DZD
Dialog- und Transferzentrum Demenz

universität
Witten/Herdecke

Arbeitspapier des DZD

„…und dann klappte die Umsetzung nicht…“

Implementierung neuer Pflegepraxis bei Demenz

Christian Müller-Hergl

002

gefördert von:
Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen
LANDESVERBÄNDE DER PFLEGEKASSEN

Landesinitiative Demenz-Service
Dialog- und Transferzentrum Demenz an der Universität Witten/Herdecke

©Landesinitiative Demenz-Service NRW 2008
Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft,
Dialog- und Transferzentrum Demenz (DZD)
Stockumer Str. 10 • 58453 Witten
Telefon +49 (2302) 926306 • Fax +49 (2302) 926310
dialogzentrum@uni-wh.de
www.dialogzentrum-demenz.de || www.demenz-service-nrw.de

Inhalt

1. Die Befragung 3-4

2. Grundinformationen zum Thema Implementierung 5-13
   2.1. Einführung in das Thema
   2.2. Papier, Prozess und Performanz
   2.3. Die wesentlichen Eckpunkte der Implementierung
   2.4. Das PARIHS Konzept

3. Ein Beispiel für die Systemimplementierung
   Das Amsterdamer „Meeting Support Program" 14-28
   3.1. Ausgangslage
   3.2. Empfundene Angebotslücken
   3.3. Meeting Centers Support Program
   3.4. Ergebnisse
   3.5. Die Implementierungsstudie

4. Ein Beispiel für die Implementierung einer Intervention
   Im stationären Bereich: Snoezelen 29-40
   4.1. Intervention und Implementierung
   4.2. Implementierungsprozess und –plan
   4.3. Ergebnisse der Evaluation des Implementierungsprozesses
   4.4. Evaluation der Ergebnisse der Implementierung
   24 h Snoezelen
   4.5. Abschließende Empfehlungen
   4.6. Weiterführende Fragen zur Methodenimplementierung

5. Ausblick und Abschluß 41

1. Die Befragung

Die Auswertung der Fragebögen, die das Dialogzentrum verschickt hatte, ergab mehrere Themenkomplexe. Eine Gruppe von Fragen wurden u.a. dem Thema Implementierung zugeordnet. Diese Fragen lauteten:

1. Implementierung von Selbsthilfegruppen
2. Implementierung von Nachbetreuungsgruppen
3. Implementierung von Wohngruppen, Cantou und ähnlichem
4. Umgang mit baulichen und strukturellen Störfaktoren in einer Wohngruppe
5. Wie geht man mit Widerständen um? (Träger, andere Dienste, Mitarbeiter)
6. Wie können Mitarbeiter geschult und begleitet werden?
7. Wie können Ehrenamtliche eingebunden werden?
8. Wie sollten Ehrenamtliche geschult und begleitet werden?
9. Ethische Grenzen beim Einsatz von EA

Einige dieser Themen sind eher Rand- oder Begleitthemen von Veränderungsprozessen (4), andere sind eher Fragen nach Rollenklarheit und Aufgabengrenzen (7, 9). Das DZD hat sich darauf verständigt, das Thema der Implementierung – also der Einführung von Neuerungen, Veränderungen – in den Mittelpunkt zu stellen. Dazu wird zunächst eine kurze theoretische Einleitung erfolgen mit einem Versuch, die vielen verschiedenen Faktoren übersichtlich darzustellen und einander zuzuordnen. In zwei weiteren Kapiteln werden zwei Implementierungsprozesse aus dem Arbeitsfeld der Arbeit mit Menschen mit Demenz vorgestellt: zum einen die Einführung der Amsterdamer Treffpunkte für Menschen mit Demenz und deren Partner („Meeting Centres"), um eine System-Implementierung zu illustrieren; zum anderen die Einführung von Snoezelen in den Arbeitsbereich der stationären Pflege, um die Implementierung einer Arbeitsmethode zu illustrieren. Verzichtet wird hier auf die Darstellung von Implementierungsprozessen von Leitlinien, Richtlinien, Standards,

da aus den Fragebögen nicht erkennbar wurde, dass hierzu Informationsbedarf besteht.[1] Der vorliegende Text richtet sich an Pflegepraktiker, die daran interessiert sind, weiterführende Fragen zum Thema Implementierung zu erarbeiten.

Wichtig zu beachten: Der vorliegende Bericht stützt sich ausschließlich auf wissenschaftlich erhobene Daten und deren Interpretation aus dem Feld internationaler Fachliteratur. Uns ist bewusst, dass es eine Fülle von Erkenntnissen gibt, die dort nicht zu finden und damit nicht belegt sind.

Unser Ziel: Forschungsfragen zu entwickeln, um neue Erkenntnisse zu gewinnen oder bereits gewonnene Erkenntnisse zu bestätigen bzw. zu verwerfen.

Um den Leseaufwand zu minimieren kann folgend vorgegangen werden: Nach der Lektüre von Kapitel 2 (Theorie) kann man sich entscheiden, entweder den Text zur Systemimplementierung oder den Text zur Methodenimplementierung durchzulesen. Zu beiden Themen wird es am 18.10.2006 Arbeitsgruppen geben.

Die Schriftfarbe blau findet sich im Text für Anregungen zur Entwicklung von Forschungsfragen. Wenn diese Fragen Sie irritieren, überlesen Sie diese bitte.

[1] Für Interessenten: Bennett M., Implementing new clinical guidelines: the manager as agent of change“, in: Nursing Management 10(2003)7 20-23

2. Grundinformationen zum Thema Implementierung

2.1.Einführung in das Thema

Umsetzen oder einführen, also implementieren, stellt ein Querschnittsthema dar, das in viele Bereiche hineinragt: Qualitätsentwicklung, Führung und Leitung, Organisations- und Personalentwicklung, Qualifizierung, Veränderungsmanagement, Evidenz-Basierte Pflege, Wissenstransfer. Implementieren bedeutungsgleich mit koordinierten Veränderungen auf den Ebenen des Systems, der Organisation, der Programme und der konkreten Praktiken. Konkret besteht Implementierung aus einer Reihe von (Implementierungs-)Aktivitäten mit dem Ziel, eine (Interventions-) Aktivität/Tätigkeit oder ein Programm (z.B. Konzept) in die Praxis zu überführen. Es entstehen demnach zwei Fragen. Erstens: wird tatsächlich das getan, was getan werden soll? (Implementierung) Zweitens: welche Ergebnisse hat das, was getan wird für die Klienten? (Intervention).

Die Fähigkeit, Richtlinien, Standards, neue Pflegepraktiken, neue Versorgungssysteme und Angebote in einer Region, einem Unternehmen, einer Institution einzuführen ist Ausdruck der Lern- und Anpassungsfähigkeit und damit auch der Überlebensfähigkeit. In der Art und Weise, wie dies gelingt oder auch scheitert, drückt sich auch die Kultur einer Einrichtung aus: Wie man miteinander, mit den Klienten, den eigenen Werten, der fachlichen Orientierung umgeht, wenn und indem man Entwicklung betreibt. [2]

Richtlinien, Standards, Methoden, Versorgungssysteme setzen sich nicht von allein in die Praxis um. Auch wenn die Innovation von allen für wertvoll erachtet wird und empirisch fundiert ist, gelingt die Einführung in die Praxis nicht. In vielen Fällen liegt es nicht an den Maßnahmen selbst, wenn sie nicht zu gelingen scheinen, sondern an ihrer Umsetzung. Viele Faktoren beeinflussen die

---

[2] Zum Kulturbegriff: Schein, E., „Organisational Culture and Leadership“, Joessy-Baas, San Fransisco 1992

Implementierung und der Prozess kann nicht in einer Theorie allein erfasst werden (individuelle, soziale und Systemfaktoren). Die Herausforderungen und Komplexitäten der Implementierung erfordern mehr Aufwand als die Bemühungen, die Interventionen und Innovationen selbst zu entwickeln.[3] In der Regel aber wird sehr viel mehr Energie darauf verwandt, Innovationen und Interventionen zu entwickeln als darauf, die Frage nach ihrer Implementierung und Wiederholung unter anderen Umständen (replication) zu beantworten.[4]

2.2. Papier-, Prozess-, Performanzimplementierung

In der Regel wird unterschieden zwischen der

- „Papierimplementierung": Richtlinien werden formal in Kraft gesetzt, aber es ist unklar, ob sie befolgt werden
- „Prozessimplementierung": es gibt Trainings, Schulungen, Unterweisungen, aber es ist nicht sicher, ob sich all diese Prozesse auch (effektiv) mit der einzuführenden Sache beschäftigen. Der Irrglaube, dass Qualitätszirkel, Trainings, Schulungen, Supervision alleine Veränderungen bewirken, ist in der Literatur auch bekannt als „fallacy of programmatic change", konkret: alle sind geschult aber keiner macht es.
- „Performanzimplementierung": Prozeduren und Prozesse sind so eingeführt worden, dass die identifizierten wesentlichen Tätigkeiten/Aktivitäten zur Umsetzung nachgewiesen beachtet werden mit guten Ergebnissen für die Klienten/Patienten.[5]

---

[3] Fixen D.L., Naoom S.F. et al, „Implementation Research: A Synthesis of the Literature", University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publications, 2006, S. vi

[4] Schrijnemaekers V.J.J., van Rossum E., et al, „Compliance in a randomized conrolled trial: the implementation of emotion-orientated care in psycho-geriatric facilities", in: Journal of Advanced Nursing 39(2002)2 182-189

[5] Fixen et al, 8

2.3. Die wesentlichen Eckpunkte der Implementierung

Die damit einhergehenden Faktoren und Prozesse: z.B. ausgewählte Praktiker gut trainieren, sie in der Praxis nah zu begleiten und ihnen bei der Umsetzung Rückmeldung zu geben sind allerdings bereichsübergreifend sehr ähnlich. Um einige Faktoren herauszuheben:

1. Veränderungen sind leichter anzunehmen und zu befolgen, wenn sie mit den vorhandenen Werten, Auffassungen, vorhandenen Praktiken vereinbar sind, offensichtliche Vorteile gegenüber dem bisherigen aufweisen, leicht anzuwenden sind, von anderen bereits verwendet werden und ausprobiert werden können[6];
2. Wissen und Praktiken anzunehmen und umzusetzen gelingt nur dann, wenn die Bedürfnisse und Vorlieben derer, die das Wissen annehmen sollten, auch berücksichtigt werden; dabei gilt es, offensichtliche und unausgesprochene Blockaden und Ressourcen in jedem Kontext neu herauszufinden und gezielt zu berücksichtigen[7];
3. Implementierung gelingt dann gut, wenn Praktiker Fragen an die eigene Praxis haben, mehr dazu wissen wollen, neue Methoden nicht nur „vorgesetzt" bekommen, sondern am Prozess ihrer Entwicklung und Einführung beteiligt werden;[8]
4. Veränderungsprozesse bedürfen in der Regel einer zentralen Person (Faciliator/Erleichterer, Praxisentwickler), die im Arbeitsprozess Veränderungen vorlebt,

---

[6] Rogers E.M., „Diffusion of Innovations", Free Press, New York 2003

[7] Grol R., Personal paper: beliefs and evidence in changing clinical practice, in: British Medical Journal 315(1997) 418-421; Grol R., van Everdingen J., et al, Invoering van richtlijnen en veranderingen. Een Handleiding. Elsevier/De Tijdstroom, Maarsen 2000

[8] Dewing J., Traynor V., „Admiral nursing competency project: practice development and action research", in: Journal of Clinical Nursing 14(2005) 695-703; in der Literatur wird hier oft der Konflikt zwischen „Treatment fidelity" (der Natur der Intervention treu bleiben, also machen, was diese vorsieht) und der Realität der kontextabhängigen „Neuerfindung" diskutiert (also: was man nicht selbst mitentwickelt hat, wird auch nicht berücksichtigt): Burgio L. et al "Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: the problem of treatment implementation" in: The Gerontologist 41(2001)4 481-489

Rückmeldungen gibt, unterstützt, berät und allgemein die Entwicklung am Laufen hält;[9]

5. Begleitungsprozesse von Angesicht zu Angesicht, die über längere Zeit stabil bleiben, sind entscheidend für den Wissenstransfer: die nahe Beziehung erlaubt, kontextgerecht über die Anwendung zu sprechen, Nuancen zuzulassen, implizites (also in Prozeduren und Praktiken gebundenes) Wissen miteinander zu teilen;
6. Veränderung benötigt eine „Kritische Masse" von Personen, die als Verbündete mitwirken; Aufgabe ist es, den Punkt zu erreichen, an dem sich die Waagschale zur anderen Seite neigt;[10]
7. Je größer die Organisation, desto mehr gilt es, die Eigendynamik der Professionen und Abteilungen zu berücksichtigen und deren Interessen aufzunehmen (readiness for change)
8. Prozessimplementierung führt nur dann zur Performanzimplementierung, wenn neben Schulungen, Supervisionen und Veränderungen in den Haltungen auch Veränderungen in den organisatorischen Abläufen des Arbeitsalltags sichtbar werden (Arbeitszeiten, Pflegeorganisation z.B. Richtung Bezugspflege, Kommunikationsformen im Team z.B. Fallbesprechungen, abgesprochene individuelle Rückmeldungen zum Arbeitsstil, verbindlicher Berichts-/Dokumentationsstil mit Begleitung)[11]
9. Was Führung und Leitung nicht mitträgt, mitmacht, kennt, das wird bald wieder aufgegeben. „Transformationale"

---

[9] McCormack B., Garbett R., „The characteristics, qualities and skills of practice developers", in: Journal of Clinical Nursing 12(2003) 317-325

[10] Barwick M.A. et al, „Knowledge Transfer and Implementation of Evidence-Based Practices in Children's Mental Health", Childrens' Mental Health Ontario, 2005, S. 27-30; Schrijnemaekers V.J.J., van Rossum E., et al, „Compliance in a randomized conrolled trial: the implementation of emotion-orientated care in psycho-geriatric facilities", in: Journal of Advanced Nursing 39(2002)2 182-189, 187

[11] Lintern T., Woods B., Phair L., „Training is not enough to change care practice", in: The Journal of Dementia Care 8(2000)2 15-17

Leitende[12] mit Vision und Strategie verändern Kulturen gezielt in eine Richtung, die sich neuen Entwicklungen öffnet (ermächtigen, motivieren, inspirieren)[13].

Insgesamt muss erfolgreiche Implementierung verschiedene Ebenen im Blick haben: die Praktiker, den Organisationskontext, das Pflegesystem, die Qualität der Evidenz für die Innovation, die Methoden der Implementierung.

Jüngst ist es gelungen, Schlüsselfaktoren erfolgreicher Implementierung zu identifizieren und einander in einer Theorie zuzuordnen. Dies soll hier kurz vorgestellt werden.

2.4. Das PARIHS-Konzept (**P**romoting **A**ction on **R**esearch **I**mplementation in **H**ealth **S**ervices)[14]

Forschungs- und Praxisentwicklungsteams am „Royal College of Nursing" in England haben ihre gesammelte Erfahrung aus verschiedenen Projekten in die Entwicklung eines Übersicht schaffenden Modells eingebracht. Nach diesem Modell ist die Wahrscheinlichkeit, das Implementierung gelingt, am höchsten, wenn

- Empirisch gesichertem Wissen bezüglich der Maßnahme vorliegt, das in der Profession viel Zustimmung findet (high evidence)
- Wenn der Kontext offen ist für die Einführung der Maßnahme (Führung, Wissensmanagement, Praxis der Rückmeldung = high context)

---

[12] Antrobus S, Kitson A., „Nursing Leadership: influencing and shaping health policy and nursing practice", in: Journal of Advanced Nursing 29(1999)3 746-753
[13] Sachs M., „Erfolgreiche Strategien und Methoden der Implementierung von Pflegestandards. Eine systematische Übersichtsarbeit", in: Pflege 19(2006)1 33-44, 38
[14] Rycroft-Malone J., „The PARIHS Framework- A Framework for Guiding the Implementation of Evidence-based Practice", in: J Nurs Care Qual 19(2004) 4 297-304

- Wenn es ermöglichende und erleichternde Unterstützungen gibt, z.B. gut geschulte interne und externe Trainer und Experten (high facilitation= Erleichterung)

Wissen

Das Wissen, das der Maßnahme zugrunde liegt, kann aus mehreren Quellen stammen: der empirischen Forschung, der klinischen Erfahrung, der Erfahrung des Klienten/Patienten. Bei allen Quellen ist es wichtig, dass das Wissen untersucht, kritisch hinterfragt und für glaubwürdig erachtet wurde. Hierbei ist es durchaus möglich, dass wissenschaftliche Befunde einander widersprechen, keine konkrete Aussagen über Folgen für Pflege und Betreuung enthalten, dass es Unterschiede in der Einschätzung der Evidenz zwischen Wissenschaftlern und Praktikern gibt, und dass Entscheidungen davon abhängen, ob eine „kritische Masse" relevanter Personen zu einer bestimmten Zeit eine Position favorisieren, d.h. für oder gegen eine Maßnahme sind.. Dennoch kann genau die Offenlegung unterschiedlicher Einschätzungen und Bewertungen der Implementierung dienen, da die Anstrengungen, Konsens zu erzielen, durch die Offenlegung erhöht werden. Dennoch sollte der Einführung einer Methode oder Maßnahme das Bemühen vorangehen, (quantitativ oder qualitativ ermitteltes, wissenschaftliches) Wissen zu ermitteln. – Vergleichbares gilt auch für die Erfahrungen der Praktiker: intuitives, implizites (also in Praktiken und Vorgehensweisen gebundenes) Wissen kann artikuliert, überprüft, und von anderen Praktikern auf seine Brauchbarkeit hin reflektiert werden. [15]

Kontext

Der Kontext, innerhalb dessen sich Veränderung und Entwicklung vollzieht, ist „unendlich" oder überkomplex, da die

[15] Rycroft-Malone J, Kitson A., et al, „Ingredients for change: revisiting a conceptual framework", in: Qual Safe Health Care 11(2002) 174-180

Unterschiedlichkeit der Orte, Kulturen, Gemeinschaften beeinflusst durch soziale, politische, fiskalische etc. Faktoren nicht überblickbar ist. Dennoch wird der Versuch einer Gliederung der Faktoren unternommen, die das Umfeld einer Implementierung betreffen: [16]

- Kultur: Organisationen bringen mehr oder weniger günstige Lernkulturen mit sich, die Einzelne, Gruppenprozesse und Organisationssysteme unterschiedlich beachten. Mitarbeiterbeteiligung, dezentralisierte Entscheidungswege, eine gemeinsam entwickeltes Leitbild, ein effektives System der Qualitätsentwicklung gelten als Indikatoren einer konstruktiven Lernkultur.
- Leitung und Führung: Leitende haben die Aufgabe, betriebliche Kulturen für Lernprozesse zu öffnen. Voraussetzung dafür ist die Klarheit über Rollen und Aufgaben, über Formen der Zusammenarbeit im Team und effektive Arbeitsstrukturen. Gute Leitende können den „wissenschaftlichen" und den „handwerklichen" Aspekt von Pflege zusammendenken in Bezug auf Art und Struktur pflegerischer Handlungen. [17]
- Evaluation: die Verwendung unterschiedlicher Methoden und Quellen, um festzustellen, ob Veränderungen angemessen, effektiv und effizient sind, ermöglichen Initiatoren/Verantwortlichen von Veränderungen, diese den realen Gegebenheiten und Bedürfnissen immer neu anzupassen.

Erleichterung (Facilitation)

In der Regel übernimmt eine Person die Rolle des „Veränderungsagenten", Mentors, Praxisentwicklers, der eng mit

---

[16] McCormack B., Kitson A, et al „Getting evidence into practice: the meaning of ‚context'", in: Journal of Advanced Nursing 28(2002)1 94-104

[17] Manley K, „Organisational Culture and consultant nurse outcomes, part 1: organisational culture", in Nurs Stand 14(2000) 34-38

den Praktikern zusammenarbeitet und dafür Sorge trägt, dass die Veränderung für die Praktiker Sinn ergibt. Dafür benötigt die Person eine besondere Rolle, ein spezifisches Wissen und besondere Fertigkeiten. Auch hier werden drei Facetten von Erleichterung aufgeführt:

- Zweck: hier ist eine Bandbreite zwischen sehr spezifischen Aufgaben (instrumentell) bis zu recht umfassenden Aufgaben (Fallarbeit) anzunehmen.
- Rolle: Da sich die Rolle nicht von selbst erklärt, muss diese konkret entwickelt und beschrieben werden: Vorleben(Model), Begleitung(Mentoring), Feedback an Einzelne oder Teams(Evaluation), Entwicklung einer reflektierenden Lernkultur(Fallarbeit, Coaching).
- Je nach Ausprägung der Rolle sind es unterschiedliche Fertigkeiten und Eigenschaften, die der „Erleichterer" mitbringen sollte. Insgesamt ist anzunehmen, dass diese Personen ein weites Repertoire an wissenschaftlichen, pädagogischen, psychologischen, beratenden, organisationsbezogenen Fähigkeiten und Fertigkeiten benötigen.

Jeder der drei Faktoren –Wissen, Kontext, Erleichterung – kann im Rahmen eines Kontinuums mehr oder weniger stark oder schwach ausgeprägt sein. In der Literatur werden Tabellen vorgestellt, anhand derer man die Stärken und Schwächen einer Organisation in Bezug auf ein Implementierungsprojekt einschätzen kann.
Das PARIHS-Konzept wird in zunehmendem Masse verwendet, um Veränderungsprozesse zu strukturieren, zu planen und zu evaluieren. Es wird daran gearbeitet, ein Selbst-Einschätzungsinstrument zu erarbeiten, um die Bereitschaft für die Veränderung einzuschätzen und besondere Bereiche zu markieren, an denen im Vorfeld der Implementierung noch gearbeitet werden muss.

Das Wissen um Implementierungsprozesse im Arbeitsfeld Demenz ist begrenzt. Sehr oft wird eine Rat- und Hilflosigkeit beklagt, weil man nicht versteht, warum eine eigentlich gute Idee nicht funktioniert [18] oder es werden Hilfen, mehr Unterstützung durch Leitung eingeklagt ohne genau sagen zu können, worin diese genau bestehen sollen.[19] Glücklicherweise liegen zwei sehr detaillierte Studien zur System- und Methodenimplementierung vor, die diese Fragen weiterführen und präzisieren helfen.

[18] Hoffman S.B., Kaplan M., Problems encountered in the implementation of dementia care programs, in: American Journal of Alzheimer's Disease 13(1998)4, 197-202

[19] Schrijnemaekers V.J.J., van Rossum E., et al, „Compliance in a randomized conrolled trial: the implementation of emotion-orientated care in psycho-geriatric facilities", in: Journal of Advanced Nursing 39(2002)2 182-189

3. Ein Beispiel für Systemimplementierung: Das Amsterdamer „Meeting Support Program"

3.1. Ausgangslage

Pflegende Angehörige (PA) erfahren die Pflege von Menschen mit Demenz als außergewöhnliche psychische, körperliche und zuweilen auch ethische Überforderung. Diese resultiert oft in geringerer Lebenszufriedenheit, psychischem und psychosomatischem Leiden und vorzeitiger Heimaufnahme von Menschen mit Demenz in stationärer Versorgung. Letztere wird weniger durch die Qualität der (prä-morbiden) Beziehung bestimmt, sondern hängt ab von Schwere der Demenz und der Verhaltensänderungen, dem Alter der PA sowie Anzahl, Qualität und Vernetzung der unterstützenden Dienste.[20] Bestimmender Faktor für das Belastungsgefühl der PA sind Kompetenzgefühle, angewandte Strategien, Stress zu verarbeiten, Gefühle des Verlassenwerdens und die Qualität der Unterstützung durch Freunde, Familie und Professionelle. [21]

3.2. Empfundene Angebotslücken

Trotz vorhandener Unterstützungsangebote ergeben sich aus der Perspektive von PA folgende Lücken: Ein Mangel an Informationen über die Konsequenzen der Demenz für die weitere Lebensführung, über das Netzwerk der Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort sowie ein Mangel an praktischer, sozialer und emotionaler Unterstützung. Als Ursachen werden vermutet: der oft zufällige Charakter der vor Ort

---

[20] Vernooij-Dassen M.J.F.J., Dementie en thuiszorg, Amsterdam, Lisse:Swets&Zeitlinger 1993

[21] Dröes R.-M., Breebaart E., Meiland F.J.M, van Tilburg W., Mellenbergh G.J., „Effect of Meeting Centres Support Program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia", in: Aging & Mental Health 8 (2004)3 201-211

vorhandenen Unterstützungsangebote, die Ausrichtung des Angebotes entweder auf Menschen mit Demenz oder auf PA, die mangelnde „Passung" zwischen Angeboten und tatsächlichem Bedarf, die mangelnde Koordination der Angebote verschiedener Träger (Fragmentierung).

Wie haben sich niedrigschwellige Angebote in den Regionen entwickelt? Wie wurde und wird der Bedarf für dieses Angebot erhoben?

3.3. Meeting Centers Support Program

Auf dem Hintergrund dieser Befunde entwickelte die Vrije Universiteit Amsterdam (Abteilung Psychiatrie) ein Projekt „Meeting Centers Support Program" (MCP) für Menschen mit leichter bis mittelschwerer Demenz und der sie pflegenden Angehörigen.[22] Kernstück dieser Treffpunkte ist ein integriertes Programm, das die emotionalen und sozialen Themen in der Unterstützung aufgreift, sich auf Menschen mit Demenz und die sie pflegenden Angehörigen bezieht und dabei die individuellen Bedürfnisse und Probleme in der Beziehung zwischen beiden in den Mittelpunkt der Begleitung rückt. In verschiedenen Arbeitsformen werden für beide Seiten die wechselseitigen Anpassungsaufgaben in den Blick genommen, die notwendig sind, um das (gemeinsame) Leben mit Demenz zu stabilisieren. Diese Arbeit beruht auf einer psychosozialen Diagnose und einem darauf basierenden Unterstützungsplan.

Intensiver Kontakt zu Institutionen der Pflege und anderer Unterstützungsangebote werden gepflegt. Dafür bildet ein vereinbartes Protokoll über Zusammenarbeit die Grundlage. Zu den Partnern gehören die behandelnden Ärzte, Sozialarbeiter der

---

[22] Dröes R.-M., Breebaart E., Meiland F.J.M, van Tilburg W., Mellenbergh G.J., „The effect of integrated family support versus day-care only on behavior and mood of patients with dementia", in: International Psychogeriatrics 12(2000) 1 99-116

Kommune, Pflegedienste sowie die zuständigen (Sozial)Psychiatrischen Zentren.

Im Rahmen eines Vereins (social club) können Menschen mit Demenz und Angehörige bis zu drei Mal in der Woche zusammenkommen. Das Angebot umfasst: Information, Gesprächs- und Diskussionsgruppen, monatliche Treffen für alle Teilnehmende, Einzel- und Fallberatung, soziale Aktivitäten. Wichtig ist, dass die Angebote für Menschen mit Demenz und pflegende Angehörige parallel verlaufen, von einer kleinen Gruppe Professioneller durchgeführt werden, der Treffpunkt zentral liegt und einfach erreichbar ist.

Wie passen sich niedigschwellige Angebote in die vorhandenen Versorgungsstrukturen ein und welche Instrumente verwenden sie dafür? Wie verbindlich wird die Kooperation mit anderen Diensten vereinbart?

3.4. Ergebnisse

Die kleinschrittige, integrierte und intensive Struktur der Unterstützung hilft, eine vertrauensvolle Beziehung zu Menschen mit Demenz und den PA aufzubauen, so dass die angebotenen Hilfen auch angenommen werden können. Sie stellt in dieser Form einen „Mehrwert" gegenüber Tagespflege dar, der sich darstellen lässt in vergleichsweise weniger herausforderndem Verhalten, weniger Antriebslosigkeit, Depression oder als unsozial empfundenem Verhalten sowie in einer Stabilisierung der häuslichen Pflege bei gleichzeitiger Verzögerung stationärer Unterbringung.[23] Letztere liegt vermutlich darin begründet, dass PA vergleichsweise mehr persönliche, individuelle Unterstützung erfahren, infolge derer sie sich kompetenter im Umgang erleben

[23] Dröes R.-M., Meiland F., Schmitz M., Tilburg W., „Effect on combined support for people with dementia and carers versus regular day care on behavior and mood of persons with dementia: results from a multi-centre implementation study", in: International Journal of Geriatric Psychiatry 19(2004)7 673-684; „Effect of the meeting Centres Support Program on informal carers of people with dementia: Results from a multi-centre study", in: Aging & Mental Health 10(2006)2 112-124

und sogar ihr soziales Netzwerk erweitern konnten. U.a. gelang es den PA wesentlich besser, kritische Situationen im Vorfeld zu erkennen und im Ansatz zu meiden. Menschen mit Demenz erfahren neue Sozialkontakte insbesondere mit Menschen in der unmittelbaren Nachbarschaft. Der lokale Charakter verringert die Schwelle zur Nutzung des Angebots insbesondere für jüngere Menschen mit Demenz. Nicht zuletzt sind die Kosten insgesamt nicht höher als die der Tagespflege.

Dieser entlastende Effekt stellte sich besonders für PA dar, die als Partner eng mit der Person mit Demenz zusammenleben, dies auch weiterhin wollen und den stationären Aufenthalt zu verzögern trachten. Diese Gruppe hat im Vergleich zu Töchtern und Söhnen (transgenerationelle Pflegebeziehungen) auch eher die Möglichkeit, an dem Begleitprogramm teilzunehmen.

Wie genau stellen sich niedrigschwellige Angebote auf unterschiedliche Gruppen (transgenerationelle und Partner-Pflegebeziehungen) ein? Werden hier unterschiedliche Strategien in den Zugangsweisen und in der Unterstützungsstruktur entwickelt? Was bedeutet dies für jüngere Menschen mit Demenz, die in einer ganz anderen Lebenssituation Demenz erfahren als ein alter Mensch? Wie werden Paare begleitet, die „in Erwartung" einer Diagnose sind und sich in der Warteschleife der Memory-Kliniken befinden? [24]

3.5. Die Implementierungsstudie

3.5.1. Der Begriff „Implementierung": von der programmierten zur adaptiven Implementierung

[24] Monitz-Cook E., Manthorpe J. et al „Facing the future: a qualitative study of older people referred to a momory clinic prior to assessment and diagnosis", in: Dementia 5(2006)3 375-395

Auf der Basis des Erfolges des MCP in Amsterdam[25] wurden weitere Treffpunkte eingerichtet. Dies wurde genutzt, um die Voraussetzungen erfolgreicher Implementierung am Beispiel von elf Treffpunkten zu untersuchen.(IMO-Projekt)[26] Die Ergebnisse werden genutzt, um ein Implementierungshandbuch für MCP zu erstellen.[27]

Im Vorfeld der Untersuchung wurde ein theoretisches Modell der Implementierung entwickelt.[28] Dabei wird von folgender Definition des Begriffs „Implementierung" ausgegangen: Ein geplanter Prozess der Einführung von Innovationen oder Veränderungen von bewiesenem Wert mit dem Zweck, eine strukturelle Position bezüglich (professioneller) Tätigkeiten, das Funktionieren von Organisationen oder die Struktur des Gesundheitssystems zu sichern.[29]
Unter dem Prozessaspekt werden die üblichen Schritte der Projektprozessplanung verstanden: Veränderungsvorschlag, Zielgruppe, Ist-Analyse (Stärken und Schwächen, Umfeldanalyse, strategische Konsequenzen), Entwicklung einer Implementierungsstrategie (welche unterstützende und verhindernde Faktoren berücksichtigt), der Handlungsplan sowie eine Strategie zur Evaluation.

---

[25] Dröes R.-M., Amsterdamse Ontmoetingcentra – een nieuwe vorm van ondersteuning voor dementerende mensen en hun verzorgers. Eindrappport effectstudie, Amsterdam: Thesis Publishers, 1996
[26] Meiland F., Dröes R.-M., Vernooij-Dassen M., De Lange J., Gol R., Ritger H., Van Tilburg W., „Meeting Centers for people with dementia and their carers", in: De Regt W. & Van Splunteren P. (eds), Better Creative Innovation Cases, Koninklijke Van Gorcum, Assen (2001) 45-53; spezifische Angaben über Variationen der Treffpunkte in: Dröes R.-M., Meiland F.J.M.J.et al „Variations in Meeting Centers for people with dementia and their carers: Results of a multi-center implementation study", in: Arch.Gerontol.Geriatr.Suppl. 9 (2004) 127-147
[27] Dröes R.-M., van Ganzewinkel J, Draaiboeck Ontmoetingcentra voor mensen met dementie en hun verzorgers (Implementation Guide Meeting Centres for persons with dementia and their carers) Amsterdam 2003
[28] Meiland F.J.M., Dröes R.-M., De Lange J., Vernooij-Dassen M.J.F.J., „Development of a theoretical model for tracing faciliators and barriers in adaptive implementation of innovative Practices in dementia care", in: Arch.Gerontol. Geriatr. Suppl. 9(2004) 279-290
[29] Hulscher M., Wensing M, Grol R., Effective Implementation:Theories and Strategies, ZON, Den Haag, 2000

Die Beschäftigung mit unterschiedlichen Implementierungsprozessen führt dazu, grundsätzlich zwischen programmierter und adaptiver Implementierung zu unterscheiden: Programmierte Implementierungen stellen Prozesse dar, die eine im Vorfeld festgelegte, standardisierte Implementierungsmethode verwenden. Dies ist immer dann möglich, wenn es sich um ein „fertiges Produkt" handelt, über dessen Gehalt in der Profession Einigkeit besteht und das in einer schon bestehenden Infrastruktur weitergegeben wird. Beispiele sind nationale Richtlinien oder nationale Standards. Über Implementierungsprozesse solcher Richtlinien und Standards gibt es Forschungsliteratur.[30]
Weniger oder gar nicht erforscht ist die Einführung innovativer Pflegepraxis, über deren Wert es weder Konsens noch eine bestehende Infrastruktur zur Implementierung gibt. Insbesondere sind die jeweiligen lokalen Kontexte sehr verschieden, so dass Anpassungen der neuen Pflegepraxis an die regionalen/institutionellen Gegebenheiten notwendig sind.[31] Das Einlassen auf den Kontext beinhaltet, sich mit allen beteiligten Personen und Verantwortlichen auseinander zu setzen sowie das Zwischenspiel unterschiedlicher Einflusskräfte zu berücksichtigen, die auf Inhalt und Form der innovativen Praxis einwirken können. Im letzteren Fall gilt es, Unterstützung zu mobilisieren, die innovative Praxis zu legitimieren und mit der bestehenden Praxis vereinbar zu machen. - Für eben diesen Prozess der adaptiven Implementierung wird ein theoretisches Modell gesucht, um die

---

[30] z.B. Hogan DB, Jennett P., Freter S., Bergmann H., Chertow H., Gold S., „Recommendations of the Canadian Consensus Conference on Dementia: Dissemination, Implementation, and Evaluation of Impact" in: Can J. Neurol. Sci, 2001, Suppl. 1, 115-121; Wilkinson EK, Bosquanet A, Salisbury C, Hasler J, „Barriers and facilitators to the implementation of evidence-based medicine in general practice: a qualitative study", in: European Journal of General Practice 5(1999) 66-70

[31] Boekholdt M, Pepels R, „Implementation: introducing innovations in the field of care for the elderly", in: Nies H., Kollaard S. (eds), Innovation Work in the Field of Care for the Elderly in Practice, Bohn, Stafleu Van Lochum, 1994

Strategien und Faktoren zu identifizieren, die adaptive Implementierungsprozesse befördern oder blockieren.

Wie wird versucht, niedrigschwellige Angebote auf die konkreten regionalen Gegebenheiten mitsamt der dort maßgeblichen Personen und Institutionen hin anzupassen? Welche Erfahrungen gibt es dazu? Sind Forschungen dazu bekannt?

3.5.2. Das Modell der adaptiven Implementierung

Im Modell werden folgende Ebenen unterschieden:

1. Einflussfaktoren und Voraussetzungen
2. Phasen des Implementierungsprozesses
3. Verschiedene Ebenen, auf denen sich Implementierung vollzieht.

Daraus ergibt sich folgendes Schema:

Einflussfaktoren/Voraussetzungen
• Eigenschaften der Innovation • Zeit und andere operative Voraussetzungen • Personelle und finanzielle Ressourcen • Organisationsbedingungen

↓

Implementierungsprozess		
Vorbereitungsphase (Initiation) Mikroebene (primärer Prozeß) Mesoebene (sozialer Kontext) Makroebene (Struktur)	Durchführungsphase (Implementierung) Mikroebene (primärer Prozeß) Mesoebene (sozialer Kontext) Makroebene (Struktur)	Fortsetzungsphase (Stabilisierung) Mikroebene (primärer Prozeß) Mesoebene (sozialer Kontext) Makroebene (Struktur)

Eine jede Innovation trifft auf einen „Nährboden", der sich aus den jeweiligen regionalen, institutionellen, finanziellen und personellen Voraussetzungen ergibt. Die genaue Analyse dieses Nährbodens und die Ausrichtung sowohl der Maßnahme als auch der Strategie der Implementierung auf diesen entscheidet über Erfolg und Misserfolg.

Der Implementierungsprozess kann in jeder der drei Phasen variieren, da die Beteiligten sich immer wieder neu orientieren, die Situation verstehen, akzeptieren und sich dieser anpassen müssen. Dabei können bestimmte Faktoren, die in einer Phase förderlich sind, in einer anderen Phase eher hinderlich sein.

Abschließend hat die Implementierung eines neuen Systems (Treffpunkte) immer Auswirkungen und Wechselwirkungen mit dem bereits etablierten Versorgungssystem. Auch wenn die Primärprozesse (Arbeit mit den Menschen vor Ort) ausgezeichnet gelingen, sichert dies nicht das Überleben, wenn die Vernetzung in die Region auf institutioneller Ebene nicht gelingt. (Meso- und Makroebene)

3.5.3. Ergebnisse der Anwendung des Modells

3.5.3.1.Einflussfaktoren

Eigenschaften der Innovation

Wenn die Treffpunkte von anderen Anbietern, politisch Verantwortlichen und kommunalen Behörden als willkommene Ergänzung wahrgenommen werden, erleichtert dies deren Einführung sehr. Dies trifft zu, wenn es für die angezielte Klientengruppe (in der Regel Paare, von denen eine/r an leichter bis moderater Demenz leidet) noch keine differenzierten Angebote in der Region gibt. Werden keine Lücken wahrgenommen, stößt die Implementierung auf Schwierigkeiten.

Damit hängt der Erfolg der Treffpunkte mit der genauen Passung des Angebotes in die schon vorhandenen Strukturen ab. Je präziser dies gelingt, desto besser.

Die Treffpunkte greifen die politischen Bemühungen auf, PA zu entlasten und eine zunehmende Bandbreite unterschiedlicher Angebote im vorstationären Raum zu entwickeln. Gelingt es, die Treffpunkte innerhalb dieses mainstreams zu positionieren, erleichtert dies die Implementierung. Vorteilhaft ist es zudem, wenn man auf etablierte Beispiele verweisen kann (z.B. in Form einer Filmdokumentation).

Gibt es Forschungen dazu, wie sich niedrigschwellige Angebote entwickeln, präsentieren, positionieren? Wie Lücken identifiziert und genutzt werden? Welche Aspekte man zu berücksichtigen hat, um eine "präzise Passung" zu erreichen?

Zeit und operative Voraussetzungen

Zeit für die Vorphase der Implementierung sollte vorhanden sein– in der Regel wird bei den Treffpunkten von einer Vorphase von einem Jahr ausgegangen, um für die Treffpunkte zu werben und Unterstützung zu sichern. Konnte der Treffpunkt im Rahmen eines bereits bestehenden Angebotes platziert werden (Tagespflege), erleichterte dies die Implementierung. Der Rahmen der Beforschung erforderte einen genauen Implementierungsplan – eben dies vermittelte Zuversicht, da man jeden Schritt genau identifizieren und bewerten konnte. Psychologisch schien dies so bewertet zu werden: was beforscht wird, kann nicht daneben gehen.

Was ist in über die Rolle der „Beforschung" in Projekten bekannt – welche Erfahrungen liegen vor? Liegen Forschungsergebnisse vor, wie lange es braucht, um ein Angebot zu positionieren? Welche Vor- und Nachteile ergeben sich aus der Anbindung an vorhandene Institutionen?

Personelle und finanzielle Ressourcen

Der persönliche Enthusiasmus der Initiatoren garantiert, dass diese die Treffpunkte immer wieder auf die Agenda in relevanten, regionalen Konferenzen bringen. Hilfreich ist es, wenn einer der

Initiatoren umfassende Vorerfahrungen bezüglich Implementierung mitbringt.

„Wir waren total enthusiastisch(...), redeten viel miteinander (...) lasen die Bericht und Forschungsartikel, die alle sehr positiv klangen. Also dachten wir uns, dass wir dasselbe hier auch machen sollten. Und so begannen wir, das Model an unsere Situation anzupassen."[32]

Eine sichere Anfangsfinanzierung (1 Jahr) begünstigt, dass sich Initiatoren vollständig auf die Implementierung konzentrieren können. Dies war zumeist dann der Fall, wenn die Treffpunkte an bereits etablierte Angebote (Tagespflege) organisatorisch angebunden werden konnten.

Was ist über die Qualifikation und Hintergründe der Initiatoren niedrigschwelliger Angebote bekannt? Unter welchen Umständen entstehen Initiativen? Welche unterschiedlichen Erfahrungen werden gemacht bezüglich der Finanzierung?

Organisationsbedingungen

Wenn das Leitbild der Trägerorganisation mit dem der Treffpunkte konform ging – besonders bezüglich der Methode, der Zielgruppe und der Bedeutsamkeit der trägerübergreifenden Zusammenarbeit - ,die Trägerorganisation selber eine aktive, initiative Rolle im Netzwerk der Versorgung von Menschen mit Demenz spielte, erleichterte dies die Implementierung sehr. Umgekehrt: Gab es Befürchtungen bezüglich interner Konkurrenz um Ressourcen, Unterschiede in den Leitbildern, Zielgruppen und Finanzstrukturen, erschwerte dies die Implementierung.

„Manager, politisch Verantwortliche, die ‚doktorn' gerne selber herum,.... und eben dies motiviert sie sehr viel mehr, ihre eigenen Sachen zu verfolgen. Das Problem ist, dass jeder beginnt, das Rad

[32]Meiland F.J.M., Gröes R.-M., de Lange J., Vernooij-Dassen M.J.F.J., „Faciliatators and barriers in the implementation of the meeting centres model for people with dementia and their carers", in: Health Policy 71(2005) 243-253, 247

neu zu erfinden und dies ist nicht annähernd so erfolgreich wie der Versuch, ein bereits bewährtes Konzept einzuführen."[33]

Welche Erfahrungen mit Konkurrenz und Kooperation machen niedrigschwellige Angebote? Welche „Passungen" werden als förderlich, welche als hinderlich erfahren? Wie verändern niedrigschwellige Angebote die Organisationen, denen sie angehören?

3.5.3.2. Vorbereitungsphase

Auf der Mikroebene der Vorbereitungsphase wird der konkrete Bedarf erhoben, wie er sich in diesem Kontext an diesem Ort darstellt. Behörden, Anbieter von Dienstleistungen, Freiwilligendienste etc. werden befragt und der erhobene Bedarf zurückgemeldet. Eine geeignete Lokalität wird gesucht, die leicht erreichbar sein soll, eine zentrale Lage hat und möglichst keinen institutionellen Charakter aufweist. Die Anbindung an ein Heim hat für die Zielgruppe eher abschreckenden Charakter.

Auf der Mesoebene der Vorbereitungsphase wird die verbindliche Zusammenarbeit mit anderen Organisationen angestrebt, insbesondere Wohlfahrtsorganisationen, Trägern ambulanter und stationärer Pflege, freiwilligen Diensten. Pflegeversicherungen und Kommunen werden bezüglich der Finanzierung angefragt.

Auf der Makroebene der Vorbereitungsphase geht es darum, Gesetz, Regulaarien, aber auch geförderte Projektprogramme, die die Arbeit der Treffpunkte berühren, genau zu kennen, zu beachten und auszuschöpfen.

Über welche Planungserfahrungen verfügen niedrigschwellige Angebote? Welche Erfahrungen wurden gemacht mit Bedarfserhebung, Projektierung? Wäre es sinnvoll, positive und negative Beispiele zusammenzutragen im Sinnen einer „Handreichung"?

---

[33] siehe Fußnote 11

3.5.3.3. Durchführungsphase

Auf der Mikroebene der Durchführungsphase geht es um die konkrete Entwicklung und Durchführung der Arbeit mit Menschen mit Demenz und den Pflegenden Angehörigen. Die jeweilige Kompetenz, Kreativität und Motivation der Mitarbeiter sind hier von zentraler Bedeutung. Zudem ist es günstig, ein gemütliches und einladendes Interieur vorzuhalten, das keinen institutionellen Charakter aufweist und zum Verweilen einlädt. Andere Nutzer derselben Lokalität sollten über den Treffpunkt gut informiert sein und möglichst begrüßen.

„Es gibt hier eine Kindergruppe, daher auch viel Interaktion mit den Kindern. Die Kinder haben unsere Gruppen mehrfach besucht ... und dann singen sie zusammen und so weiter."

Wiederholte PR-Aktivitäten sichern den Zugang von Interessenten. Dafür wurden verschiedene Strategien benutzt: zuweisende Organisationen informieren, verschiedene Werbestrategien verwenden, die sich direkt an Klienten und Angehörige wenden und dabei auf die hohe Qualität der Materialien achten (Flyer). Die Bereitschaft, das Angebot immer wieder präzise auf die Nutzer anzupassen erhöht die Attraktivität in der Region. Daher kommen Nutzer und Mitarbeiter/Initiatoren regelmäßig zusammen, um Programm und Durchführung zu bewerten und zu entwickeln.

Insgesamt ist es eine beständige Herausforderung, die Zielgruppe zu erreichen und zu motivieren, da diese mit Pflege – und Wohlfahrtsorganisationen bislang eher weniger in Berührung gekommen ist.

Warum werden einige Angebote niedrigschwelliger Angebote sehr, andere kaum frequentiert? Gibt es Erfahrungen mit zugehenden, aufsuchenden Hausbesuchen durch Mitarbeiter niedrigschwelliger

Angebote? [34] Gibt es Forschungen dazu, die Lücke nach der Früh-Diagnose zu füllen?[35]

Auf der Mesoebene der Durchführung wird aktiv die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern gesucht, um einen stetigen Zufluss von Interessenten zu sichern, fallbezogene komplexe Lösungen zu ermöglichen (Kooperation verschiedener Anbieter) und die Vermittlung zu intensiveren Formen von Betreuung und Pflege anzubahnen. Finanzierende Institutionen sind zu überzeugen, ihr Engagement beizubehalten.

Auf der Makroebene der Durchführung gilt es, eine gesicherte Position im Gefüge der Regelfinanzierung anzustreben. Da die Aufgaben der Treffpunkte an der Schnittstelle sozialkultureller und pflegerischer Arbeit angesiedelt ist, ergeben sich komplexe Zuständigkeitsfragen. Genaue Kenntnisse der Rechtslage ist hier für das Überleben entscheidend.

3.5.3.4. Fortsetzungsphase

Auf der Mikroebene der Fortsetzungsphase gilt es, die Qualität der Kernprozesse zu stabilisieren: das Angebot weiter eng an den Bedarf von Klienten und Angehörigen heranzuführen, die Motivation der Mitarbeiter zu halten, um durch Wechsel keinen Wissens- und Erfahrungsverlust zu erleiden, in den PR-Aktivitäten nicht nachzulassen. Die Treffpunkte sollten ihren offenen, für jedermann zugänglichen Charakter bewahren und eine Bandbreite von Tätigkeiten im Treffpunkt bzw. der diesen beherbergenden Institution anbieten: „Ein Teilnehmer bei uns beschäftigt sich mit Wasserfarben, zwei Männer besuchen einen Musikkurs und zwei Damen machen Handarbeit. Dabei treffen sie Leute aus der unmittelbaren Nachbarschaft."

---

[34] vgl Gogol A., Präventive Hausbesuche: Die Barfuß- und Rucksackpflege, in: Schwerdt R.(Hrsg), Prävention in der Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz, Fachhochschulverlag 2005

[35] Pratt R., Clare L, Kirchner V., „'It's like a revolving door syndrome': Professional perspectives on on models of access to services for people with early-stage dementia", in: Aging & Mentaql Health 10(2006)1 55-62

Als Problem stellte sich heraus, dass andere, kooperierende Institutionen oft mit Engpässen in der Aufnahme neuer Klienten zu tun haben, so dass Lücken im Netzwerk der Versorgung entstehen. Dadurch verblieben Klienten oft zu lange bei den Treffpunkten mit der Folge, dass Wartelisten entstanden, die den freien Zugang einschränkten und dazu verführten, in den Werbeaktivitäten nachzulassen.

Andere Probleme entstanden, wenn zuweisenden Institutionen das genaue Angebotsprofil der Treffpunkte nicht deutlich war, wenn zuwenig Alternativen für Klienten zur Verfügung standen, die den Kriterien der Zielgruppe nicht entsprachen, wenn Klienten Probleme hatte, sich von den Treffpunkten zu verabschieden.

Zuverlässiger Partner anderer Anbieter zu sein sichert die Existenz der Treffpunkte auf der Mesoebene der Fortsetzungsphase. Dies mag dazu führen, den Treffpunkt in die eigene Angebotsstruktur zu integrieren. Das war dann der Fall, wenn kooperierende Einrichtungen den Treffpunkt für die eigene Akquise glaubten nutzen zu können, von der Arbeit des Treffpunktes zu lernen können glaubten. Auf der Makroebene sind Versuche zu werten, nationale Übereinkünfte über die flächendeckende Einführung von Treffpunkten und deren Finanzierung zu erzielen.

Wie gehen niedrigschwellige Angebote mit Situationen um, für die sie eigentlich nicht ausgestattet sind, die sie aber dennoch annehmen, weil es keine weiterführende Angebote gibt? Wie gestalten sich Loslösungsprozesse?

3.5.4. Zusammenfassung

Motivierte Mitarbeiter/Initiatoren, motivierte, unterstützende Organisationen, finanzielle Ressourcen und Kooperation mit anderen Anbietern, kontinuierliche , beständig variierende Werbeaktivitäten stellen sich in allen Phasen als wesentliche Erfolgselemente heraus.

Wartelisten dagegen stellten sich je nach Phase als vor- oder nachteilig dar: Zu Beginn sind Wartelisten dieser Klientengruppe für betreuende Angebote von Vorteil, da die Personen froh sind, eine Anlaufstelle zu haben; in der Fortsetzungsphase dagegen wirkten sie sich nachteilig aus, da sie Klienten hinderten, die für sie passenden Angebote zu nutzen.

Insgesamt weist das Modell ein Potential auf, hinderliche und förderliche Faktoren von Implementierungen innovativer Konzepte in Pflege und Versorgung über mehrere Entwicklungsphasen hinweg zu identifizieren.

4. Ein Beispiel für die Implementierung einer Intervention im stationären Bereich: Snoezelen

4.1. Intervention und Implementierung

In der vorliegenden Studie[36] geht es um die Einführung von Snoezelen in die Regelabläufe von Pflege und Betreuung, nicht um die Einführung eines Snoezelenraumes.[37] Während der Pflege soll eine auf den Einzelnen ausgerichtete, behutsame sensorische Anregung erfolgen, die der Person Freude bereitet und keine höheren kognitiven Anforderungen stellt.

Die Einführung von 24-Stunden Snoezelen (Intervention) verbindet sich dabei mit dem Ziel, klienten/person-zentrierte Pflege in Wissen, Fertigkeiten und Haltung zu verankern, um den physischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Bedürfnissen der Klienten gerecht zu werden. Es wird davon ausgegangen, dass zunehmendes Verstehen der Klienten zu vermehrtem Wohlbefinden derselben führt.[38]

Zunehmendes Verstehen muss sich aber konkretisieren, also in Projekten „operrationalisiert" werden.(Interventionen, z.B. Snoezelen einführen) Daher ist es von entscheidender Bedeutung zu wissen, welche Faktoren die Einführung von - die Pflege und Betreuung humanisierenden - Projekten befördern und behindern. Die genaue Kenntnis der Implementierungsprozesse sind damit der Schlüssel zur Optimierung konkreter, humanisierender Projekte, die zur person-zentrierter Pflege beitragen.

Weiterhin kann aus den Ergebnissen der Anwendung von Interventionen (z.B. Verhaltensveränderungen oder

---

[36] van Weert J.C.M., Kerkstra A., van Dulmen A.M., Bensing J.M., Peter J.G., Ribbe M.W., „The implementation of snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregivers", in: International Journal of Nursing Studies 41(2004) 397-409

[37] Zur kritischen Einführung vgl Perrar K.D., „Snoezelen- ein Betreuungsangebot auch für alte und hochbetagte Menschen?", in: Ergotherapie & Rehabilitation 11(2003) 5-11, 12(2003) 13-16

[38] „Research ... suggests that identifying social care outcomes is essential if servives are to improve." Sylvia Cox, Developing quality in services", in : Cantley C., A Handbook of Dementia Care, Open University Press 2001, 264

Zufriedenheitsbekundungen der Klienten) nur dann Rückschlüsse auf den Wert der Intervention gezogen werden, wenn man weiß, ob die Intervention (z.B. Snoezelen) auch so durchgeführt wurde wie beabsichtigt. Ansonsten bleibt offen, ob z.B. Snoezelen zu schlechten Ergebnissen geführt hat, weil die Intervention wenig tauglich ist oder weil es schlecht umgesetzt wurde.[39]

Die Studie eines Implementierungsprozesses erfordert einen genauen Implementierungsplan, um Intervention und Implementierung zu trennen und phasenspezifisch fördernde und hinderliche Faktoren zu identifizieren.

4.2. Implementierungsprozess und Implementierungsplan

Der Implementierungsprozess besteht aus verschiedenen Maßnahmen, die auf folgenden Ebenen angesiedelt sind:

- Vermittlung von theoretischem Wissen(was)
- Fertigkeiten: Training praktischer Tätigkeiten(wie)
- Veränderungsbereitschaft: mit dem Gesamtteam Übereinstimmung über die Tätigkeiten und das Pflegeverständnis finden
- Gewohnheiten: Verhalten von Pflegenden und damit einhergehende Arbeitsstile verändern
- Die existierende Ablaufstruktur an die Intervention anpassen oder neu entwickeln
- In der Organisationsstruktur dafür Sorge tragen, dass das gewählte Pflegemodell auch weiterhin fortgesetzt wird.

Des weiteren gilt es kontextuelle Faktoren zu untersuchen wie z.B. die Bereitschaft der Leitenden, die Implementierung aktiv zu

[39] Burgio L., Corcoran ., et al, „Judging outcomes in psychosocial interventions for dementia caregivers: the problem of treatment implementation“, in: The Gerontologist 41(2001)4 481-489; Schrijnemaekers V.J.J., van Rossum E., et al, „Compliance in a randomized conrolled trial: the implementation of emotion-orientated care in psycho-geriatric facilities“, in: Journal of Advanced Nursing 39(2002)2 182-189

unterstützen.[40] Aus diesen Prozessebenen ergibt sich folgender Implementierungsplan:

a) Training der gesamten Teams durch qualifizierte Trainer
b) Einrichtung einer Arbeitsgruppe, die den Implementierungsprozess evaluiert, wenn nötig anpasst und bei Bedarf neue Tätigkeiten initiiert.
c) Jedem Teammitglied wird ein Klient zugeordnet mit dem Auftrag, Lebensgeschichte und Vorlieben zu recherchieren. Für jeden Klient wird erarbeitet, welche Stimulationen bevorzugt werden. Dazu gibt es ein vereinbartes Beobachtungsverfahren, in dem die Pflegenden geschult werden. Dieses Assessment mündet in einen Snoezelenplan, der für spezifische Verhaltensformen der Klienten bestimmte Strategien vorsieht.(z.B. bei der Angst vor der Nachtruhe beruhigende Einreibungen) Dieser Plan wird sodann in die Pflegeplanung „eingearbeitet", um den Ansatz des 24-Stunden Snoezelens in die Aktivitäten des täglichen Lebens zu integrieren. Abschließend werden alle anderen Teammitglieder über den nun veränderten Plan informiert. (wie der Klient geweckt, berührt, angesprochen werden soll)
d) Innerhalb von 18 Monaten erfolgen 3 Nachtreffen (Follow-Ups) mit dem Trainer. Hierbei wird die Implementierung in die alltägliche Pflege reflektiert und Rückmeldung gegeben.
e) Zwei Treffen zusammen mit den Leitungsteams der beteiligten Einrichtungen unterstützen die Implementierung auf der Organisationsebene. (Entwicklung eines umfassenden Implementierungsplanes, Präsentation und Reflexion dieser Planungen im Plenum).

Gibt es Forschungen darüber, wie Methoden wie Basale Stimulation, Validation, Integrative Validation, Dementia Care

[40] vgl: Morgan D.G., Stewart N.J., D'Arcy C., Cammer A.L., „Creating and Sustaining Dementia Special Care Units in Rural Nursing Homes: The Critical Role of Nursing Leadership", in: Nursing Leadership 18(2005)2 74-99

Mapping in Deutschland eingeführt und umgesetzt werden? Ist es bekannt, woran deren Einführung scheitert und welche Kernprozesse zum Gelingen führen?

4.3. Ergebnisse der Evaluation des Implementierungsprozesses

Bedenken und Annahmen

Mit Schulungen und Trainings zeigten sich die Teilnehmenden sehr zufrieden, allerdings wurden schon am Ende der Trainings Bedenken laut, man werde nicht genügend Zeit haben, die Arbeitslast sei zu groß, es gebe bestimmt Probleme mit Finanzen und Materialbeschaffung, an der Unterstützung durch die Leitung könne es fehlen, es könne an geeigneten Räumlichkeiten mangeln und die Reaktionen von Angehörigen könnten sich verhindernd auswirken.

Gibt es Forschungen darüber, wie Angehörige für Veränderungen in der Pflegekultur stationärer Einrichtungen gewonnen werden können? Gibt es Forschungen darüber, wie sich überzeugte und motivierte Angehörige auf die Bereitschaft von Teams, sich auf Neuerungen einzulassen, auswirken?

Nachtreffen

Die größte Herausforderung wird von allen darin gesehen, den neuen Arbeitsstil konsequent beizubehalten und nicht in Krisensituationen in die alte aufgabenorientierte, funktionale Arbeitsweise zurückzufallen.[41] Die Nachtreffen wirkten ermutigend auf die Bemühungen, am Ball zu bleiben.

An welchen Punkten des Implementierungsprozesses fallen Teams in alte Gewohnheiten zurück und wie „erinnern" sie sich an ihr Projekt? Wie schaffen es Teams, Projekte zugleich zu „wollen" und zu blockieren? Hat dies u.U. auch etwas mit dem Thema Demenz zu tun?

---

[41] vgl: Lintern T., Woods B., Phair L., „Training is not enough to change care practice", in: The Journal of Dementia Care 8(2000)2 15-17

Individuelles Coaching und Feedback

Am wichtigsten wurde allerdings das individuelle Coaching und die individuelle Rückmeldung in unmittelbarem Zusammenhang mit realer Pflege und Betreuung beurteilt. Da die Wohnbereichsleitungen diese Aufgabe wahrnehmen sollten, benötigten diese eine besondere Begleitung (coaching) um zu lernen, wie Rückmeldung zu erfolgen hat. [42] In zwei Bereichen wurde eine besonders qualifizierte Person benannt (Koordinatoren), um die Wohnbereichsleitungen in den Rückmeldungen und Coachingprozessen zu unterstützen.[43] In einem weiteren Bereich erfuhren die Teams ein besonderes Training, um sich im Team wechselseitig Rückmeldung zu geben.

Welche Aufgaben und Rollen spielen Fachkräfte für Gerontopsychiatrie in Deutschland? Wer nimmt diese „Coachingrolle" wahr?

Der Snoezelen Pflegeplan

Der um Snoezelen-Elemente bereicherte und veränderte Pflegeplan wurde als hilfreich bewertet, „da man hier etwas hat, auf das man sich beziehen kann, was einem sagt, wie man die Pflege durchführen soll." Wichtig war es, die Besonderheiten von Snoezelen in den Rahmen täglicher Arbeiten einzubinden, um damit Gelegenheit zur Wiederholung und Bildung positiver Gewohnheiten zu schaffen. [44]

---

[42] vgl Hennig A., Riesner C., Schlichting R, Zörkler M, „Qualitätsentwicklung in Pflegeeinrichtungen durch Dementia Care Mapping?" Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft 2006, 66-71

[43] Leider wird deren Rolle nicht genauer beschrieben. Vgl dazu: Müller-Hergl, C. „Focus on the change agent", in: The Journal of Dementia Care 11(2003) 6 8-10; "Personen-Programme-Prozeduren. Perspektiven einer Weiterbildung für Demenzpflege und Gerontopsychiatrie im Praxisverbund", in: Tackenberg P, Abt-Zegelin A, (Hrsg) Demenz und Pflege, Mabuse Verlag 2000, 117-134

[44] Coaching bzw. auch fallbezogene Supervision im Zusammenhang mit Planungsinstrumenten haben sich auch in anderen Studien als „Kernprozesse des Wandels" erwiesen, vgl.: Berg A., Hansson U.W., Hallberg I.R., „Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward", in: Journal of Advanced Nursing 20(1994) 742-749

Gegenseitige Beratung

Geplant und eher spontan begannen die Teammitglieder, mehr und intensiver sich über Klienten auszutauschen und positive Ansätze der KollegInnen in der eigenen Arbeit aufzunehmen. Das kollektive Wissen wurde in höherem Masse jedem einzelnen Mitglied bewusst und Ausgangspunkt für das eigene Handeln. [45]

Weitere positive Auswirkungen zeigt die Arbeitsgruppe, wenn es gelang, ihr genügend Zeit einzuräumen. Ablaufstrukturen änderten sich, insbesondere die festen Zeiten für Grundversorgung.

Kontextuelle Faktoren

Die nach den Schulungen geäußerten Befürchtungen bestätigten sich zum Teil. Großer Arbeitsbelastung bei Unterbesetzung führte immer dazu, dass sich die alte, funktionale Haltung wieder zeigte. Von entscheidender Wichtigkeit war die Unterstützung und Würdigung der Bemühungen durch die Leitung. Ihr Fehlen hatte durchweg einen demotivierenden Effekt.

4.4. Evaluation der Ergebnisse der Implementierung von 24 h Snoezelen

Haltung

Wissen, was jemandem Freude bereitet und was nicht, Personen mehr im Detail zu verstehen, macht es schwerer, funktionale Pflegestile beizubehalten. Dieser Perspektivenwechsel gelang den meisten Mitarbeitern, aber nicht allen. Die Konkretisierung person-zentrierter Pflege anhand eines Bausteins (Snoezelen), der detailliert durch operrationalisiert wurde, half dem Team, den Perspektivenwechsel praktisch zu leben. Dabei bewertete das Team die Integration in den pflegerischen Alltag wichtiger als die Versorgung mit adäquaten Materialien. Insgesamt berichten die

[45] vgl Nonaka I., Toyama R., Konno N., „SECI, Ba and Leadership: a unified Model of Dynamic Knowledge Creation“, in: Long Range Planning 33(2000) 5-34

Pflegenden von einem vermehrt problemlösungsorientierten Ansatz im Zugang und Verstehen. Es konnte gezeigt werden, dass diese Veränderungen in Richtung person-zentrierter Arbeit über einen Zeitraum von 18 Monaten anhielten und besonders das Verhalten von Pflegeassistenten stabiler Veränderung in der Haltung zugänglich war. [46]

„In der Vergangenheit sagten wir: ‚dieser Klient ist unruhig, welche Medikation können wir ihm geben?' Heute beraten wir unser Problem in der multidisziplinären Arbeitsgruppe: 'wir haben dies versucht, Aromatherapie, wir haben das Musikkissen versucht; das eine scheint etwas zu wirken, das andere nicht"'.

Immer wieder werden als mitarbeiterbezogene Ergebnisse von Veränderungsprozessen in der Gerontopsychiatrie Beobachtungen berichtet, dass sich Belastungserleben verringert hat und man „mehr Zeit" habe als vorher. [47] Weniger deutlich werden die konkreten Entscheidungen, Prozesse, neuen Strukturen, die sich mit diesen Ergebnissen direkt verbinden lassen. Zwar werden die neuen Arbeitsstrukturen benannt, nicht aber verdeutlicht, warum es eben diese sind, die ein neues Erleben und Bewerten von Arbeit mit sich bringen.

Ablauforganisation

Um dem Diktat von Zeit und Funktion zu entgehen, wurden in einigen Bereichen die Uhren abgeschafft. In vergleichbarer Weise wurde daran gearbeitet, von verinnerlichten Bildern des Erledigens und „Fertigwerdens" bis zu bestimmten Zeiten oder Tagesabschnitten loszukommen. Trotz zunehmender Flexibilität konnten alle Aufgaben erledigt werden. Die „Kampfsituation" der Morgenpflege entspannte sich und der Rest des Tages schritt gemächlicher voran.

---

[46] van Weert J.C.M., Janssen B.M. et al, „Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care", in: Journal of Advanced Nursing (2006) 656-668

[47] z.B. Cohen-Mansfield J., Flexibility as a management principle in dementia care: the Ardards Example, in: The Gerontologist 46(2006)4 540-544

Wie wird das Gefühl, sich in einer neuen Praxis sicher zu fühlen, vermittelt? Wie stellt sich dieses Gefühl auf kollektiver und individueller Ebene ein?

Die Kombination von Veränderungen auf der Mitarbeiterebene und Veränderungen auf der Ebene der Ablauforganisation stellte sich als ein wesentlicher Schlüssel zum Erfolg heraus. Wurde einer dieser beiden Ebenen nicht nachhaltig verfolgt, kam der Implementierungsprozess ins Stocken. Beide Implementierungsebenen wirken zusammen, um die gewünschten Interventionen in den Details des Alltags zu verankern.

Beide Ebenen müssen von einer anhaltenden, nachdrücklichen Unterstützung durch das Management begleitet werden, die sich in Interessen, Ressourcen an Geld und Zeit und öffentlicher Anerkennung ausdrückt. Die Veränderungen in der Ablauforganisation irritieren Kontrollüberzeugungen und damit Routinen der Mitarbeiter. Die Unterstützung eines Systems von Coaching und Feedback sowie der Einführung der Rolle des Koordinatoren durch die Leitung halfen den Mitarbeitern, neue Routinen und Kontrollüberzeugungen zu entwickeln. Eben hier wüsste man gerne genauer, wie diese Rollen geschaffen und die neuen Kontrollüberzeugungen „genährt" wurden. Diese Implementierungsinstrumente haben sich für die Stabilisierung neuer Methoden und Haltungen als Teile eines Motivationssystems bewährt.[48] Beständige Aufmerksamkeit des Managements auf allen Ebenen des Implementierungsprozesses motivierte Mitarbeiter, ließ Fehler frühzeitig erkennen und die Intervention den Gegebenheiten anzupassen. Eine Kombination von Coachingprozessen sowohl für die Leitung als auch für die Wohnbereichsleitungen wird abschließend als einer der wichtigsten Schlüssel für einen erfolgreichen Implementierungsprozess gewertet.

---

[48] Grol R., Grimshaw J., „Evidence-based implementation of evidence-based medicine", in: Journal on Quality Improvement 25(1999)10 503-512

Es ist plausibel anzunehmen, dass es einen zirkulären Prozess gibt, in dem sich Arbeitsbelastung, Verhaltens- und Zustandsveränderungen der Klienten und psychologische Ergebnisse bei den MitarbeiterInnen wechselseitig beeinflussen.[49] Diesen positiven zirkulären Prozess zu untersuchen könnte ein lohnenswertes Forschungsprojekt sein. Snoezelen wirkt sich positiv auf Apathie, Depressivität, Verlust des Anstandsgefühls aus[50]; dies vermittelt den Pflegenden das Gefühl, wirksam und richtig gehandelt zu haben und stabilisiert ein Sicherheitsgefühl im Kontakt. Dies wiederum unterstützt einen entspannteren Arbeitsstil, der sich wiederum positiv auf die Klienten auswirkt. Unterstützt Leitung diesen Prozess, kommt ein „Engelskreislauf" in Gang, der sich wechselseitig verstärkt und stabilisiert. Wie genau diese Faktoren voneinander abhängen und aufeinander einwirken ist noch zu erforschen.

4.5. Abschließende Empfehlungen

1. Die strategischen Ziele der Leitung sollten vor Beginn des Implementierungsprozesses entwickelt werden. (beinhaltet Stärken und Schwächen, Umfeld, Risiken, stakeholder-Analyse) Erfahrungsgemäß muss mit einer Zeit von 9 Monaten gerechnet werden.
2. Die Zeit für den Beginn eines Implementierungsprozesses muss wohl überlegt werden (instabiles Team, viele andere Projekte)
3. Das ganze Team muss trainiert werden mit dem Ziel, Haltungsveränderungen zu bewirken

---

[49] Van Weert J.C.M., van Dulmen A.M. et al, „The effects of the implementation of snoezelen on the qualiy of working life in psychogeriatric care", in: International Psychogeriatrics 17(2005)3 407-427; vgl Kitwood T., Demenz: der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen, Hans Huber 2000, 85-105

[50] Van Weert J.C.M., van Dulmen A.M. et al, „Behavioral and mood effects of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care", in: Journal of the American Geriatrics Society, 53(2005) 24-33

4. Der Trainer sollte im Gesamtprozess, besonders aber bei den Follow-Ups als Ressource zur Verfügung stehen
5. Wiederholte Evaluationen des Implementierungsprozesses helfen, sich rechtzeitig neuen Herausforderungen anzupassen
6. Unterstützung der Wohnbereichsleitungen durch Coaching und durch Koordinatoren
7. Regelmäßige, fachliche Rückmeldung an jedes Teammitglied
8. Nachhaltiges Interesse und detaillierte Aufmerksamkeit durch Leitungen
9. Ein umfassender, detaillierter Implementierungsplan.

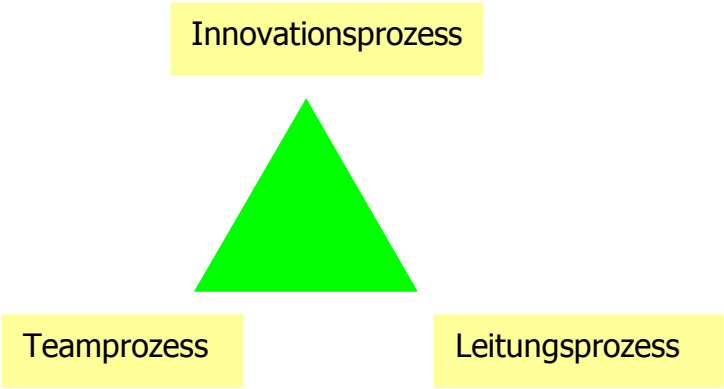
4.6 . Weiterführende Fragen zur Methodenimplementierung

zum Kontext

Interventionen/Innovationen werden oft in Einrichtungen eingeführt ohne vorhergehende „Organisationsdiagnose". Interventionen geschehen oft in eine Art „black box" hinein: Schulungen und umfassende Qualifikationen werden anberaumt, Coachings durchgeführt (Papier- und Prozessimplementierung), und dann wird gesehen, ob es „was bringt". Die Gefahr, dass diese Interventionen nicht greifen und kein Entwicklungs- und Lernprozess in Gang kommt, ist groß. Methoden der institutionellen Diagnose stammen in der Regel aus Wirtschaftsbereichen, die stark funktional und arbeitsteilig organisiert sind. Im Feld der Demenz gilt es jedoch, eine Lebenswelt herzustellen, in der das Funktionale eher hintergründig eingebettet ist und in der funktionsübergreifend gearbeitet wird. Gibt es einfache, praxisrelevante Screening-Instrumente, um die Bereitschaft und Fähigkeit für den Wandel (readiness for change) einzuschätzen – an möglichst demenzrelevanten Indikatoren wie z.B. die Reaktion von Leitenden und MitarbeiterInnen auf

bestimmte Szenenbeschreibungen?[51] Gibt es zudem Instrumente, um einzuschätzen, welche Intervention zu einem gegebenen Zeitpunkt sinnvoll ist?

Eine weitere Frage zum Kontext betrifft die Prozessebenen der Implementierung. Auch hier scheint sich ein Dreieck abzuzeichnen von Leitungsprozess, Interventions/Innovationsprozess sowie Teamprozess:

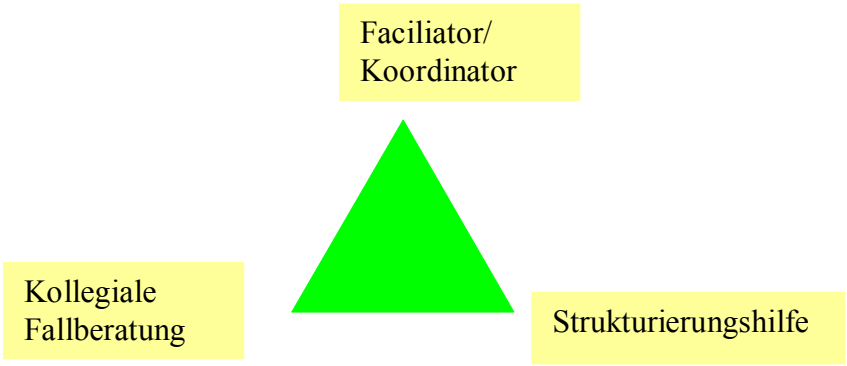


Zunächst scheint es wichtig, dass Leitung eine Vision zu der einzuführenden Innovation gewinnt und den Prozess dorthin im Rahmen einer Projektplanung vordenkt bis zum Punkt einer Auftragserteilung (Delegation mit klar umschriebenen Delegat). Dem schließt sich ein Prozess der Entwicklung der eigentlichen Innovation an: Anpassung der Maßnahme an die lokalen Gegebenheiten („Neuerfindung" des Erfundenen) und Entwicklung von Details für die Einführung, strukturelle Einbindung, Schulung etc. Der Teamprozess wiederum folgt der Logik des „jetzt – und – hier- Möglichen", folgt in Teilen den vorgezeichneten Prozessschritten, wandelt diese und die Innovation im Prozess der Aneignung aber auch um. - Welchen „Logiken" folgen diese verschiedenen Prozessebenen? Wie sind sie zu parallelisieren? Inwiefern entwickeln sie ihr Eigenleben, das es zuzulassen gilt?

Zur Facilitation

[51] vgl. Brooker D., Dementia Care Style Questionnaire (unveröffentlicht), Lintern T. & Woods, B., Approaches to Dementia Questionnaire (unveröffentlicht)

Eine weitere Beobachtung betrifft den Kernprozess zwischen einem „Erleichterer" (Teamcoach, Koordinator, Faciliator), der fallbezogenen Supervision/Praxisberatung/kollegialen Fallarbeit sowie der Strukturierung in Form von Pflege- oder Snoezelen- oder Validierungsplänen.



Sowohl in der Studie zur Supervision wie in der Studie zum Snoezelen fanden sich Hinweise, dass diese drei Kernelemente für die Implementierung unverzichtbar sind.[52] Immer wieder wird berichtet, dass sich Teamprozesse dann positiv verändern, wenn kollegiale Austausch fall- und fachbezogen ist und die Konsequenzen dieses Austausches verbindlich in die Strukturen des Alltag Eingang finden, z.B. durch genaue Projektplanung, Pflegeplanung, Snoezelenplanung. Daraus ergeben sich mögliche Fragen: muss vor der Implementierung einer Intervention/Innovation zunächst ein „Vorkämpfer" in der Rolle des Koordinators ausgebildet und eingerichtet werden, damit dieser die dann zu qualifizierenden KollegInnen begleiten kann? Welche Qualifizierung muss ein derartiger Koordinator mitbringen? Wie müssen die Strukturierungshilfen aussehen, damit der Koordinator die Ergebnisse von fallbezogenen Praxisgesprächen verbindlich machen kann?

[52] vgl. Fußnoten 30,35,38

5. Ausblick und Abschluss

In beiden Studien kann das Ergebnis festgehalten werden, dass Fragen der Implementierung neben Innovationsfragen erhebliches Gewicht zukommen muss. Die Art und Weise, wie und ob ein neues System oder neue Methode Klienten/Patienten zugute kommt oder nicht hängt wesentlich von der Art und Weise ihrer Einführung ab. Insofern wäre zu fragen, ob Ausbildungen, Fort- und Weiterbildungen, Trainings in Methoden und Verfahren nicht in weit umfassenderem Masse als bislang einen bewusst gestalteten Implementierungsrahmen benötigen.

Im Falle der Systemimplementierung stellt sich die Frage, inwiefern Nutzer und Kontext (stakeholder, Umfeld) nicht nur in die Umsetzung, sondern auch in die Gestaltung und Veränderung des Angebotes (niedrigschwellige Angebote) systematisch einzubeziehen sind. Im Fall der Methodenimplementierung könnte überlegt werden, ob im Rahmen von Qualitätsprüfungen Implementierungsfragen nicht ein vergleichbares Gewicht wie Fragen nach Maßnahmen und Innovationen einnehmen könnten. Dies würde im System ein wachsendes Bewusstsein dafür schaffen, sich als lernend, entwickelnd, anpassend zu begreifen.

Zum Schluss noch eine Beobachtung, die in vielen Studien zutage tritt: Immer wieder wird reflektiert, dass die anvisierten Zeithorizonte für die Implementierung viel zu kurz bemessen waren. Dies scheint auch mit dem oft wenig funktional greifbaren Inhalt der Interventionen/Innovationen zusammenzuhängen, die vielfach beabsichtigen, auf Haltungen einzuwirken und die diese verkörperlichenden Prozeduren und Arbeitsweisen verändern zu wollen. Brauchen Innovationen im Arbeitsfeld Demenz besonders viel Zeit?