Herausforderung dar. Die Ausarbeitung zu Barrieren informieren die vielfältigen Bemühungen im Rahmen der Landesinitiative, Angehörigen und Menschen mit Demenz möglichst früh unterstützende Angebote anzubieten.

Finden pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz Zugang zu beratenden Angeboten, stellt sich die Frage, woran die Qualität solcher Angebote zu messen ist. Welche Ausbildung brauchen Beraterinnen, wie ist der Beratungsauftrag zu

verstehen, ist die „Kundenzufriedenheit“ wichtiges Merkmal dieser Beratung? Was gilt es, in der Beratung von Menschen mit Demenz selbst zu berücksichtigen? Aus der Forschung wissen wir, dass pflegende Angehörige konkrete, lösungsorientierte Beratung wünschen und eine sowohl fachkundige wie psychosozial stabilisierende Beratung schätzen. Eine reine entlastungsorientierte Beratung reicht nicht aus.

In diesem Themenkreis fügt sich der Beitrag von Frau Dr. Franke ein: In ihrer Forschung untersuchte sie die Frage, welche Themen in der Beratung von pflegenden Ehepartnern von Menschen mit Demenz im Vordergrund stehen. Ihre Ergebnisse knüpfen sehr gut an die internationale Forschung (Keady, Adams) an: im Mittelpunkt steht der Erhalt der Beziehung. Pflegende Angehörige geraten in einen unauflösbaren Rollenkonflikt, innerhalb dessen sie aber an der Ehe und den damit verbundenen Lebensprojekten festhalten. Eben dort muss Beratung ansetzen.

Unser Vorgehen orientiert sich an dem Konzept der Wissenskreation: es bedarf vielfältiger Plattformen für einen geregelten Dialog zwischen Praktikern und Forschenden, um Wissen zu erzeugen, das für Praktiker tatsächlich nutzbar ist. Vorliegender Zyklus ist ein erster Versuch in diese Richtung. An Ihrer Rückmeldung zu dem Gesamtprozess, den Inhalten und den Prozessschritten, ist uns daher sehr gelegen.

Das Dialogzentrum Demenz nimmt nun den zweiten Zyklus in Angriff. Dabei sind unsere Zielgruppen Professionelle aus den Bereichen Krankenhaus, stationäre Altenhilfe, Tagespflege und häusliche Pflege. Mit Ergebnissen ist bis zum Frühjahr 2008 zu rechnen. Schauen Sie auf unsere web-site bezüglich der nächsten Termine.

Nun wünschen wir Ihnen eine spannende Lektüre

Ihr Dialogzentrum Demenz

Kathrin Herder

Christian Müller-Hergl

Detlef Rüsing



Christine Riesner

3. Arbeit und Ziele des Dialogzentrums Demenz




Tagung Theorie-Praxis-Transfer

16. April 2007
Herzlich Willkommen
 Dialogzentrum Demenz

Ablauf

1. Grußworte
2. Arbeit u. Ziele des DZD
3. Kurzbeschreibung des Dialogprozesses
4. „Demenz“ in der Ehe – Dr. Luitgard Franke
5. Ergebnisse Praxis-Theorie-Transfer und Forschungsfragen
 - Qualität von Beratung/Gelingende Beratung
6. Pause (ca. 14.45 – 15.15 Uhr)
 - Zugang zu Serviceleistungen bei Demenz
 - Implementierung von Angeboten
7. Ausblick

Dialogzentrum Demenz





Dialogzentrum Demenz (DZD)

Transfer – Wissenschaft - Praxis

Auftrag

Ziele

Wege




Landesinitiative Demenz Service NRW

<http://www.demenz-service-nrw.de>

- Koordinierungsstelle – Kuratorium Dt. Altershilfe (KDA)
- Demenzservicezentren
- Wohnberatungsstellen
- Modellprojekte
- Niedrigschwellige Hilfe- und Betreuungsangebote
- Ehrenamtliches Engagement
- Wissenschaftliche Begleitung – Institut f. Sozial- und Kulturforschung (ISK)
- **Dialogzentrum Demenz**



Dialogzentrum Demenz




Dialogzentrum Demenz

- Baustein der Landesinitiative Demenz Service NRW
- Finanziert durch das Land NRW
- Angegliedert an das Institut f. Pflegewissenschaft der medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke
- Vorläufige Laufzeit: Juli 2005 – April 2008

Dialogzentrum Demenz

Dialogzentrum Demenz

Transfer – Wissenschaft - Praxis

Auftrag

- Identifikation des Wissensbedarfs der Praktiker in der Versorgung Demenzerkrankter
- Transfer wissenschaftlicher Erkenntnisse an die Praktiker
- Formulierung des Wissensbedarfes an die Forschung

Ziel

- Vorbereitung und Erstellung eines dauerhaften Dialoges zwischen Praxis und Forschung

Wege

- Befragungen der Praxis
- Recherche und Transfer des Wissensstandes in die Praxis
- Identifikation von Schulungsbedarf und/oder Forschungsfragen
- Dialog: Praxis - Forschung

Dialogzentrum Demenz

4. Kurzbeschreibung des Dialogprozesses

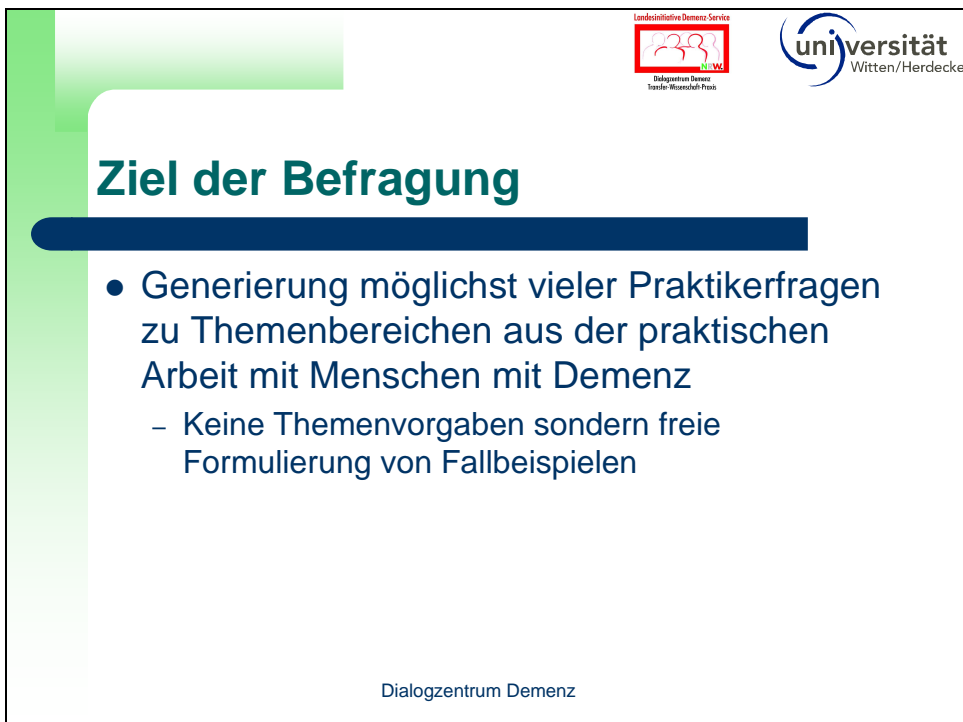


Landesinitiative Demenz Service
Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

universität
Witten/Herdecke

Befragungszyklus

Dialogzentrum Demenz



Landesinitiative Demenz Service
Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

universität
Witten/Herdecke

Ziel der Befragung

- Generierung möglichst vieler Praktikerfragen zu Themenbereichen aus der praktischen Arbeit mit Menschen mit Demenz
 - Keine Themenvorgaben sondern freie Formulierung von Fallbeispielen

Dialogzentrum Demenz

Versendung und Rücklauf der Fragebögen

- Versendung von insgesamt 136 Fragebögen im Zeitraum November 05 - Januar 06
- $\frac{3}{4}$ der Fragebögen erhielten Institutionen mit einem Beratungsauftrag bzw. Anbieter von niederschweligen Angeboten
- Mehrheitlich Versendung an kooperierende Institutionen der Landesinitiative Demenz Service NRW
- Rücklauf von 46 Fragebögen bis Ende Februar (entspricht ca. 34%)
- Themenschwerpunkt: Beratung

Dialogzentrum Demenz

Auswertung der Fragebögen

- Zuordnung der Fragen/Themengebiete zu Oberbegriffen wie Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz, Öffentlichkeitsarbeit, Erreichbarkeit von potentiellen Klienten



Dialogzentrum Demenz



Themenliste

- Erreichbarkeit von Klienten
- Angebotsstruktur
- Angehörigenarbeit
- Beratungsprozess
- Einschätzungsinstrumente
- Umgang mit Verhaltensweisen
- Implementierung von Angeboten
- Diagnostik und Therapie
- Finanzierungsfragen

Dialogzentrum Demenz

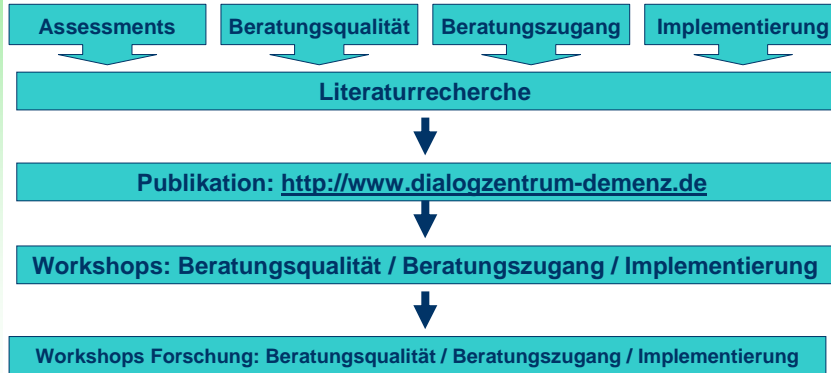


Themenauswahl

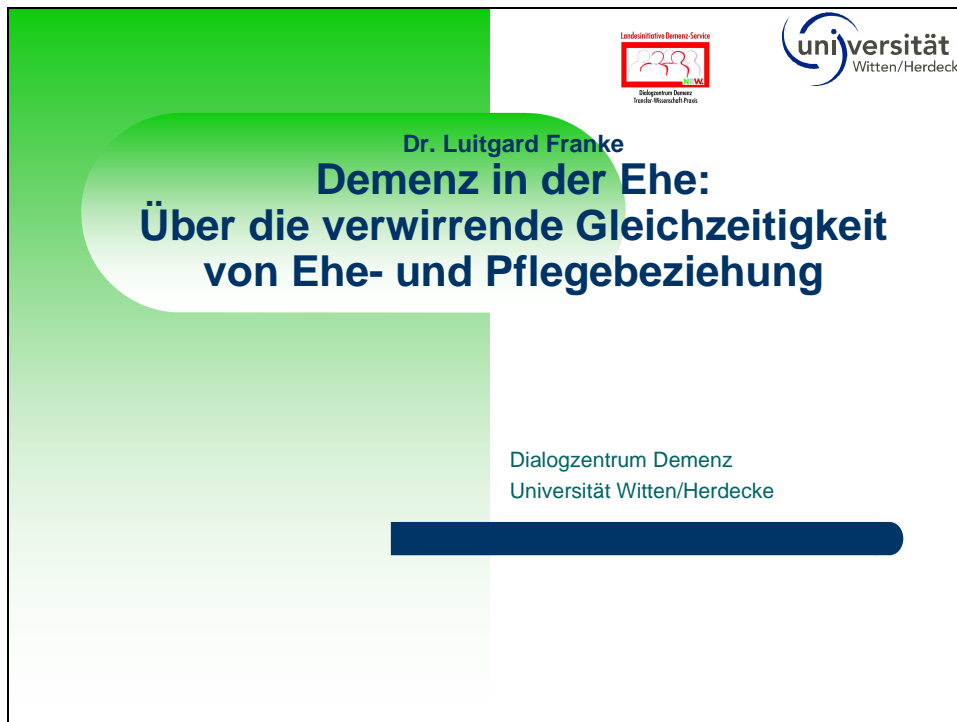
- Gelingende Beratung
- Zugang zu spezialisierten Beratungsangeboten
- Implementierung von Angeboten
- Einschätzungsinstrumente
- Umgang mit Verhaltensweisen

Dialogzentrum Demenz

Auswertung und Dialogfortschritt



5. Dr. Luitgard Franke: Demenz in der Ehe



Demenz in der Ehe

Die verwirrende Gleichzeitigkeit von Ehe- und Pflegebeziehung

Luitgard Franke

Sie sind eine echte Herausforderung für Berater und Behandler: Die Partner und Partnerinnen von Demenzkranken gelten als stark belastet durch die häusliche Pflege und gleichzeitig als ausgesprochen zurückhaltend gegenüber Unterstützungsangeboten (vgl. Murray & Livingstone 1998; O'Connor 1999). Ich berichte in diesem Beitrag aus einer Untersuchung, mit der ich den Besonderheiten in der psychosozialen Beratung für Ehepartner und -partnerinnen von Demenzpatienten nachgegangen bin.

1 Studiendesign

Der Untersuchungsort: Angehörigenberatungsstelle im Gerontopsychiatrischen Zentrum des Alexianer Krankenhauses Münster. Forschungsansatz: qualitativ,

Grounded Theory (vgl. Glaser & Strauss 1998; Strauss & Corbin 1996; Strauss 1998). Stichprobe: 18 Beratungsfälle, darunter 6 Beratungen für Ehemänner und 12 für Ehefrauen von Demenzpatienten. In 12 Fällen sind Protokolle aus Erstberatungen ausgewertet worden, in 6 Fällen die in der Beratungsstelle geführten Akten von lang andauernden Beratungsprozessen (2-8 Jahre).

2 Fragestellungen

Die Untersuchung hatte eine Erkundung des Feldes der Beratung von Partnern bzw. Partnerinnen Demenzkranker zum Ziel. Dabei sollte die Breitendimension des Feldes erfasst werden anhand der Frage, welche typischen Fälle es gibt und welche Sonderfälle auftauchen. Die Tiefendimension des Feldes sollte mit der Frage nach den Themen ausgelotet werden, die in den Beratungsgesprächen erörtert wurden. Im Rahmen des heutigen Beitrages werde ich Ihnen nun Ergebnisse zu dieser letzten Frage, der Tiefendimension, vorstellen.

3 Ergebnisse

Nachdem alle in den Beratungsdokumentationen vorgefundenen Themen codiert waren, habe ich sie kategorisiert und dabei vier Themenfelder unterschieden. Im Themenfeld „das Ich“ setzten sich die Ratsuchenden mit ihrer eigenen Situation auseinander, zum Beispiel mit ihrem Erleben der Pflegesituation, ihren durch die Pflege entstehenden Belastungen, aber auch mit alterstypischen Fragen und Problemen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Pflegesituation standen. Im Themenfeld „das Du“ ging es um geistige, psychische und körperliche Veränderungen des dementen Patienten. Im Vordergrund stand hier das Bedürfnis, fremdartige und im Alltag problematische Verhaltensweisen des Patienten zu verstehen und besser mit ihm umgehen zu können. Im Themenfeld „die Anderen“ beschäftigte sich die Beratung mit der Rolle des sozialen Umfeldes. Hier wurde zum Beispiel erörtert, welche Beiträge die Kinder zur Pflege des Erkrankten leisten können, es ging gelegentlich um familiäre Konflikte, aber auch darum, die Ratsuchenden über die in der Region vorhandenen Behandlungs- und Hilfeangebote zu informieren und sie zu ermutigen, Entlastungsmöglichkeiten in Anspruch zu nehmen. Im Themenfeld „Wir“ sprachen die Ehepartner über Veränderungen und Probleme in ihrer Partnerschaft, die mit der Demenz des Partners entstanden waren.

Sie sprachen über den Verlust von Gefährtschaft und Intimität, Loyalitäts- und Vertrauenskonflikte, ihre Schwierigkeiten, sich über die Souveränität des Kranken hinwegsetzen zu müssen, über Verschiebungen in der Machtbalance des Paares und Auseinandersetzungen um die Alltagsorganisation und über das Verhältnis von Gerechtigkeit und Liebe in ihrer aktuellen Beziehung.

4 Diskussion

4.1 Demenz als Krise der Paarbeziehung

Intimität, Loyalität, Macht und Liebe – das sind Dimensionen, die eine Paarbeziehung konstituieren. Sie bilden gewissermaßen die Säulen einer Paarbeziehung. Die Probleme, von denen die Ehepartner in den Beratungsgesprächen berichten, zeigen die Durchschlagskraft, mit der die Demenz diese Säulen erschüttert. Die Demenz ist in diesem Sinne keine Krankheit, die allein den Patienten beeinträchtigt oder den pflegenden Ehegatten belastet, sondern sie ist eine Krise der Paarbeziehung. Und sie ist gleichzeitig eine Krise des Lebensentwurfes der Betroffenen.

Anders als bei erwachsenen Kindern, die ihre alten Eltern pflegen, und deren Problematik häufig um Autonomie und um Anerkennungs- und Gerechtigkeitskonflikte zwischen den Generationen kreist (vgl. Gröning, Kunstmann & Rensing 2004, 63ff.), geht es bei den pflegenden Ehepartnern gerade nicht um die Abgrenzung eigener Lebenspläne gegenüber den Bedürfnissen des Kranken. Die Ehe ist eine Lebensgemeinschaft, und zwar sowohl in zeitlicher Hinsicht als auch in dem, was sie inhaltlich ausmacht. Sie ist umfassend und schließt grundsätzlich alles ein, was in einem Leben in guten und in schlechten Tagen passieren kann. Abgrenzungs-, Anerkennungs- und Gerechtigkeitskonflikte, wie sie bei pflegenden Kindern typisch sind, können auch bei Ehepartnern eine Rolle spielen, doch sie bilden nicht den Kern ihrer Problematik. Im Zentrum steht bei ihnen das Bemühen, die Paarbeziehung zu retten, d.h. es geht gerade nicht um Trennendes, sondern um eine Suchbewegung nach dem, was weiterhin verbindet. Auf diese Weise versuchen sie auch ihren eigenen Lebensentwurf zu bewahren, den sie vor vielen Jahren gewählt haben und der ein wesentliches Moment ihrer Identität geworden ist.

4.2 Inkomplette Statuspassage

Der Verlust der Gefährtenschaft und Intimität wird häufig so stark empfunden, dass die Frage aufkommt, ob es sich bei der Beziehung überhaupt noch um eine Partnerschaft oder Ehe handelt. Viele Betroffene äußern, sie fühlten sich nicht mehr wirklich verheiratet, aber auch nicht verwitwet, sondern in einem Zustand dazwischen.

Bliezner & Shiftlett (vgl. Bliezner & Shiftlett 1990) argumentieren, die Demenz bewirke eine inkomplette Statuspassage für die Paarbeziehung - d.h. eine nachhaltige Veränderung der Beziehung, die jedoch nicht durch deutlich sichtbare Marker angezeigt wird, wie das bei kompletten Passage wie beispielsweise Tod oder Scheidung der Fall ist (vgl. van Gennep 1908, 1960; zit. nach Bliezner & Shiftlett 1990, 57). Die Ergebnisse aus meiner Untersuchung stützen die These der inkompletten Statuspassage. In den Erzählungen der pflegenden Ehepartner gibt es zahlreiche Hinweise dafür, dass sie ihre Beziehung zum erkrankten Partner in wechselnden Deutungsrahmen wahrnehmen. Ich beziehe mich hier auf das Rahmen-Konzept von Irvin Goffman (vgl. Goffmann 1977). Rahmen sind danach „Erfahrungs- und Handlungsschemata, mit deren Hilfe es den Akteuren in einer Situation gelingt, diese zu identifizieren, und die sie anleiten, in der Situation angemessen zu handeln. Rahmen verweisen auf einen impliziten Wissensbestand, der in die jeweilige Situation mitgebracht wird“ (Lenz 2003, 217), ein Wissen, wie man die Dinge auffassen muss und was man wann und wo zu tun und zu lassen hat. Rahmen sind gewissermaßen die „Drehbücher des Alltags“ (vgl. Cohen & Taylor 1977; zit. nach Lenz 2003, 217).

In den Erzählungen der pflegenden Partner und Partnerinnen pendelt ihre Wahrnehmung zwischen dem Rahmen einer Ehebeziehung und dem Rahmen einer Pflegebeziehung. Nach Art einer Kippfigur tritt das eine Mal die Beziehung in ihrem Charakter als Ehe in den Vordergrund, ein anderes Mal werden die Merkmale einer Pflegebeziehung dominant. Ein Beispiel: Eine Ehefrau hat die Kreditkarte ihres dementen Mannes sperren lassen, nachdem er wiederholt große Geldbeträge abgehoben und verloren hatte. Sie kommentiert dies im Beratungsgespräch mit der Bemerkung: *„Das war eine ganz fiese Tour von mir“*. In dem Augenblick, als sie die Karte sperren ließ, hat sie ihre Handlung mit dem Deutungsrahmen einer

Pflegebeziehung begründet. Ihr Mann ist krank, er muss geschützt werden und deshalb ist die Maßnahme legitim. In dem Augenblick aber, als sie im Beratungsgespräch darüber berichtet und ihr Handeln erneut reflektiert, tut sie dies mit dem Deutungsrahmen einer Ehebeziehung. Und aus dieser Perspektive bewertet sie ihr Handeln als eine „fiese Tour“. Als „gute Ehefrau“ vertraut man dem eigenen Mann, man spioniert nicht hinter ihm her, was er mit seinem Geld tut. Als gute Ehefrau greift man auch nicht in seine Souveränität ein, indem man ihm den Zugang zum Konto sperrt, und man verhält sich nicht illoyal, indem man mit Fremden, beispielsweise Bankangestellten, über persönliche Schwierigkeiten des eigenen Ehemannes spricht. Dieser Perspektivwechsel bringt die Frau in ein Dilemma: Wenn sie die Kreditkarte sperrt, versagt sie nach ihrem Alltagsverständnis als „gute Ehefrau“. Sperrt sie die Karte nicht, versagt sie als Pflegende eines schwer kranken Mannes. Wollte sie aus diesem Dilemma herauskommen, müsste sie das Alltagsverständnis der Ereignisse überschreiten. Sie müsste sich vermutlich hundertmal am Tag klar machen, dass das Verhalten ihres Mannes jetzt wesentlich durch seine Demenz beeinflusst ist. Das mag einigermaßen gut gelingen, wenn es allein bestimmte herausstechende Problemverhaltensweisen des Kranken betrifft. Schwieriger wird das jedoch, wenn sie nicht nur einzelne Verhaltensweisen neu interpretieren, sondern den ganzen Alltag in einen neuen Interpretationsrahmen setzen muss. Denn dieser Alltag ist besonders bei alten Paaren durchgezogen vom Drehbuch der Ehebeziehung.

5 Implikationen für Beratung und Hilfeplanung

Solange Berater und Behandler unter dem Eindruck der breiten stresstheoretischen Forschung über pflegende Angehörige allein die Belastungen fokussieren und allein von hier aus ihre Interventionen ableiten, werden sie – das ist meine These – auf die eingangs beschriebene Zurückhaltung gegenüber ihren wohlgemeinten Unterstützungsangeboten stoßen. Das Motiv, die Paarbeziehung zu retten und damit auch den eigenen Lebensentwurf zu bewahren, hat für viele eine derartige Priorität, dass Irritationen in Kauf genommen und Belastungen lange ertragen werden.

Zentral für Beratung und Hilfeplanung ist es demnach,

1. den Fokus von der Einzelperson des pflegenden Angehörigen weg zu bringen und ihn auf die Paarkrise zu richten und dann nach Lösungen zu suchen, die für das Paar passend sind;
2. pflegende Ehepartner und Partnerinnen dabei zu unterstützen, die Aspekte der Ehe- und Pflegebeziehung wahrzunehmen, sie unterscheiden zu lernen und jeweils im Einzelfall zu gewichten. Berater können Ehegatten darin ermutigen, nach Aspekten zu suchen, in denen sie ihre Ehebeziehung als unverändert und ausgeglichen wahrnehmen. Und sie können sie dabei unterstützen, diejenigen Momente davon unterscheiden zu lernen, in denen das Drehbuch der Ehebeziehung nicht mehr greift.

Literatur

Blieszner R, Shiftlett PA. The effects of Alzheimer's disease on close relationships between patients and caregivers. *Family Relations* 1990, 39: 57-62.

Cohen S, Taylor L. Ausbruchsversuche. Identität und Widerstand in der modernen Lebenswelt. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1977.

Glaser BG, Strauss AL. Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber 1998

Goffman E. Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1977.

Gröning K, Kunstmann AC, Rensing E. In guten wie in schlechten Tagen. Konfliktfelder der häuslichen Pflege. Frankfurt M.: Mabuse-Verlag 2004.

Lenz K. Soziologie der Zweierbeziehung. Eine Einführung. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag 2003.

Murray J, Livingstone G. A qualitative study of adjustment to caring for an older spouse with psychiatric illness. *Aging and Society* 1998, 18: 659-671.

O'Connor DL. Living with a memory-impaired spouse. (Re)cognizing the experience. *Canadian Journal on Aging* 1999, 18, 2: 211-235.

Strauss AF, Corbin JM. Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlags Union 1996

Strauss AF. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 2. Auflage. München: Fink, UTB Wissenschaft 1998.

Van Gennep A. The rites of passage. Chicago: University of Chicago Press: 1980, Erstausgabe 1908.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Luitgard Franke

Fachhochschule Nordhausen

Weinberghof 4

99727 Nordhausen

Demenz in der Ehe

Die verwirrende Gleichzeitigkeit
von Ehe- und Pflegebeziehung

Luitgard Franke

Fragestellungen

- ▶ Exploration des Feldes
„Beratung von PartnerInnen Demenzkranker“
 - Breitendimension des Feldes:
typische Fälle und Sonderfälle
 - Tiefendimension des Feldes:
Themen in den Beratungsgesprächen

Studiendesign

- ▶ Forschungsansatz: qualitativ, Grounded Theory
- ▶ Stichprobe: 18 Beratungsfälle

	Erstberatungen	Lang andauernde Beratungsprozesse	Summe
Ehefrauen	9	3	12
Ehemänner	3	3	6
Summe	12	6	18

Ergebnisse

Themenfelder in der Angehörigenberatung

das „Ich“

persönliche Situation
des Ratsuchenden

das „Wir“

Situation des Paares

das „Du“

Veränderungen
des dementen Partners

die „Anderen“

Rolle des
sozialen Umfeldes

Ergebnisse

- ▶ Unterkategorien im Themenfeld „Wir“ – Situation des Paares
 - Gefährtenschaft und Intimität
 - Loyalität und Vertrauen
 - Souveränität, Gleichberechtigung, Macht und Alltagsorganisation
 - Gerechtigkeit und Liebe

Diskussion

- ▶ Demenz als Krise der Paarbeziehung
 - Gefährtenschaft und Intimität
 - Loyalität und Vertrauen
 - Souveränität, Gleichberechtigung, Macht und Alltagsorganisation
 - Gerechtigkeit und Liebe
- ▶ Inkomplette Statuspassage
 - Ehe- und Pflegebeziehung als Kippfigur

Diskussion

- ▶ Implikationen für Beratung und Hilfeplanung
 - Fokus vom einzelnen pflegenden Angehörigen auf das Paar verlagern
 - Aspekte der Ehebeziehung und der Pflegebeziehung wahrnehmen und jeweils im Einzelfall gewichten
 - Raum für Rückblick und Einordnung in die Paargeschichte

Ergebnisse

- ▶ Typische Fälle
 - ältere Ehepaare oder langjährige nichteheliche Lebensgemeinschaften
 - Erwerbsleben weitgehend hinter sich gelassen
 - Kinder erwachsen
 - Paarbeziehung zuvor nicht dominant durch eine andere chronische Erkrankung gekennzeichnet

Studiendesign

Lang andauernde Beratungsprozesse

	Beziehung zum Pflegebedürftigen	Dauer in Kalenderjahren	Anzahl der Beratungskontakte
Fall A	Ehefrau	5	15
Fall B	Ehefrau	2	11
Fall C	Ehefrau	5	17
Fall D	Ehemann	8	41
Fall E	Ehemann	4	11
Fall F	Ehemann	3	10

Ergebnisse

► Sonderfälle:

- „Younger-onset-Demenzen“
- Zweit- und Folgepartnerschaften/Patchwork-Familien
- außereheliche Beziehungen
- Paare mit langjährigen Konflikten und Eheproblemen
- Fälle von schwerer Gewalt in einer durch die Demenz veränderten Partnerschaft
- Paare, in denen einer der Partner seit Jahren chronisch krank ist und nun zusätzlich demenziell erkrankt

Entdeckungszusammenhang

Beratung pflegender Angehöriger

- qualitative Unterschiede zwischen Elternpflege und Partnerpflege
- Bedeutung der Demenz für die Paarbeziehung aus modernisierungstheoretischer Sicht
- Theoriedefizit zur Pflegeproblematik in Paarbeziehungen - Mangel für die Qualität der Angehörigenberatung

Diskussion

Implikationen für die Angehörigenberatung

- ▶ Fokus der Beratung
 - Demenz als Krise der Paarbeziehung
 - Ehebeziehung und Pflegebeziehung als Kippfigur
- ▶ Theoretische Grundlagen
 - Paartheorie als notwendige Ergänzung des professionellen Wissensvorrats



6. Detlef Rüsing: Qualität von Beratung/ „Gelungene Beratung“




**Qualität von Beratung
„gelungene Beratung“**

Tagung Praxis-Theorie-Transfer


D. Rüsing (MScN)
Dialogzentrum Demenz
Universität Witten/Herdecke

Themen

- Recherche
 - Aspekte von Beratungsqualität
 - Klientenzufriedenheit
 - Erwartungen und Bedürfnisse von Angehörigen und Demenzbetroffenen
- Forschungsfragen
- Aufgaben der Qualitätssicherung psychosozialer Beratung

Dialogzentrum Demenz




Vorgehen

Thema: Beratungsqualität; „Gelungene Beratung“ bei Demenz

Allgemeine Konzepte: Beratungsqualität: Konzept-, Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität



Ergebnisqualität: Klientenzufriedenheit /Was macht Klienten (un)zufrieden?

Klientenzufriedenheit: Bedürfnisbefriedigung, Befriedigung der Erwartungen

Welches sind die Bedürfnisse? Wovon sind die Bedürfnisse abhängig?

Offene Fragen // Forschungsfragen

Dialogzentrum Demenz

Beratungsqualität (Lohmeier, Kolednik 2006)

Thema: Beratungsqualität

- **Konzeptqualität**
 - Leitbild, fachliche Konzeption, gesetzliche Vorgaben
- **Strukturqualität**
 - Räumliche, personelle organisatorische Ausstattung
 - Rahmenbedingungen: z. B. Freiwilligkeit, Vertraulichkeit, Kapazität f. Kriseninterventionen, Vernetzung
- **Prozessqualität**
 - Art der Leistungserbringung, Beratungsplan, Transparenz der Methoden, gezielter Einsatz unterschiedlicher Qualifikationen
- **Ergebnisqualität**
 - Wirksamkeit,

Kriterien:
 Alltags- und Lebenswelttransfer, gesteigerte Kommunikations- und Diskussionsfähigkeit, Ressourcenaktivierung, Grad der Problembewältigung,
Klientenzufriedenheit

Dialogzentrum Demenz

Klientenzufriedenheit: Theorien

(Lohmeier, Kolednik 2006)

- Der Person muss es gleich gut oder besser gehen – **Soziale Vergleichstheorie**
- Bessere Einschätzung eigener Erfahrungen in einem Vergangenheits-Gegenwartsvergleich – **Adaptionstheorie**
- Befriedigung eigener Erwartungen in der Beratung – **Anspruchsniveautheorie**
- Wohlbefinden durch Anpassung der Erwartungen an die geänderten Bedingungen - **Kompetenztheorie**

Dialogzentrum Demenz

Was Klienten unzufrieden macht ...

(Neufeld, Harrison 2003)

- Unerfüllte Erwartungen an oder fehlende Angebote
- Nicht erfüllte Erwartungen hinsichtlich sozialer Integration
- Fachliche „Inkompetenz“ des Helfenden
- Misslungene Interaktion
 - nicht wertschätzende Kommentare, die die Erfahrungen der Pflegenden herabwürdigen
 - unterschiedliche Meinungen bezüglich des Gesundheitsstatus' des Erkrankten
 - Kritik an der Art und Weise der Pflege

Dialogzentrum Demenz

Bedürfnisse Edelman et al 2006

- Informations- und Unterstützungsthema
- Sinnvolle Beschäftigung
- Verbesserung der Kommunikation
- Entscheidungen zum Führerschein/Fahren
- Finanzielle Hilfen
- Ämterbesuche und Finanzplanung
- Umgang mit Depression & Angst
- Umgang mit Freunden und Familie
- Bewältigung herausfordernder Symptome/Verhaltensweisen
- Regelung zunehmender/abnehmender Verantwortung
- Umgang mit Frustration
- Selbsthilfegruppen für pflegende Angehörige
- Genetische Aspekte
- Stadien und Symptome der Erkrankung
- Aufklärung zu (wissenschaftlich nachgewiesenen) Medikamenten
- Alternative Medizin oder Behandlungskonzepte bei Gedächtnisverlust
- Versuchsmedikamente für Gedächtnisverlust
- Teilnahme an Forschung
- Selbsthilfegruppen für Menschen mit Gedächtnisverlust
- Stationäre Pflege
- Zugang zu Hilfsangeboten
- Intimität und Sexualität
- Informationen aus dem Internet

Dialogzentrum Demenz

Bedürfnisse (Top 10) Edelman et al 2006

	Pflegende Angehörige (% Nennung interessiert und sehr interessiert)	Erkrankte (% Nennung interessiert und sehr interessiert)
1	Stadien und Symptome der Erkrankung (99%)	Stadien und Symptome der Erkrankung (70%)
2	Aufklärung zu (wissenschaftlich nachgewiesenen) Medikamenten (99%)	Aufklärung zu (wissenschaftlich nachgewiesenen) Medikamenten (63%)
3	Alternative Medizin oder Behandlungskonzepte bei Gedächtnisverlust (98%)	Versuchsmedikamente für Gedächtnisverlust (52%)
4	Genetische Aspekte (Vererbung der Erkrankung) (96%)	Sinnvolle Beschäftigung (49%)
5	Bewältigung herausfordernder Symptome/Verhaltensweisen (96%)	Bewältigung herausfordernder Symptome/Verhaltensweisen (49%)
6	Umgang mit Freunden und Familie (95%)	Verbesserung der Kommunikation (47%)
7	Verbesserung der Kommunikation (95%)	Teilnahme an Forschung (47%)
8	Sinnvolle Beschäftigung (92%)	Selbsthilfegruppen für Menschen mit Gedächtnisverlust (45%)
9	Versuchsmedikamente für Gedächtnisverlust (89%)	Alternative Medizin oder Behandlungskonzepte bei Gedächtnisverlust (44%)
10	Umgang mit Frustration (88%)	Umgang mit Frustration (44%)

Dialogzentrum Demenz

Alzheimer-Hilfe: Alzheimer Hotline

Calabrese et al. 2007

- Zwischen 7/98 und 11/99
- Insgesamt 8542 Anrufer
 - Angehörige: 5199 (60,9 %)
 - Mutmaßlich Betroffene : 2155 (25,2 %)
 - Ärzte und Pflegende: 485 (5,7 %)
 - Nicht bekannt: 703 (8,2 %)
 - Jahr 2000: ca. 27 Anrufe pro Tag

Dialogzentrum Demenz

Informationsbedarfe (mündlich)

- Allgemeine Informationen zur Erkrankung (68,6 %)
- Details zu frühen Warnsignalen (49 %)
- Aktuelle medizinische und pharmakologische Forschungsschwerpunkte (41,9 %)
- Informationen über aktuell verfügbare Therapien und Medikamente (31,2 %)
- Alzheimer Diagnostik (22,8 %)
- Vorbeugende Maßnahmen (18,1 %)
- Vererbung der Krankheit (7 %)

Dialogzentrum Demenz

Informationsbedarfe (schriftlich)

- 99 % wünschten kostenloses schriftliches Material
- Materialien für „mutmaßlich Betroffene“
 1. Faltblatt 10 Warnsignale (B:94,2 %; A: 60,9 %, P: 83,3 %)
 2. Angehörigenbroschüre (B: 11 %, A:57,8 %, P: 87,4 %)
 3. Liste mit Adressen v. regionalen Selbsthilfegruppen, Memory-Kliniken, Gedächtnissprechstunden (B: 1,6 %, A: 5,3 %, P: 16,1 %)
 4. Leitfaden zur Pflegeversicherung (B: 0,7 %, A: 11.1 %, P: 26,4 %)

Dialogzentrum Demenz

Bedürfnisse (Forschungsergebnisse)

- Bedürfnisse Pfleger und Betroffener unterscheiden sich (Edelman et al. 2006, Calabrese et al. 2007)
- Bedürfnisse beider Gruppen unterscheiden sich im Prozess
 - Es gibt beispielhafte Prozessverläufe in Familien (Muhlbauer 2002)
 - Bedürfnisse sind abhängig von der Phase
- Gesamtberatungskonzept scheint erfolgreich (Mittelman 2003):
 - Einzelberatung des Betreuenden; Familienberatung; Ad hoc Beratung
- Medien sind wichtig und gezielt einzusetzen (Colantonio et al 2001)
 - Internet, Newsletter, Telefon
 - Bedarf ist sehr unterschiedlich
- Beratung „face to face“ mit schriftlichem Backup erscheint sinnvoll (Wald et al 2003)
 - „Rules of three“
 - Schriftl. Begleitmaterial sollte nur Inhalte der Beratung enthalten

Dialogzentrum Demenz

Forschungsfragen: BeraterInnen

- Welche Qualifikationen sollten/müssen Beraterinnen in der Demenzberatung haben?
 - Bei Ausbildung: Wie müsste ein Curriculum für die Ausbildung aussehen?
- Sollten Beratende Allrounder sein oder eher als Spezialisten im Feld Demenz in Vernetzung mit anderen Beratungsstellen stehen?
- Woran lässt sich Beraterzufriedenheit bemessen?
 - Gibt es eine Diskrepanz zwischen Berater- und Klientenzufriedenheit?

Dialogzentrum Demenz

Forschungsfragen: Beratungsprozess

- Entwicklung von Beratungsstandards
- Entwicklung/Transfer von Beratungskonzepten
 - z.B.: Einzelberatung – Familienberatung – Ad Hoc Beratung
- Entwicklung/Transfer eines Initialassessments für die Beratung
- Zu welchem Zeitpunkt wird von wem welcher Inhalt abgefragt?
- Braucht es unterschiedliche Konzepte bei der Beratung von Angehörigen und der Beratung von Demenzbetroffenen selbst?
- Wie kann der Beratungsprozess evaluiert werden?
- Was sind überprüfbare Outcomeparameter einer „gelungenen Beratung“ bei Demenz?
 - Heimeinzug, Lebensqualität (Wohlbefinden), Selbstständigkeit, Eintritt ins Hilfesystem, Zeitpunkt der Diagnosestellung, Zeitpunkt der Diagnostik (Calabrese 2007)

Dialogzentrum Demenz

Forschungsfragen: Medien

- Wie ist der Bedarf und die Wirkung von Telefon, Internet, Film, Informationsblättern, Flyern in Abhängigkeit von der Klientengruppe?
- Wie muss das Miteinander von Beratungsinhalten und unterstützenden Medien (schriftliche Informationsweitergabe) konzipiert sein (Informationsblätter; rules of three)?
- Wie müssen inhaltlich und sprachlich Medien gestaltet sein (Zielgruppenabhängigkeit)?
 - Für Migranten
 - In Abhängigkeit vom Alter
 - Für Demenzbetroffene und/oder Angehörige

Dialogzentrum Demenz

Forschungsfragen: Netzwerke

- Welche Probleme/ welche Möglichkeiten hat eine Zusammenarbeit von kommunalen Pflegeberatungsstellen, Wohnberatungsstellen, Selbsthilfegruppen und spezialisierter Demenzberatung (z.B. Landesinitiative)?
- Was lässt ein Netzwerk entstehen, woran kann es scheitern?
 - Z. B. Konkurrenzgedanke im Netzwerk
 - Wie bezieht man Ärzte ins Netzwerk ein (welche Anreize)?

Dialogzentrum Demenz

Aufgaben der Qualitätssicherung psychosozialer Beratung (Vogel 2004)



- Benennung von qualitätsrelevanten Dimensionen/Parametern in der Beratungsarbeit
- Formulierung von Standards der Beratungsarbeit (Soll-Werten)
- Beobachten/Prüfen, inwieweit die beobachtbaren Abläufe und Ergebnisse (Ist-Werte) den definierten Anforderungen entsprechen
- Aufdecken von Problemen (aufgrund von Soll-/Ist-Wert-Differenzen oder Spontanrückmeldungen)
- Qualitätsverbesserung: Beseitigung von Mängeln durch entsprechende Problemanalysen und Einleitung geeigneter Gegenmaßnahmen
- Sichern von Qualität: ständiges Bemühen, möglichst von vornherein, den definierten Standards zu genügen.

7. Christine Riesner: Zugang zu Serviceleistungen bei Demenz




Zugang zu Serviceleistungen bei Demenz

Chr. Riesner (MScN)
Dialogzentrum Demenz
Universität Witten/Herdecke

Recherche „Zugang zu Beratung“

Bearbeitete Themen:

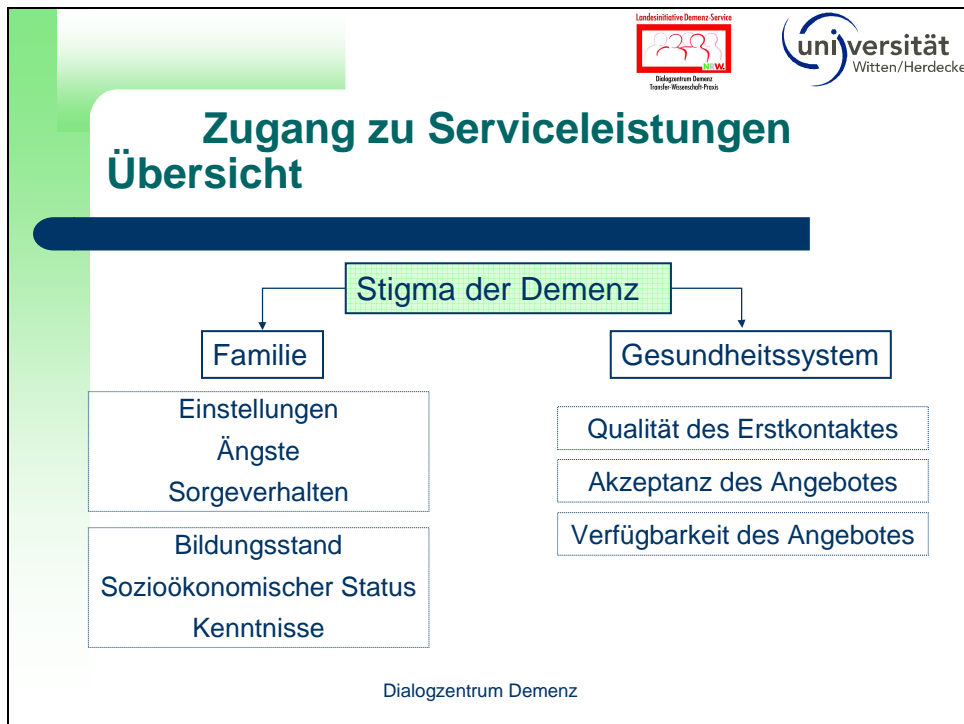
1. Verarbeitung der „Veränderung Demenz“ in der Familie
2. Barrieren zu Serviceleistungen



Ausschluss:

Eigenständige Themen

- Beratung
- Migration
- Allein lebende Menschen mit Demenz

Dialogzentrum Demenz



Stigma der Demenz

Das Stigma der Demenz stellt die übergeordnete Barriere des Zugangs zu Serviceleistungen im Gesundheitssystem dar:

„Demenz bedeutet schneller körperlicher und geistiger Verfall, Inkontinenz und der Verlust des eigenen Zuhauses...“ (Moniz-Cook E. et al, 2006)

Das Stigma wirkt in den Köpfen Betroffener, Familienangehöriger, Freunden, professioneller Mitarbeiter aller Gesundheitsdienste usw.

Dialogzentrum Demenz

Zugang zu Serviceleistungen aus Sicht der Familie

- Einstellungen, z.B. "es in der Familie allein zu schaffen"
- Ängste, z.B. vor der Diagnose, vor Verlust der Autonomie und Privatheit
- Sorgeverhalten, z.B. der Ehepartner für einander
- Bildungsstand und sozioökonomischer Status
je geringer Bildung und Status, desto weniger Kontakt zu Serviceleistungen
- Kenntnisse, z.B. wie Angebote genutzt werden können

Dialogzentrum Demenz

Zugang zu Serviceleistungen aus Sicht des Gesundheitssystems

- Schlechte Erfahrungen im Erstkontakt verhindern weitere Begleitung, die Familie versucht sich selbst zu helfen.
- Bestehende Angebote werden nicht angenommen, weil sie z.B. nicht den Bedürfnissen entsprechen
- Angebote sind nicht vorhanden, z.B. nicht in erreichbarer Nähe

Dialogzentrum Demenz

Forschungsfragen Öffentlichkeitsarbeit zur Demenz

Wie wirken aktuelle Informationen zur Demenz in der Öffentlichkeit?

Angst \longleftrightarrow Hoffnung

Wie kann die Präsenz von Menschen mit Demenz in der Öffentlichkeit gefördert werden?

Wie sollte Öffentlichkeitsarbeit konzipiert sein, um Gruppen mit geringerem Bildungsstand und geringerem sozioökonomischen Status zu erreichen?

Dialogzentrum Demenz

Forschungsfragen Erstkontakt

- Wie können Menschen mit Demenz (vor einer Eingruppierung in eine Pflegestufe) frühzeitig erreicht werden?
- Wie können Menschen mit Demenz ohne familiäre Anbindung frühzeitig erreicht werden?
- Erleichtern Konzepte anonymer Beratung den Erstkontakt?
- Welche Konzepte fördern einen langfristigen Begleitprozess?

Dialogzentrum Demenz

Migration

Praxiserfahrungen AWO Gelsenkirchen:

- Das Wissen zur Demenz in der Gemeinde ist unzureichend.
- Sprachbarrieren und Misstrauen erschweren den Zugang zum Gesundheitssystem.
- Gebräuchliche Assessments sind in ihrer Anwendung bei Menschen mit Migrationshintergrund problematisch.
- Es existieren fast keine Versorgungskonzepte für Menschen mit Migrationshintergrund

Dialogzentrum Demenz

Forschungsfragen Migration

- Wie gestaltet sich das Sorgeverhalten in Familien mit Migrationshintergrund?
- Wie müssen Serviceleistungen konzipiert sein, um Menschen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen?
- Welche Anpassungen müssen bei Assessments vorgenommen werden, um für Menschen mit Migrationshintergrund anwendbar zu sein?

Dialogzentrum Demenz

8. Christian Müller-Hergl: Implementierung



Landesinitiative Demenz Service
Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis



universität
Witten/Herdecke


Implementierung

16.04.2007


Herzlich Willkommen

Dialogzentrum Demenz

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis



Landesinitiative Demenz Service
Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis



universität
Witten/Herdecke

Ergebnisse 1: Performanz

- Forschungsbedarf zur Implementierung
- Zentrum der Implementierungsfragen ist die Performanz(Leitung-,Konzept-,Teamprozess)
- Performanzimplementierung (PI) folgt keinem programmatischen, sondern adaptiven Muster (Kontext, Interessenlage)
- PI umfasst: Faciliator, Dialogebene (high facilitation), Strukturierungshilfen auf dem Hintergrund von high context (Politik, Leitung, Angehörige)

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Ergebnisse 2: Details

- Face-to-face Begleitung (coaching, feedback)
- Kritische Masse bilden: Verhandeln des inneren Auftrages in Fallbesprechungen (klein schrittig)
- Notw. Umwege rechtzeitig erkennen und nutzen: Passungen abgleichen (z.B. Personalveränderungen)
- An kritischen Punkten intervenieren (die Kultur kippt (20%) oder regrediert)
- Einbindung in organisatorische Abläufe
- Symbolische Aktionen (Uhren abschaffen)
- Zirkulärer Prozess: Arbeitsbelastung, Klientenzustand, psych. Ergebnisse MA)

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Anregungen der Praktiker

- Adaptive Implementierung ist realitätsnah: Antizipation, Reflexion, Flexibilität – Erforschung sinnvoll
- Rolle des Faciliators: Taktiken der Stadtguerilla? Umfeld Kontext für Rolle, Gefahr von Erlöserprojektionen
- Zentralität der Details: Ernstnehmen jeder Wegstrecke, Durchhaltevermögen (talking and walking the way)

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Anregungen der Praktiker

- Einschätzen von community/organisational Readiness (System-Diagnostik)
- Wichtigkeit praktischen psychologischen und pädagogischen Wissens
- Motivationsfragen (Passung mit wahrgenommenen Problemlagen)
- Personengebundenheit der Prozesse
- Wunsch nach empirischen Studien

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Anregungen der Forschenden

- Mangelnde Durchdringung der Praxis durch Interventionen von bewiesenem Wert zementiert Hilflosigkeit: in welchen Arbeitsbereichen ist dies mit welchen Mitteln gelungen?
- Lineares Projektmanagement ist nicht erfolgsversprechend: an die Stelle des Plans treten Handlungskorridore mit Regeln für Erfolg und Rückschläge

Dialogzentrum Demenz
Transfer-Wissenschaft-Praxis

Frage 1

Welche Erfahrungen bezüglich der Facilitatoren/Koordinatoren/Teamcoaches in den Arbeitsfeldern der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz liegen national und international vor? Welche Schulungen haben sich bewährt und sind diese gut evaluiert? Welchen Kontext und welches Umfeld benötigt diese Person, um die Rolle auszuüben? Von welchen persönlichen Merkmalen hängt die erfolgreiche Wahrnehmung der Rolle ab (Personengebundenheit)?

Dialogzentrum Demenz
 Transfer-Wissenschaft-Praxis

Frage 2

Gibt es für die Implementierung besondere Herausforderungen, die mit den Themenfeldern Psychiatrie, Demenz, Alter zusammenhängen?(Spiegelphänomene) Welche guten Beispiele für „Durchdringung“ von Interventionen von bewiesenem Wert liegen vor? Lassen sich Erfahrungen aus anderen Arbeitsfeldern in welchem Umfang übertragen?

Dialogzentrum Demenz
 Transfer-Wissenschaft-Praxis

Frage 3

Wie lassen sich die niederländischen Erfahrungen mit adaptiver Implementierung auf andere Arbeitsfelder und auf die deutschen Verhältnisse übertragen? Wie sehen in Deutschland die Anpassungs-, Abwandlungs-, Aneignungsprozesse von Interventionen in verschiedenen Arbeitsfeldern in der Pflege von Menschen mit Demenz tatsächlich aus? Welche Bedeutung kommen in den Implementierungsprozessen den Dimensionen Antizipation, Reflexion, Flexibilität zu: der Fähigkeit, nicht nur den Prozess zu evaluieren sondern beständig neu auszurichten und anzupassen?

Dialogzentrum Demenz
 Transfer-Wissenschaft-Praxis

Frage 4

Wie kann die Bereitschaft, sich in Bezug auf eine angestrebte Intervention zu verändern und diese in den Alltag zu implantieren, in Vorfeld und während der Implementierung abgebildet werden? Welche diagnostischen Instrumente sind dafür im Arbeitsfeld der Gerontopsychiatrie vorhanden? Ausgehend von der These einer erheblichen Differenz zwischen Kontrollüberzeugungen und Performanz bei Pflegenden/Betreuenden: Welche Methodik in der Gewinnung von Daten wäre hier angebracht?

Dialogzentrum Demenz
 Transfer-Wissenschaft-Praxis

Frage 5

Ohne Leitung/Führung gelingt Implementierung nicht. Führung muss mit spezifischem Fachwissen kombiniert werden. Basiert Führung auf fachlicher Expertise? Kann ohne praktiziertes Rollenvorbild geführt werden? Was bedeutet dies für das Rollenverständnis des mittleren und höheren Managements in stationärer Altenhilfe?

Tagungsband 16.04.2007

© Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Institut f. Pflegewissenschaft, Dialogzentrum Demenz

Stockumer Str. 10 • 58453 Witten

Telefon +49 (2303) 926306/308 • Fax +49 (2302) 926310