



**UNIKLINIK
KÖLN**

Zentrum für
Palliativmedizin

Abschlussbericht zum Forschungsprojekt

Palliative Care und Demenz

„Implementierung einer Arbeitshilfe
zum Erkennen und zur Erfüllung der Bedürfnisse
von Menschen mit schwerer Demenz in der Versorgungspraxis
der ambulanten und stationären Altenhilfe mit dem Ziel
einer bedürfnisorientierten Versorgung“

Projektförderung

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Förderkennzeichen: ZMVI8-2515BAP154

Aktenzeichen: 303-1700-11/002

Projektzeitraum

01.09.2015 – 31.08.2017

Autoren

Dr. rer. medic. Dipl.-Ges.-Ök. Holger Schmidt

Dipl.-Päd. Yvonne Eisenmann

Dr. med. Klaus Maria Perrar

Projektleitung

Dr. med. Klaus Maria Perrar

Univ.-Prof. Dr. Raymond Voltz

Zentrum für Palliativmedizin

Uniklinik Köln

Kerpener Str. 62

50937 Köln

Wissenschaftliche Projektmitarbeiter

Dipl. Päd. Yvonne Eisenmann

Dr. rer. medic. Dipl. Ges.-Ök. Holger Schmidt

Hinweise zum Sprachgebrauch:

Bei Personen- und Berufsbezeichnungen werden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht durchgehend beide Geschlechterformen verwendet (z.B. Bewohnerinnen und Bewohner, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter). Die Verwendung nur einer Geschlechterform schließt selbstverständlich die andere mit ein.

Inhalt

Abbildungsverzeichnis.....	4
Tabellenverzeichnis.....	4
Danksagung.....	5
Zusammenfassung.....	6
1 Einleitung.....	10
1.1 Hintergrund.....	10
1.2 Entwicklung der Arbeitshilfe zur bedürfnisorientierten Versorgung.....	11
1.3 Zielsetzung und Fragestellung.....	12
1.4 Gesamtübersicht – Methodische Umsetzung.....	14
1.4.1 Arbeitsphasen.....	14
1.4.2 Ethikantrag.....	14
1.4.3 Wissenschaftliche Begleitung.....	15
2 Arbeitsphase I: Pilotierung.....	16
2.1 Methodische Umsetzung.....	16
2.1.1 Rekrutierung.....	16
2.1.2 Geplante Stichprobe.....	16
2.2 Datenerhebung.....	18
2.2.1 Bewertung der Arbeitshilfe.....	18
2.2.2 Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung.....	21
2.2.3 Datenauswertung.....	22
2.3 Ergebnisse.....	22
2.3.1 Stichprobenbeschreibung.....	22
2.3.2 Bewertung der Arbeitshilfe.....	24
2.3.3 Analyse der Forschungsnotizen.....	30
2.3.4 Fragebogenerhebung.....	30
2.3.5 Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung.....	33
2.4 Beurteilung der Forschungsergebnisse und Implikationen.....	40
2.4.1 Praxistaugliche Anpassung der Arbeitshilfe.....	40
2.4.2 Wirkung der Arbeitshilfe – Implikationen zur Anpassung des Studiendesigns.....	41

3	Arbeitsphase II: Implementierung	43
3.1	Methodische Umsetzung	43
3.1.1	Rekrutierung	43
3.1.2	Geplante Stichprobe.....	44
3.2	Datenerhebung	44
3.2.1	Fragebogenerhebung Arbeitssituation.....	44
3.2.2	Bewertung der Arbeitshilfe und der Einführungsveranstaltung	45
3.2.3	Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung	46
3.2.4	Datenauswertung	47
3.3	Ergebnisse	47
3.3.1	Stichprobenbeschreibung.....	47
3.3.2	Fragebogenerhebung Arbeitssituation.....	49
3.3.3	Bewertung der Arbeitshilfe und der Einführungsveranstaltung	52
3.3.4	Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung	61
3.3.5	Analyse der Forschungsnotizen	62
3.4	Implikationen für die Weiterentwicklung der Arbeitshilfe	64
4	Arbeitsphase III: Erarbeitung der Verfahrensanleitung	65
4.1	Expertenworkshop.....	65
4.2	Verfahrensanleitung	66
5	Diskussion und Beurteilung der Forschungsergebnisse	68
5.1	Anwendbarkeit der Arbeitshilfe	68
5.2	Wirkungen der Projektergebnisse.....	69
5.3	Verbreitung der Projektergebnisse	70
6	Literaturverzeichnis	72
Anhang	74
A.1	Übersicht Mitglieder wissenschaftlicher Beirat.....	74
A.2	Übersicht teilnehmende Einrichtungen und Pflegedienste.....	75

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz – Worauf kommt es an?	12
Abbildung 2: Mitarbeiterbefragung Bewertung Arbeitshilfe: Pilotierung	31
Abbildung 3: Mitarbeiterbefragung Arbeitssituation insgesamt: Pilotierung	34
Abbildung 4: Mitarbeiterbefragung Arbeitssituation Versorgung bei Demenz: Pilotierung ...	35
Abbildung 5: Mitarbeiterbefragung verhaltensbedingte Probleme	36
Abbildung 6: Mitarbeiterbefragung situationsbedingte Belastungen	37
Abbildung 7: Einschätzung Lebensqualität Menschen mit schwerer Demenz	39
Abbildung 8: Gesamtprozess einer bedürfnisorientierten Versorgung	40
Abbildung 9: Mitarbeiterbefragung Arbeitssituation insgesamt: Implementierung	50
Abbildung 10: Mitarbeiterbefragung Arbeitssituation Versorgung Menschen mit Demenz: Implementierung	51
Abbildung 11: Mitarbeiterbefragung Bewertung Arbeitshilfe: Implementierung	53
Abbildung 12: Mitarbeiterbefragung Bewertung Einführungsveranstaltung	54

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Arbeitsphasen des Forschungsprojektes	15
Tabelle 2: Übersicht Einschlusskriterien Studienteilnehmer	17
Tabelle 3: Leitfaden Fokusgruppe	19
Tabelle 4: Fragebogen Bewertung Arbeitshilfe: Pilotierung	20
Tabelle 5: Übersicht Teilnehmer und Rücksendung Fragebögen: Pilotierung	23
Tabelle 6: Demografische Angaben Fragebogenerhebung Mitarbeiter: Pilotierung	23
Tabelle 7: Demografische Angaben Menschen mit schwerer Demenz: Pilotierung	24
Tabelle 8: Kurzübersicht Ergebnisse der Fokusgruppen: Pilotierung	25
Tabelle 9: Mitarbeiterbefragung offene Fragen Bewertung Arbeitshilfe: Pilotierung	32
Tabelle 10: Mitarbeiterbefragung Burnout, Handlungsspielraum, Veränderungsmüdigkeit: Pilotierung	38
Tabelle 11: Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte	38
Tabelle 12: Mitarbeiterbefragung Bewertung Arbeitshilfe: Implementierung	45
Tabelle 13: Übersicht Teilnehmer und Rücksendung Fragebögen: Implementierung	48
Tabelle 14: Demografische Angaben Fragebogenerhebung Mitarbeiter: Implementierung ...	48
Tabelle 15: Demografische Angaben Menschen mit schwerer Demenz: Implementierung ...	49
Tabelle 16: Mitarbeiterbefragung Handlungsspielraum und Veränderungsmüdigkeit: Implementierung	52
Tabelle 17: Mitarbeiterbefragung offene Fragen Bewertung Arbeitshilfe: Implementierung ...	55
Tabelle 18: Kurzübersicht Ergebnisse Fokusgruppen: Implementierung	58

Danksagung

Bei der Realisierung des Forschungsvorhabens waren viele Menschen beteiligt. Wir bedanken uns sehr herzlich bei allen Kooperationspartnern aus der ambulanten und stationären Altenhilfe, die uns im Rahmen des Forschungsprojektes vielfältig unterstützt haben sowie bei allen Pflegenden und Menschen mit schwerer Demenz für deren Teilnahme an unserer Studie. Ihre große Bereitschaft die Arbeitshilfe im Praxisalltag anzuwenden und ihre Erfahrungen an uns zurückzumelden waren sehr fruchtbar für unsere Arbeit und machte die Umsetzung des Projektes überhaupt erst möglich.

Bedanken möchten wir uns auch bei den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats sowie bei den Teilnehmern des Expertenworkshops für die zahlreichen wertvollen Hinweise und Anregungen. Durch den intensiven Diskurs konnten die Fragestellungen und Methoden des Projektes deutlich präzisiert und das Konzept zur Verstetigung der Arbeitshilfe im Praxisalltag finalisiert werden.

Frau Kathleen Boström, BSc, wissenschaftliche Hilfskraft des Forschungsprojektes, und Frau Helena Brumm, Sekretariat Prof. Voltz, haben unsere Arbeit überaus geduldig, engagiert und effektiv unterstützt. Dafür möchten wir ihnen sehr danken.

Besonderer Dank gilt Frau Petra Weritz-Hanf, Frau Adelheid Braumann, Frau Silvia Hartwig und Frau Ute Toepper, die uns im Projekt mit großer Kompetenz begleitet haben. Nicht zuletzt möchten wir uns beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Förderung bedanken, das diese anspruchsvolle Forschung erst ermöglicht hat.

Köln, im November 2017

Das Projektteam

Zusammenfassung

Hintergrund

Aktuelle Prognosen gehen weltweit von annähernd 47 Millionen Menschen und deutschlandweit von ca. 1,6 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung und einer weiteren Steigerung dieser Zahlen aus. Schätzungen zufolge verstirbt ein Drittel der Menschen über 65 Jahren mit einer Demenz. Ein steigender Bedarf an Palliativversorgung wird speziell für Pflegeheime angenommen, die häufige Sterbeorte sind. Menschen mit schwerer Demenz am Lebensende sind häufig bettlägerig, leiden unter ausgeprägten physischen und kognitiven Einschränkungen. Sie sind nahezu vollkommen von den Personen in ihrer Umgebung abhängig und auf pflegerische Unterstützung angewiesen.

In einem vorausgegangen Projekt wurde eine Arbeitshilfe zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz und Merkmalen einer bedürfnisgerechten Versorgung entwickelt. Diese soll Pflegende für die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz sensibilisieren, zur Reflexion des eigenen Handelns anregen und eine Hilfestellung bei Entscheidungsprozessen geben und so zu einer Verbesserung der (palliativen) Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz beitragen.

Zielsetzung

Das hier dargestellte und am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln angesiedelte Forschungsprojekt zielte auf den Transfer dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse in die Versorgungspraxis der stationären und ambulanten Altenhilfe. Dazu sollte in einem ersten Schritt die praxisnahe Anpassung der Arbeitshilfe gewährleistet werden. Ein weiteres Ziel war es, die Wirkungen der Implementierung der Arbeitshilfe auf die Versorgung zu untersuchen. Abschließend sollte auf Basis der vorangegangenen Projektschritte eine Verfahrensanleitung zur Implementierung der Arbeitshilfe erarbeitet werden.

Methodische Umsetzung – Studiendesign

Das Projekt bestand aus drei Arbeitsphasen:

- Arbeitsphase I beinhaltete die Pilotierung zur praxistauglichen Überarbeitung der Arbeitshilfe

Versorgende der ambulanten und stationären Altenhilfe setzten im Anschluss an eine Einführungsveranstaltung die Arbeitshilfe in ihrem beruflichen Alltag ein. Sie gaben vor sowie nach der Anwendung Rückmeldung mittels Fragebögen und nahmen an Fokusgruppen teil. Dabei wurden Wirkungen auf die Lebensqualität der Menschen mit schwerer Demenz und die Arbeitssituation der Versorgenden erhoben.

- Arbeitsphase II untersuchte die Implementierung der Arbeitshilfe in den Versorgungsalltag der ambulanten und stationären Altenhilfe und die Wirkungen der Arbeitshilfe auf die Versorgung.

Die modifizierte Arbeitshilfe wurde in ambulanten und stationären Einrichtungen im Anschluss an eine jeweilige Einführungsveranstaltung angewendet. Die formative Evaluation des Implementierungsprozesses erfolgte durch Fragebogenerhebungen, Fokusgruppen, Bedürfnisanalysen von Menschen mit schwerer Demenz und ausführliche Forschungsnotizen zu allen Implementierungsschritten. Die Auswertung der quantitativen Daten erfolgte mittels Methoden der deskriptiven Statistik, die Auswertung qualitativer Daten der Prozessanalysen mittels Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse.

- Arbeitsphase III zielte auf die Erarbeitung einer Verfahrensanleitung zur Implementierung der Arbeitshilfe.

Die Ergebnisse der Implementierungsphase und des Expertenworkshops mit Vertretern der teilnehmenden Einrichtungen flossen in die Gestaltung der Verfahrensanleitung ein. Darüber hinaus wurde das Projekt von einem multidisziplinär besetzten Beirat wissenschaftlich begleitet.

Umsetzung und Ergebnisse

Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte fortlaufend im Prozess der Datenerhebung durch persönliche und telefonische Kontakte mit Einrichtungen im Großraum NRW. Eine Stichprobe mit möglichst unterschiedlichen Versorgungsformen der ambulanten und stationären Versorgung wurde angestrebt.

Pilotierung

In die Pilotphase konnten drei stationäre und ein ambulanter Dienst eingeschlossen werden. Von 38 Teilnehmenden der Einführungsveranstaltung beantworteten 31 den Fragebogen vor und 21 den Fragebogen nach Einführung der Arbeitshilfe und drei Fokusgruppen zur Bewertung der Arbeitshilfe wurden durchgeführt. Von 13 Menschen mit schwerer Demenz erfolgte die Erfassung der Lebensqualität.

Zur Arbeitssituation, -belastung und -zufriedenheit wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten festgestellt. Die Arbeitshilfe wurde überwiegend positiv aufgenommen, Themen zur Bewertung der Arbeitshilfe betrafen die individuelle Nutzung, Auswirkungen auf den Versorgungsalltag und die Gestaltung der Arbeitshilfe. Auf Basis der Ergebnisse der Pilotphase wurde die Arbeitshilfe überarbeitet. Dabei standen eine zielgerichtete und rasche Orientierung und eine inhaltliche Strukturierung im Fokus. Zur Reduzierung des Umfangs erfolgte eine Einteilung in voneinander abgegrenzte Bausteine.

Der neu erarbeitete Gesamtprozess einer bedürfnisorientierten Versorgung beinhaltet eine schrittweise Anleitung zur Durchführung einer Bedürfnisorientierung als konkrete Hilfestellung und Erleichterung zur Anwendung der Arbeitshilfe.

Implementierungsphase

Die modifizierte Arbeitshilfe wurde in fünf ambulante und sechs stationäre Einrichtungen eingeführt. Dabei wurde der Prozess der Implementierung von den Projektmitarbeitern begleitet und evaluiert. Insgesamt nahmen 121 Versorgende an den Einführungsveranstaltungen teil. Von diesen beantworteten 57 vor der Anwendung den Fragebogen zur Arbeitssituation und 32 nach Anwendung der Arbeitshilfe den Fragebogen zur Bewertung der Arbeitshilfe, insgesamt 23 Personen nahmen an vier Fokusgruppen teil. Weiterhin wurden 18 Bedürfnisanalysen von Menschen mit schwerer Demenz erstellt.

Die Begleitung der Implementierung ergab kontinuierliche Anhaltspunkte zur Verbesserung und individuellen Ausrichtung des Prozesses. Dabei stellten sich die Bedeutung der Prozessplanung und einer zentral verantwortlichen Schlüsselperson zur Prozesskoordination heraus. Die Einführungsveranstaltung bildete einen geeigneten Auftakt zur Anwendung der Arbeitshilfe und konnte zur Klärung von Fragen und Rahmenbedingungen genutzt werden.

Die überarbeitete Arbeitshilfe, insbesondere die Anleitung zur Bedürfnisanalyse, wurde von den Versorgenden positiv aufgenommen. Die prozesshafte Anleitung orientierte sich an der Struktur des Arbeitsalltages und ermöglichte den Versorgenden eine intensive Auseinandersetzung mit dem einzelnen Betroffenen. Der Austausch im Team zu den Bedürfnissen der einzelnen Menschen mit schwerer Demenz wurde angeregt. Die Verwendung der Bedürfnisanalysen in der Teamarbeit oder in Fallbesprechungen stellte sich als vorteilhaft heraus. Die Einbindung in bestehende und vertraute Versorgungskonzepte erleichterte und beförderte die Anwendung der Arbeitshilfe.

Erarbeitung Verfahrensanleitung

Die Erfahrungen zur Implementierung der Arbeitshilfe stellten die Notwendigkeit einer Schlüsselperson innerhalb der Einrichtung und ihrer Kompetenzen heraus. Die Verfahrensanleitung richtet sich demnach vorrangig an diese Schlüsselpersonen. Des Weiteren wurden Fallbesprechungen in ihren unterschiedlichen Gestaltungsmöglichkeiten als geeignete Möglichkeit zur Umsetzung der Implementierung gesehen. Ihre strukturierte Anwendung trägt zum Erkennen und Erfüllen der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz bei. Damit verbunden ist die Dokumentation der gewonnenen Erkenntnisse zu den Bedürfnissen. Vielfältige Lösungen des multiprofessionellen Teilens der Erkenntnisse zu den Bedürfnissen sind hier denkbar, um Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung zu schaffen.

Diskussion und Wirkungen

Die Implementierung der Arbeitshilfe in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe ist ein komplexer Prozess. Die Evaluation der Pilotierungs- und Implementierungsphase ermöglichte es, die Arbeitshilfe als praxisnahes Instrument zu gestalten. Einrichtungen können in ihrer Ausrichtung auf eine bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz unterstützt und die einzelnen Mitarbeiter für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz sensibilisiert werden. Es ist anzunehmen, dass sich dieser Reflexionsprozess nach Projektabschluss fortsetzt und weiterentwickelt. Durch die in Gang gesetzten Prozesse der Reflexion sind mittelfristige und langfristige Wirkungen hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz, der subjektiv empfundenen Belastungen der Angehörigen und der Versorgenden zu erwarten.

1 Einleitung

1.1 Hintergrund

Die Zahl der Menschen mit Demenz wird weltweit auf annähernd 47 Millionen geschätzt [1]. Allein in Deutschland leben gegenwärtig ca. 1,6 Millionen Betroffene. Bei den derzeit angenommenen demographischen Entwicklungen ist von einer steigenden Anzahl der Demenzerkrankungen auszugehen. Schätzungen zufolge wird angenommen, dass rund ein Drittel der verstorbenen Menschen im Alter über 65 Jahren in ihrer letzten Lebensphase an einer Demenz litten [2]. Generell wird ein steigender Bedarf an Palliativversorgung für alte Menschen - und hier vor allem für Personen mit chronischen Erkrankungen wie Demenz - erwartet [3]. Besonderes Augenmerk gilt hier den Pflegeheimen als häufige Sterbeorte. Vor dem Hintergrund, dass ca. 70% der Altenheimbewohner an einer Demenz erkrankt sind [4], ist von einem weiteren Anstieg der Anzahl Sterbender mit Demenz auszugehen. So wird z.B. für die Stadt Mannheim von einer Zunahme der Todesfälle im Pflegeheim zwischen den Jahren 1988 bis 1998 von 12,3% auf 21,2% berichtet [5]. Eine von Pinzon und Kollegen veröffentlichte Erhebung zu den Todesumständen von Patienten mit Demenz in Rheinland-Pfalz konnte als überwiegende Sterbeorte die häusliche Umgebung oder das Pflegeheim identifizieren [6].

Menschen mit schwerer Demenz sind am Lebensende nahezu vollkommen von den Personen in ihrer Umgebung abhängig und auf pflegerische Unterstützung angewiesen. Sie sind häufig bettlägerig und leiden unter ausgeprägten physischen sowie kognitiven Einschränkungen. Neben Inkontinenz, Infektionen oder Schluckbeschwerden sind Schmerzen, Atemnot, Angstzustände oder Agitiertheit häufige Symptome [1, 7, 8].

Wie eine Vielzahl von Studien zeigen konnte, werden Menschen mit Demenz am Lebensende oftmals nur unzureichend versorgt [9, 10]. Eine zentrale Ursache hierfür liegt in der zumeist eingeschränkten Ausdrucksfähigkeit bei weit fortgeschrittener Erkrankung, die verhindert, dass die Betroffenen ihre Bedürfnisse und Wünsche verbal mitteilen können [11]. Dies kann die Versorgungspraxis vor große Herausforderungen stellen und zu einer Verunsicherung seitens der Pflegenden führen.

Aus dem praktischen Versorgungsalltag sind Maßnahmen bekannt, sich den Herausforderungen der Versorgung von Menschen mit Demenz in ihrer letzten Lebensphase zu stellen [12]. Einen wichtigen Beitrag sowohl aus wissenschaftlicher als auch versorgungspraktischer Sicht stellt sicherlich das Weißbuch der European Association for Palliative Care (EAPC) dar, das Empfehlungen zur Palliativversorgung von Demenzerkrankten gibt [13]. Dennoch – und das konnte die systematische Übersichtsarbeit von Perrar et al. [14] zeigen – besteht ein Mangel an wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz in ihrer letzten Lebensphase.

1.2 Entwicklung der Arbeitshilfe zur bedürfnisorientierten Versorgung

Mit dem Ziel, wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zu einer bedürfnisorientierten Versorgung zu gewinnen, wurde am Zentrum für Palliativmedizin der Uniklinik Köln ein mehrjähriges Forschungsprojekt im Setting der stationären Altenhilfe durchgeführt¹. Die Ergebnisse zeigten, dass auch im Endstadium einer Demenz noch vielfältige, komplexe und durchaus individuell ausgeprägte Bedürfnisse vorliegen, die im Wesentlichen mit denen von Menschen ohne Demenz am Lebensende vergleichbar sind [15]. Auf Grundlage dieser Forschungsergebnisse und unter kontinuierlicher Einbindung nationaler und internationaler Experten wurde eine Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis entwickelt [16]. Diese soll Pflegende für die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz sensibilisieren, zur Reflexion des eigenen Handelns anregen und eine Hilfestellung bei Entscheidungsprozessen geben. Letztlich soll die Arbeitshilfe zu einer bedürfnisorientierten Ausrichtung und Verbesserung der (palliativen) Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz beitragen und Pflegepersonen (Mitarbeiter der Altenhilfe und Angehörige) in ihrem Alltag entlasten.

Die Arbeitshilfe gibt eine Gesamtübersicht zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz. Darüber hinaus werden deren mögliche individuelle Ausprägungen an konkreten Beispielen differenziert herausgestellt und Handlungsoptionen zur Bedürfniserfüllung aufgezeigt. Die Forschungsergebnisse und Expertendiskussionen verdeutlichen, dass das Erkennen der Bedürfnisse einen stetigen Prozess darstellt, in dem unterschiedliche Aspekte Berücksichtigung finden müssen (siehe Abbildung 1).

Das *PersonSein* des Menschen mit schwerer Demenz trotz der kognitiven und kommunikativen Einschränkungen zu entdecken und zu erhalten, ist bei seiner Versorgung von zentraler Bedeutung. Jeder Mensch – auch mit schwerer Demenzerkrankung – hat eine eigene Identität, individuelle Möglichkeiten, Vorlieben und Eigenschaften, die ihn in seiner Person ausmachen. Daraus abzuleitende Bedürfnisse können allerdings, wie bei Menschen ohne Demenzerkrankung auch, sehr unterschiedlich ausgeprägt sein. Die Berücksichtigung dieser Individualität ist wesentlich für die Versorgung. Werden die individuellen Bedürfnisse erkannt, fühlt sich der Mensch mit Demenz in dem angesprochen, was seine Person in der jeweiligen Situation ausmacht. Gleichzeitig wirkt sich das *PersonSein* auf die jeweilige Ausprägung der Bedürfnisse und deren Möglichkeiten zur Erfüllung aus.

¹ Fördernummer BMFSFJ: GZ 306-1700-11/001 (3011SN0700); Umfassende Informationen zu diesem Forschungsprojekt und die Arbeitshilfe sind abrufbar unter: <http://palliativzentrum.uk-koeln.de/>.

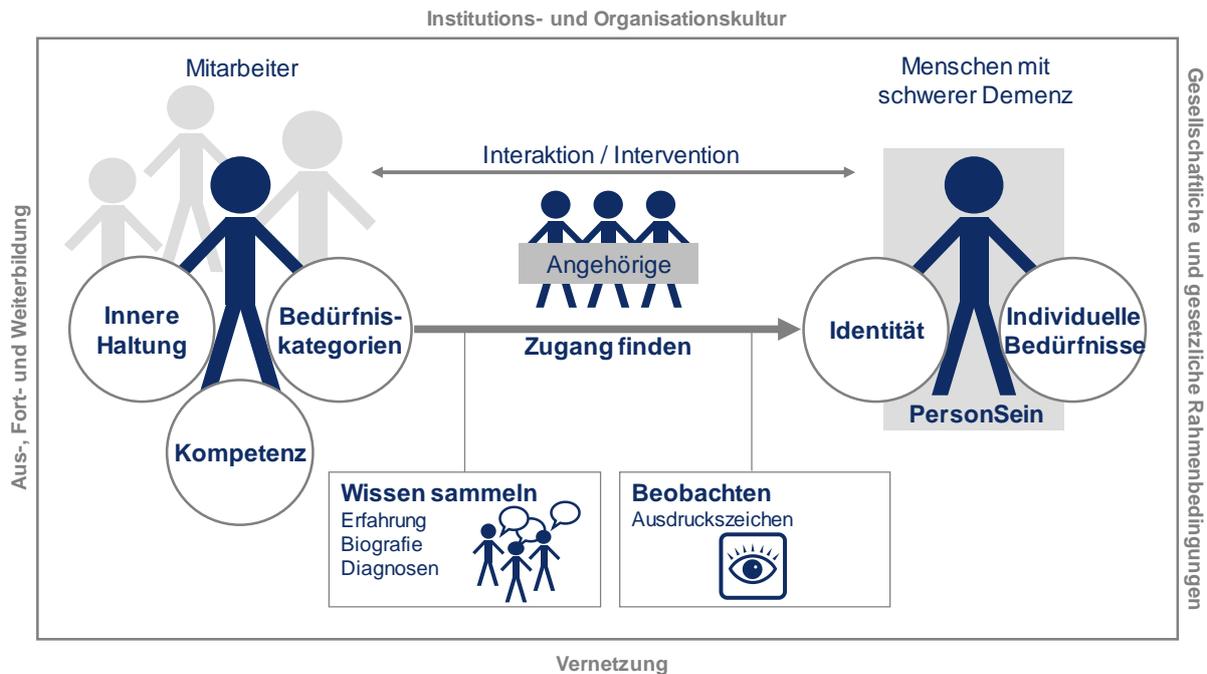


Abbildung 1: Bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz – Worauf kommt es an?

Abbildung 1 verdeutlicht einzelne Schritte, wie ein Zugang zu Menschen mit einer schweren Demenz gefunden werden kann. Diese individuelle Beziehung ist eingebettet in eine Reihe von Rahmenbedingungen, die sich mehr oder weniger direkt auf das Handeln der versorgenden Mitarbeiter auswirken. So haben die unterschiedlichen gesetzlichen Vorgaben einen wesentlichen Einfluss auf die konkrete Umsetzung einzelner Versorgungsschritte. Der jeweilige Aus-, Fort- und Weiterbildungsstand der Mitarbeiter bestimmt deren Wissen und Kompetenzen. Gerade in der palliativen Versorgung ist eine gute Vernetzung mit örtlichen Strukturen und Angeboten z.B. die der Hospizbewegung oder der spezialisierten Palliativversorgung unumgänglich. Nicht zuletzt muss sich eine hospizlich-palliative Haltung auch in der jeweiligen Institutions- bzw. Organisationskultur niederschlagen.

Die Angehörigen stellen im Zusammenhang mit der Arbeitshilfe insofern eine besondere Gruppe dar, als sie als Teil des sozialen Systems des Menschen mit Demenz wichtige Partner in der Wissenssammlung bezüglich der Biografie sind. Darüber hinaus bilden sie potenzielle Quellen der Beobachtung und sind Bestandteil der gemeinsamen Interaktion und möglichen Intervention.

1.3 Zielsetzung und Fragestellung

Das Forschungsprojekt diente dem Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis der ambulanten und stationären Altenhilfe. Eigene Erfahrungen am Zentrum für Palliativmedizin konnten zeigen, dass ein alleiniges „Zur-Verfügung-Stellen“ von

Instrumenten, wie z.B. des Liverpool Care Pathway (LCP) am Lebensende, in der Praxis mit erheblichen Umsetzungsschwierigkeiten in der Versorgung verbunden sein kann. Vielmehr scheint eine Kombination aus begleitender Einführung und Schulung der Mitarbeiter notwendig, was eine Studie zur Implementierung des LCP in Italien bestätigen konnte [17]. Die Einführung des Heidelberger Instruments zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.) führte z.B. zur Entwicklung eines begleitenden Manuals, das eine Implementierung unabhängig von fremder Expertise oder Schulungen ermöglicht [18]. Folglich bestand das Gesamtziel dieses Forschungsprojektes in der Entwicklung und Implementierung einer an die unterschiedlichen Settings angepassten und konkretisierten Arbeitshilfe, ergänzt um eine Verfahrensanleitung zum Einsatz im Praxisalltag. Hierzu wurden folgende Zielsetzungen und Fragestellungen bearbeitet:

Ziel I: *Konkretisierung der Arbeitshilfe – Praxistauglichkeit sicherstellen*

Ziel war die praxisnahe Anpassung der Arbeitshilfe an die konkreten Erfordernisse der Pflegenden von Menschen mit schwerer Demenz in der ambulanten und stationären Altenhilfe. Die Fragestellungen zu diesem Ziel lauteten:

- *Was benötigen die Pflegenden für eine erfolgreiche Implementierung der Arbeitshilfe in den Versorgungsalltag der ambulanten und stationären Altenhilfe (z.B. ein einführendes Manual zur Anwendung oder eine spezifische Schulung)?*
- *Wie bewerten die Pflegenden die Handhabbarkeit der Arbeitshilfe im praktischen Versorgungsalltag der ambulanten und stationären Altenhilfe (z.B. Anwendbarkeit)?*

Ziel II: *Wirkung der Arbeitshilfe überprüfen*

Ziel war es zu untersuchen, wie sich die Implementierung der Arbeitshilfe auf die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in beiden Settings auswirkt. Die Fragestellungen zu diesem Ziel lauteten:

- *Welche Wirkung hat die Implementierung der Arbeitshilfe auf die Pflegenden im Versorgungsalltag?*
- *Wie zufrieden sind die Pflegenden mit der Anwendung der Arbeitshilfe?*
- *Wie wirkt sich die Implementierung der Arbeitshilfe auf die Menschen mit schwerer Demenz aus?*

Ziel III: *Verfahrensanleitung zur Implementierung erarbeiten*

Auf Basis der Erkenntnisse aus der Umsetzung der Ziele I und II sollte neben der weiteren Operationalisierung der Arbeitshilfe für den stationären und der Anpassung auf den ambulanten Bereich eine Verfahrensanleitung zur Implementierung erarbeitet werden. Ziel

war es, den Pflegenden praktische Hinweise zur Nutzung und Bearbeitung der Arbeitshilfe im Versorgungsalltag zu vermitteln (z.B. zur Einführung im Pfl egeteam, Hinweise zum Informationsaustausch und zur Dokumentation zu erfassten Bedürfnissen). Die Fragestellung zu diesem Ziel lautete:

- *Wie ist eine Verfahrensanleitung zur erfolgreichen Implementierung der Arbeitshilfe zu gestalten?*

1.4 Gesamtübersicht – Methodische Umsetzung

1.4.1 Arbeitsphasen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden unterschiedliche Methoden eingesetzt. Zunächst wurde die Arbeitshilfe im Rahmen einer Pilotierung testweise durch Pflegende beider Settings angewendet (**Arbeitsphase I**). Deren Rückmeldungen zur Praxistauglichkeit und Anwendung des Instrumentes wurden mittels quantitativer Fragebogenerhebung und qualitativer Fokusgruppeninterviews erfasst. Als Voraussetzung für die nachfolgende Projektphase wurde zudem die methodische Eignung der ausgewählten Messinstrumente zur Erfassung der Wirkungseffekte überprüft. Auf Grundlage der Pilotphase erfolgte im nächsten Schritt die Implementierung der modifizierten Arbeitshilfe in den Versorgungsalltag der ambulanten und stationären Altenhilfe (**Arbeitsphase II**). Die Wirkung und die Bewertung des Instrumentes wurden durch quantitative Fragebogenerhebungen und qualitative Fokusgruppeninterviews erfasst. Basierend auf den Erkenntnissen der vorausgegangenen Projektphasen wurde eine Verfahrensanleitung zur Implementierung der Arbeitshilfe erarbeitet (**Arbeitsphase III**). Ein durchgeführter Expertenworkshop diente der Finalisierung des Gesamtkonzeptes der Arbeitshilfe und der Diskussion der Erfordernisse zur Verstetigung im Praxisalltag.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über die einzelnen Projektphasen und stellt deren Zielsetzung und Durchführung zusammenfassend dar. Der weitere Aufbau des vorliegenden Abschlussberichts orientiert sich an diesen Arbeitsphasen.

1.4.2 Ethikantrag

Der Ethikantrag zum Forschungsprojekt wurde der zuständigen Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln zur Bewertung vorgelegt. Das Projekt wurde ohne Einwände befürwortet (Nr.: 16-032).

Tabelle 1: Arbeitsphasen des Forschungsprojektes

Arbeitsphase I: Pilotierung
<i>Zielsetzung:</i> <ul style="list-style-type: none">– Praxistaugliche Überarbeitung der Arbeitshilfe– Überprüfung und ggf. Anpassung der eingesetzten Methoden zur Effektmessung
<i>Methode der Datenerhebung:</i> <ul style="list-style-type: none">– Fokusgruppeninterviews mit Anwendern der Arbeitshilfe– Testweise Durchführung der Fragebogenerhebung mit Anwendern der Arbeitshilfe
<i>Methode der Datenauswertung:</i> <ul style="list-style-type: none">– Fokusgruppeninterviews (qualitativ): inhaltsanalytisch nach Mayring– Fragebögen (quantitativ): statistisch mittels Kenngrößen der deskriptiven Statistik
Arbeitsphase II: Implementierung
<i>Zielsetzung:</i> <ul style="list-style-type: none">– Untersuchung der Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung
<i>Methode der Datenerhebung:</i> <ul style="list-style-type: none">– Fokusgruppeninterviews mit Anwendern der Arbeitshilfe– Fragebogenerhebung mit Anwendern der Arbeitshilfe
<i>Methode der Datenauswertung:</i> <ul style="list-style-type: none">– Fokusgruppeninterviews (qualitativ): inhaltsanalytisch nach Mayring– Fragebögen (quantitativ): statistisch mittels Kenngrößen der deskriptiven Statistik
Arbeitsphase III: Erarbeitung Verfahrensanleitung
<i>Zielsetzung:</i> <ul style="list-style-type: none">– Erstellung einer Verfahrensanleitung zur Implementierung der Arbeitshilfe
<i>Vorgehen:</i> <ul style="list-style-type: none">– Zusammenführung der Ergebnisse aus den vorausgegangenen Arbeitsphasen– Vorstellung und Diskussion im Rahmen eines Expertenworkshops

1.4.3 Wissenschaftliche Begleitung

Die methodische Realisierung des Projektes wurde hinsichtlich Eignung und Realisierbarkeit mehrfach abgesichert: Zum einen erfolgte dies durch die bestehende Expertise am Zentrum für Palliativmedizin aus dem vorausgegangenen Forschungsprojekt zur Entwicklung der Arbeitshilfe. Zum anderen wurden alle methodischen Schritte innerhalb des multidisziplinär besetzten Forschungsteams des Zentrums vorgestellt und diskutiert.

Zur methodischen Qualitätssicherung wurde das Vorgehen weiterhin in der regelmäßig stattfindenden qualitativen Forschungswerkstatt erörtert, die in Kooperation mit dem Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln durchgeführt wird.

Mit dem Ziel, das Forschungsvorhaben aus wissenschaftlicher Sicht kritisch zu begleiten und die methodische Umsetzung zu präzisieren, wurde im Anschluss an die Pilotphase ein Expertenbeirat mit Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen aus Wissenschaft und Praxis einberufen. Eine Übersicht über die Mitglieder des Projektbeirates findet sich im Anhang des Berichts.

Durchführung des Forschungsprojektes

2 Arbeitsphase I: Pilotierung

2.1 Methodische Umsetzung

2.1.1 Rekrutierung

Einrichtungen und Pflegedienste

Die Rekrutierung der Kooperationspartner erfolgte fortlaufend während der gesamten Datenerhebung. Es wurde angestrebt, möglichst unterschiedliche Versorgungsformen der ambulanten und stationären Altenhilfe wie z.B. stationäre Wohnbereiche, (Tages-)Oasen, häusliche Versorgung, Tagespflege sowie Wohn- und Hausgemeinschaften, in die Studie einzuschließen. Das Forschungsteam erstellte hierzu zunächst eine Übersicht zu möglichen Kooperationspartnern im Großraum NRW (Radius ca. 150 Kilometer). Berücksichtigt wurden alle ambulanten und stationären Einrichtungen mit erwartetem Bezug zur Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz. Als Informationsquellen dienten das Online-Angebot zur Pflegedienst- und Pflegeheimsuche „Weisse Liste“ (www.weisse-liste.de), die Internetauftritte größerer Träger sowie einzelner Einrichtungen und Pflegedienste, die Datenbanken der Demenz-Servicezentren NRW und darüber hinaus die umfangreichen persönlichen Kontakte des Forschungsteams.

Die Geschäftsführer der jeweiligen Trägerschaften bzw. Leitungen stationärer Einrichtungen und ambulanter Pflegedienste erhielten zunächst postalisch ein Informationsschreiben zum Anliegen des Projektes und der Ankündigung einer persönlichen Kontaktaufnahme durch das Forschungsteam. Ein zeitnahes Telefonat mit den jeweiligen Ansprechpartnern diente der weiteren Erläuterung des Forschungsvorhabens und der Abfrage des prinzipiellen Interesses an einer Kooperation. Bei Teilnahmebereitschaft erfolgte eine Terminvereinbarung, um die zuständigen Führungskräfte und Schlüsselpersonen (z.B. Pflegedienst- oder Wohnbereichsleitung) in einem persönlichen Gespräch über das geplante Vorgehen detailliert zu informieren.

2.1.2 Geplante Stichprobe

Im Rahmen der Pilotphase sollte die Arbeitshilfe testweise in zwei stationären Einrichtungen und zwei ambulanten Pflegediensten eingeführt werden. Dabei wurde eine Teilnehmerzahl je Einrichtung / Pflegedienst von ca. fünf bis zehn pflegenden Mitarbeitern sowie ca. fünf Personen mit schwerer Demenz angestrebt. Demnach wurde für die Pilotphase mit ca. 20 – 40 Pflegenden und ca. 20 Probanden mit schwerer Demenz gerechnet. Im ambulanten Bereich war zudem geplant, pflegende Angehörige zur möglichen Wirkung der implementierten Arbeitshilfe auf ihr Belastungserleben zu befragen. Für die Pilotphase wurde eine

Anzahl von ca. fünf Personen je ambulanter Einrichtung, also insgesamt zehn Angehörigen angenommen. Die Einschlusskriterien der Studienteilnehmer sind in Tabelle 2 aufgeführt.

Tabelle 2: Übersicht Einschlusskriterien Studienteilnehmer

Studienteilnehmer	Einschlusskriterium
Mitarbeiter der ambulanten und stationären Altenhilfe	<ul style="list-style-type: none"> • direkt an der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz beteiligte Mitarbeiter (z.B. examinierte Pflegekräfte, Altenpfleger inklusive Leitungskräfte, Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, der Seelsorge oder des Ehrenamtes, Alltagsbetreuer, hauswirtschaftliche Mitarbeiter mit Bewohnerkontakt) • Volljährigkeit • schriftliches Einverständnis liegt vor
Menschen mit schwerer Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Grade 6 und 7 der Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg et al. [19] • mangelnde verbale Kommunikationsfähigkeit (Bedürfnisse können nicht verbal mitgeteilt werden) • alle Demenzformen • Altersgruppe ab 65 Jahren • schriftliches Einverständnis durch rechtliche Vertretung liegt vor
Pflegende Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • direkt an der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz beteiligte Angehörige • Studienteilnehmer steht in familiärer oder freundschaftlicher Beziehung zum Menschen mit schwerer Demenz • Volljährigkeit • schriftliches Einverständnis liegt vor

Pflegende Mitarbeiter

Im Sinne einer informierten Zustimmung wurde das mündliche und schriftliche Einverständnis zur Studienteilnahme von allen an der Datenerhebung beteiligten Personen eingeholt. In jeder Einrichtung / jedem Pflegedienst wurde eine zuständige Schlüsselperson (z.B. Team- oder Wohnbereichsleitung) bestimmt, die umfassend über das Vorhaben informiert war und als Ansprechpartner während des gesamten Implementierungsprozesses sowohl für die Forschenden als auch für die teilnehmenden Mitarbeiter vor Ort zu Verfügung stand. Die Schlüsselperson informierte die an der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz beteiligten Teams über die Forschungskooperation und fragte deren potentielle Bereitschaft ab, an der Studie teilzunehmen. Interessierte Mitarbeiter erklärten sich schriftlich damit einverstanden, dass ihnen weitere Unterlagen in Form einer Studieninformation, einer Einwilligungserklärung sowie eines Fragebogens persönlich an ihre Arbeitsadresse geschickt wurden.

Menschen mit schwerer Demenz

Die Studienteilnehmer mit schwerer Demenz wurden in Zusammenarbeit mit den betreuenden Mitarbeitern entsprechend der vorab definierten Einschlusskriterien ausgewählt. Deren rechtliche Vertreter - Angehörige oder Berufsbetreuer - wurden durch Mitarbeiter der Einrichtungen kontaktiert, erhielten bei Interesse an einer Teilnahme erste Informations-

materialien zum Forschungsprojekt und gaben im Falle einer Entscheidung für die Studienteilnahme ihr schriftliches Einverständnis. Dabei erhielten sie ausreichend Zeit, um ihre Entscheidung zu überdenken und Rückfragen zu stellen.

Pflegende Angehörige

Die Rekrutierung von Angehörigen, die Menschen mit schwerer Demenz im häuslichen Umfeld versorgen, erfolgte über Mitarbeiter der ambulanten Einrichtungen als direkte Kontakt- und Vertrauenspersonen. Diese sprachen die potentiellen Studienteilnehmer an, gaben erste Informationen zur geplanten Untersuchung und händigten bei Interesse die schriftlichen Unterlagen zur Studieninformation und zum Einverständnis aus. Diesbezüglich fand folglich eine selektive Auswahl der Angehörigen statt, die jedoch hingenommen werden musste, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, eine ausreichende Teilnehmerzahl für die Datenerhebung rekrutieren zu können.

2.2 Datenerhebung

2.2.1 Bewertung der Arbeitshilfe

Die Arbeitshilfe wurde Pflegenden beider Versorgungssettings zunächst im Rahmen einer Einführungsveranstaltung vorgestellt und im Anschluss daran für mindestens vier Wochen im Praxisalltag eingesetzt. Nach der Anwendungsphase wurden die Versorgenden mittels Fokusgruppeninterview und Fragebogen gezielt zu ihren Erfahrungen und Einschätzungen zur praktischen Anwendbarkeit der Arbeitshilfe befragt.

Fokusgruppen

Im Vorfeld der ersten Fokusgruppen wurde ein Leitfaden zur Gesprächsführung entwickelt, der die relevanten Aspekte zur praxistauglichen Gestaltung der Arbeitshilfe abdeckt (siehe Tabelle 3). Dabei ist zu betonen, dass nicht alle Fragen gestellt werden mussten. Der Leitfaden diente vielmehr als Diskussionsrahmen und konnte situationsbedingt angepasst werden. Im Verlauf der Untersuchung wurde der Leitfaden spezifiziert und zielgerichteter auf zentral erscheinende Aspekte der Untersuchung ausgerichtet. Die Fokusgruppen waren mit einer Dauer von durchschnittlich einer Stunde geplant. Sie wurden nach Zustimmung der Teilnehmer mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert.

Tabelle 3: Leitfaden Fokusgruppe

Thema	Leitfrage
Einstieg	<p><u>Hinweis:</u> Heute möchten wir gerne von Ihnen erfahren, wie Sie die Arbeitshilfe erlebt haben. Wir sind insbesondere auch an Ihrer Kritik interessiert, denn die Arbeitshilfe soll Ihnen etwas bringen und dahingehend verbessert werden!</p> <p><u>Erzählstimulus:</u> Nach unserem Termin vor einigen Wochen haben Sie die Arbeitshilfe nun mit in Ihren Arbeitsalltag genommen und angewendet. Können Sie uns bitte erzählen, wie es Ihnen damit ergangen ist? Welche Erfahrungen haben Sie gemacht?</p>
Einführung der Arbeitshilfe	<p>Wenn Sie an die Einführung der Arbeitshilfe vor einigen Wochen denken, was war aus Ihrer Sicht dabei wichtig?</p> <p>Wie wäre aus Ihrer Sicht eine gelungene Einführung der Arbeitshilfe zu gestalten?</p> <p>Welche zusätzliche Unterstützung benötigen Sie für die Einführung? (z.B. Informationsveranstaltung, begleitendes Manual als Anleitung)</p>
Gestaltung der Arbeitshilfe	<p>Welche generellen Anmerkungen haben Sie zur Gestaltung der Arbeitshilfe (z.B. zur inhaltlichen und sprachlichen Aufbereitung)?</p> <p>Welche Anmerkungen haben Sie zum Layout der einzelnen Teile der Arbeitshilfe (z.B. in Bezug auf Bilder, Farben, Symbole für die Bedürfnisse oder Bausteine)?</p> <p>Was könnte Sie zusätzlich motivieren, in der Arbeitshilfe nachzulesen / die Arbeitshilfe zu nutzen?</p>
Anwendung der Arbeitshilfe im Arbeitsalltag	<p>Können Sie uns bitte von einer Situation erzählen, in der Sie die Arbeitshilfe genutzt haben?</p> <p>Wie haben Sie die Arbeitshilfe konkret benutzt (z.B. immer dabei gehabt, zu Hause, in Fallbesprechungen)?</p> <p>Können Sie uns bitte erzählen, inwiefern Sie die Arbeitshilfe dabei unterstützen könnte, die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz zu erkennen und auf diese einzugehen?</p> <p>Können Sie sich daran erinnern, wie häufig Sie die Arbeitshilfe benutzt haben?</p> <p>Können Sie uns von einer Situation erzählen, in der Ihnen die Arbeitshilfe nicht weiterhelfen konnte?</p> <p>Was hat Ihnen die Arbeitshilfe Neues gebracht?</p> <p>Welche Aspekte der Arbeitshilfe haben Ihnen bei der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz am meisten geholfen?</p> <p>Haben Sie das Gefühl, dass Sie durch den Einsatz der Arbeitshilfe einen besseren Zugang zu den Bewohnern gefunden haben?</p> <p>Haben Sie das Gefühl, dass sich das Wohlbefinden der Bewohner durch den Einsatz der Arbeitshilfe verändert hat?</p>
Stolpersteine / fehlende Aspekte der Arbeitshilfe	<p>Wie stellen Sie sich die Arbeitshilfe vor, damit Sie und Ihre Kollegen gut damit arbeiten können?</p> <p>Wo sehen Sie mögliche Stolpersteine zum Einsatz der Arbeitshilfe?</p> <p>Welche Aspekte fehlen Ihnen in der Arbeitshilfe?</p> <p>Was braucht es an strukturellen Voraussetzungen seitens der Einrichtung?</p>
Abschluss	<p>Gibt es etwas, das wir heute noch nicht angesprochen haben und das Sie uns gerne mitgeben wollen?</p>

Fragebogenerhebung

Zusätzlich zu den Fokusgruppeninterviews wurde eine schriftliche Befragung der Studienteilnehmer durchgeführt, in der die Teilnehmer anhand von 19 Items (vierstufige Likert-Skala) sowie drei offenen Fragen zur Beantwortung im Freitext eine Bewertung der Arbeitshilfe abgeben konnten (siehe Tabelle 4). Mithilfe des Fragebogens war es auch Teilnehmern möglich, eine Rückmeldung zu geben, die z.B. aus Termingründen nicht an einer Fokusgruppe teilnehmen konnten.

Tabelle 4: Fragebogen Bewertung Arbeitshilfe: Pilotierung

Die Arbeitshilfe...	trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft ziemlich zu	trifft zu
1. ist einfach in der Handhabung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ist übersichtlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ist zu umständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. enthält eine verständliche und klare Sprache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. beschreibt detailliert alle Bereiche der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ist zu umfangreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ist gut in die tägliche Arbeit zu integrieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. trägt zu mehr Kommunikation und Austausch innerhalb des Teams bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. unterstützt mich in der täglichen Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. vermittelt mir mehr Sicherheit im Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. hat dazu beigetragen, dass ich meine persönliche Einstellung zu Menschen mit schwerer Demenz überdacht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. unterstützt mich darin, die Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz besser zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. unterstützt mich darin, die Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz besser zu erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. trägt zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenz bei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. trägt zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen der Einrichtung bei (z.B. Führungskräfte, sozialer Dienst...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. trägt zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen außerhalb der Einrichtung bei (z.B. Haus- und Fachärzte, ambulante Hospiz- oder Palliativdienste...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. gibt mir neue Impulse und Ideen für die Versorgung der Menschen mit schwerer Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die Arbeitshilfe...		trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft ziemlich zu	trifft zu
18.	ist dazu geeignet, die Versorgung der Menschen mit schwerer Demenz zu verbessern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	würde ich weiter in meiner täglichen Arbeit anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene Fragestellungen:					
A.	Welche Aspekte der Arbeitshilfe haben Ihnen bei der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz am meisten geholfen?				
B.	Welche Aspekte fehlten Ihnen persönlich in der Arbeitshilfe, um besser mit ihr arbeiten zu können?				
C.	Welche Hindernisse gab es bei der Einführung und Anwendung der Arbeitshilfe im Versorgungsalltag?				

2.2.2 Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung

Zum Nachweis möglicher Wirkungseffekte der Arbeitshilfe auf die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz sollte das Belastungserleben der pflegenden Mitarbeiter und Angehörigen, die Arbeitssituation der Mitarbeiter sowie die Lebensqualität der Betroffenen untersucht werden. Hierzu erfolgte die Entwicklung entsprechender Fragebögen, die im Rahmen der Pilotphase getestet wurden. Um Veränderungen im Zeitverlauf nachweisen zu können, wurde eine Vorher-Nachher-Messung (Prä-Post-Design) [19, 20] durchgeführt.

Hierzu wurde folgendes Vorgehen zur Fragebogenentwicklung und Datenerhebung gewählt:

Wirkung auf die Pflegenden

Vor der Einführungsveranstaltung (t_0) wurden die Pflegenden mittels Fragebögen zu ihrem subjektiven Belastungserleben und zu ihrer momentanen Arbeitssituation befragt. Der anonymisierte Fragebogen bestand aus Items zur Person, dem Belastungserleben adaptiert nach einem Fragebogen aus dem InDemA Projekt der Universität Witten / Herdecke [21], dem Maslach Burnout Inventory-D [22], einer Skala zur Veränderungsbereitschaft [23] und zum Handlungsspielraum² [24]. Im Anschluss wurde die Arbeitshilfe in der Praxis eingesetzt. Nach mindestens vier Wochen des Einsatzes erfolgte eine erneute Datenerhebung (t_1).

Wirkung auf die Menschen mit schwerer Demenz

Analog zum vorab beschriebenen Vorgehen – vor Einführung der Arbeitshilfe (t_0) sowie vier Wochen nach deren Anwendung im Praxisalltag (t_1) – erfolgte die Erfassung der Lebens-

² Die verwendete Subskala zur Erhebung des Handlungsspielraumes ist Teil des FIT 2.0© Fragebogens zum Erleben von Intensität und Tätigkeitsspielraum in der Arbeit. Das Instrument wurde zu Forschungszwecken vom PT Prieler Tometich Verlag (Österreich) freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

qualität von Menschen mit schwerer Demenz aus Perspektive der versorgenden Mitarbeiter. Mittels des Instruments QUALIDEM [25] bewerteten die Pflegenden in einem mündlichen Interview mit dem Forschungsteam die Lebensqualität der Menschen mit schwerer Demenz. Zudem wurden weitere, personen- und krankheitsbezogene Daten insbesondere zu Arztkontakten und Krankenhausaufenthalten mit dem Ziel erfasst, um diesbezüglich mögliche Wirkungseffekte der Arbeitshilfe zu bewerten.

Wirkung auf die Angehörigen in der häuslichen Versorgung

Eine erste Erfassung des Belastungserlebens von Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenz im ambulanten Bereich erfolgte vor der Anwendung der Arbeitshilfe (t_0). Auch hier war eine wiederholte Datenerhebung nach frühestens vier Wochen (t_1) angestrebt. Der anonymisierte Fragebogen beinhaltete die Häusliche Pflegeskala (BSFC: Burden Scale for Family Caregivers) [26] und weitere von der Projektgruppe entwickelte Items zum Belastungserleben und Zufriedenheit mit der Versorgung sowie Angaben zur Person.

2.2.3 Datenauswertung

Die aus den Fragebögen gewonnenen quantitativen Daten wurden mit statistischen Methoden unter Nutzung des Programms IBM SPSS Statistics 22® ausgewertet. Eine Beschreibung der Daten zu den beiden Zeitpunkten erfolgt mittels Kenngrößen der deskriptiven Statistik.

Die aus den Fokusgruppen generierten qualitativen Daten wurden mittels des Programms MAXQDA® inhaltsanalytisch nach Mayring analysiert [27]. Darüber hinaus wurden durch das Projektteam kontinuierlich Forschungsnotizen in Form von Memos schriftlich angefertigt, die ergänzend zur qualitativen Datenauswertung in die Analyse einfließen.

2.3 Ergebnisse

2.3.1 Stichprobenbeschreibung

Einrichtungen

Für die Pilotphase konnten drei stationäre und ein ambulanter Dienst gewonnen werden. Insgesamt gestaltete sich die Rekrutierung von Kooperationspartnern im ambulanten Bereich deutlich schwieriger als im stationären Setting. Zwar war das Interesse am Forschungsprojekt und der Arbeitshilfe gegeben, jedoch wurde eine Teilnahme aufgrund von Kapazitätsgründen oder der Tatsache, dass keine Menschen mit schwerer Demenz versorgt werden, häufig abgelehnt. Nach mehreren kurzfristigen Absagen konnte letztlich nur ein

ambulanter Pflegedienst in die Pilotphase eingeschlossen werden. Dieser und zwei stationäre Einrichtungen fielen unter eine konfessionelle Trägerschaft, ein Wohlfahrtsverband war Träger einer weiteren Einrichtung. Die Größe der stationären Einrichtungen variierte zwischen 80 – 175 Pflegeplätzen für ältere und pflegebedürftige Menschen. Die teilnehmenden Einrichtungen boten verschiedene Versorgungsformen wie Wohnbereiche für Menschen mit und ohne Demenz sowie spezielle Wohnbereiche für Menschen mit (schwerer) Demenz (Pflege-Oase) an. Der ambulante Dienst erbrachte auch Leistungen der allgemeinen und spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

Mitarbeiter

Insgesamt nahmen 38 Mitarbeiter an der Einführungsveranstaltung teil, von denen 31 den ersten Fragebogen zurücksendeten. Es wurden drei Fokusgruppen mit insgesamt 23 Personen durchgeführt. Tabelle 5 gibt eine Gesamtübersicht zu den Teilnehmern, der Fragebogenerhebungen zu beiden Messzeitpunkten sowie der Fokusgruppen.

Tabelle 5: Übersicht Teilnehmer und Rücksendung Fragebögen: Pilotierung

Kooperationspartner	Teilnehmer Einführung	Rücksendung Fragebogen (t ₀)	Rücksendung Fragebogen (t ₁)	Fokusgruppen (n=3)
Stationär (n=3)	34	28	18	21
Ambulant (n=1)	4	3	3	2
Gesamt	38	31	21	23

Die demografischen Angaben der ersten Erhebungsphase sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Demografische Angaben Fragebogenerhebung Mitarbeiter: Pilotierung

Mitarbeiter N=31 (t ₀)	
Durchschnittliches Alter (Mittelwert, Standardabweichung)	43,6 Jahre (SD=10,3)
Geschlecht	weiblich (n=23) männlich (n=8)
Berufsgruppe	examinierte Altenpfleger (n=11) Gesundheits- & Krankenpfleger (n=1) Alten- und Krankenpflegehelfer (n=3) Sozialarbeiter (n=3) Alltagsbegleiter (n=5) andere (n=8)
Arbeitszeit	Teilzeit (n=10) Vollzeit (n=20) fehlende Angabe (n=1)
Zusatzqualifikation / Weiterbildung	geriatriische Fachweiterbildung (n=6) Palliative Care Weiterbildung (n=4) weitere Zusatzqualifikation (n=13)

Menschen mit schwerer Demenz

In der Pilotphase wurden in den stationären Einrichtungen der Altenhilfe 13 Menschen mit schwerer Demenz in die erste Erhebungsphase eingeschlossen. Sie waren an unterschiedlichen Demenzformen erkrankt und hatten ein durchschnittliches Alter von knapp 85 Jahren (siehe Tabelle 7). In t_1 konnten zu vier der in die Studie eingeschlossenen Personen mit schwerer Demenz Daten erhoben werden. Ein Bewohner war zwischenzeitlich verstorben, die weiteren Befragungen der Mitarbeiter zu den Betroffenen waren aus Kapazitätsgründen seitens der Einrichtungen nicht möglich.

Tabelle 7: Demografische Angaben Menschen mit schwerer Demenz: Pilotierung

Betroffene N=13 (t_0)	
Durchschnittliches Alter (Mittelwert, Standardabweichung)	84,9 Jahre (SD= 6,6)
Geschlecht	weiblich (n=6) männlich (n=7)
Demenzform	Alzheimer Demenz (n=3) Vaskuläre Demenz (n=3) andere / keine Spezifizierung (n=7)
Betroffene mit Vereinbarungen zum Lebensende (n=8)	Vorsorgevollmacht (n=4) Patientenverfügung (n=4) einrichtungsspezifische Vereinbarung (n=1)

Angehörige von Menschen mit schwerer Demenz

In der häuslichen Versorgung wurden drei Angehörige (2 weiblich, 1 männlich) von Menschen mit schwerer Demenz zu beiden Messzeitpunkten t_0 und t_1 befragt. Das durchschnittliche Alter der Teilnehmer lag bei 65 Jahren. Sie waren partnerschaftlich, verwandtschaftlich oder als Ordensschwester mit dem Betroffenen verbunden. Der Umfang an Betreuung variierte zwischen 3 und 5 Stunden täglich und einer Betreuung von 24 Stunden.

2.3.2 Bewertung der Arbeitshilfe

Fokusgruppen

Die Auswertung des Datenmaterials zu den Rückmeldungen der Pflegenden brachte insgesamt drei Themenkategorien hervor. Diese beziehen sich auf die individuelle Nutzung der Arbeitshilfe, deren Auswirkung auf den Versorgungsalltag sowie die Gestaltung des Instrumentes. Tabelle 8 gibt eine Kurzübersicht zu den identifizierten Kategorien und deren Inhalte. Diese werden im Folgenden anhand ausgewählter Zitate der Interviewteilnehmer erläutert.

Tabelle 8: Kurzübersicht Ergebnisse der Fokusgruppen: Pilotierung

Themenkategorie	Inhalt
Individuelle Nutzung der Arbeitshilfe	<ul style="list-style-type: none">• hoher Zeitaufwand• Anwendung in Einzel- versus Gruppenbearbeitung• Komplettbearbeitung versus partielles Nachschlagen• Hilfestellung für die Pflegedokumentation
Auswirkungen der Arbeitshilfe auf den Versorgungsalltag	<ul style="list-style-type: none">• Reflexion der eigenen Arbeit• Hilfestellung für unerfahrene Mitarbeiter• Verbesserung des Austausches im Team• keine neuen Erkenntnisse
Gestaltung der Arbeitshilfe	<ul style="list-style-type: none">• verständliche Sprache• Anpassung Umfang und Layout• Einfügen eines Inhaltsverzeichnisses• Erstellung einer Kurzversion• Bereitstellung von Dokumentationsmöglichkeiten

Individuelle Nutzung der Arbeitshilfe: Grundsätzlich war bei den teilnehmenden Mitarbeitern eine große Offenheit in Bezug auf die Arbeitshilfe und deren Anwendung im Rahmen des Forschungsprojektes zu beobachten. Da ein Ziel der Pilotphase darin bestand, herauszufinden wie sich das Instrument im Arbeitsalltag anwenden lässt, erhielten die Teilnehmer vorab keine entsprechenden Vorgaben zur Umsetzung in dieser Testphase. Folglich lagen große Unterschiede in der Art und Intensität der Anwendung vor. Insgesamt gaben die Mitarbeiter an, einen hohen Zeitaufwand für die Durchführung zu benötigen. Der Leseumfang für den Bedürfniskatalog und die Merkmale der bedürfnisorientierten Versorgung sei sehr umfangreich und nur schwer im Arbeitsalltag zu bewältigen.

„Und ich hab das halt auch mehrmals draufgeguckt - mich ein bisschen damit beschäftigt, hab's mal überflogen [...]. Und das ist halt für mich nichts Neues, fehlt dann wirklich die Zeit, um mich dann mit den Bewohnern, die ich ausgesucht habe, um mich damit zu beschäftigen [...].“ (Fokusgruppe 3: 65)

Teilweise war den Teilnehmern eine intensive Auseinandersetzung mit dem Instrument nur außerhalb der regulären Arbeitszeit möglich. Die Herangehensweise zur Nutzung der Arbeitshilfe variierte dabei stark. So gab es Mitarbeiter, die sich im Einzelstudium zunächst intensiv mit den verschiedenen Inhalten auseinandersetzten und die im Anschluss begannen, die Bedürfnisse der Person mit schwerer Demenz zu erfassen.

„Ich hab jetzt auch manche Stunde zuhause erstmal verbracht. [...] Wenn man anhand der Tabellen das bearbeiten muss, dann muss man erst wissen, worum es überhaupt geht. Und ich habe jetzt einige Stunde gegessen, mithilfe der Arbeitshilfe hier, das Ganze auf Papier zu bringen. Und die Zeit haben wir hier im normalen Arbeitsleben nicht. Das geht nicht.“ (Fokusgruppe 1: 4)

„Also ich nehme diese Arbeitshilfe jetzt nicht mit und gucke nach. Das GEHT gar nicht. Aber ich hab die durchgearbeitet. Und dann hab ich den Bewohner im Kopf gehabt, visuell, ne, da spielt sich halt der Film ab, und dann bestimmte Sachen dann einfach dann übertrage. Aber das erst mal ZUNÄCHST einmal durchzuarbeiten ist UNGLAUBLICH zeitintensiv, weil da so viele Details dann plötzlich auftauchen.“ (Fokusgruppe 1: 18)

Eine Teilnehmerin aus dem ambulanten Bereich hingegen nutzte die Arbeitshilfe, um ganz bestimmte Themen aus dem Versorgungsalltag nachzuschlagen, ohne das Instrument vorab komplett durchgearbeitet zu haben.

„[...] wenn ich dann meine Tour zu Ende hab und habe den Kopf- den Fall im Kopf, mir die Arbeitshilfe nach Hause genommen und hab Schmerzen, zum Beispiel, dann gibt's ja die Möglichkeit, mir rausgesucht und eben nachgelesen, ob ich richtig gehandelt habe und ob ich noch andere Anregungen finde. Und da, muss ich sagen, hat's mir schon GEHOLFEN.“ (Fokusgruppe 1: 17)

Demgegenüber bildeten andere Pflegende Kleingruppen, wählten Bewohner mit schwerer Demenz aus und bearbeiteten die verschiedenen Inhalte der Arbeitshilfe gemeinsam.

„Also wir haben es zusammen getan. Mein Wunsch ist halt eben auch gewesen, mit jemand aus der Alltagsbegleitung, zusammen das zu machen. Wir haben zwar auch unterschiedliche Bewohner gehabt, aber wir haben uns auch gut ERGÄNZT.“ (Fokusgruppe 1: 30)

Die in der Arbeitshilfe beschriebenen Beispiele und Definition der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz wurden von den Pflegenden zudem häufig auch für die reguläre Pflegedokumentation in der täglichen Versorgung genutzt.

„Ja, also wir haben so manche Sätze, die halt zutreffen, kann man dann auch in der Dokumentation halt noch mal verwenden, wo einem das dann einfach nicht so einfällt, wie man das ausdrücken soll.“ (Fokusgruppe 3, 25)

„So, aber ich empfinde es noch mal als ne Hilfestellung für ne Pflegeplanung jetzt auch zu schreiben, ne. Wo kann ich noch mal gucken, ne? Wo habe ich vielleicht noch was übersehen, ne? Wie kann ich da noch mal ganz ANDERS ran an diese Sachen, ne, so zum Beispiel jetzt Mundpflege, ne, positive Reaktion, ne, negative Reaktion, ne, erschwerte Mundpflege, ne.“ (Fokusgruppe 1: 21)

Auswirkungen der Arbeitshilfe auf den Versorgungsalltag: Die Auseinandersetzung mit der Arbeitshilfe im Rahmen des Forschungsprojektes führte bei den Teilnehmern zur Reflexion des eigenen Handelns bezogen auf die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz. Die meisten Interviewpartner gaben an, mit den Inhalten des Instrumentes zwar vertraut zu sein, aber dennoch einen Nutzen aus der Anwendung gezogen zu haben. Insbesondere erfahrene Mitarbeiter fühlten sich in ihrer täglichen Arbeitsroutine bestätigt und bestärkt.

„Und es ist wirklich-, also da gebe ich Dir recht, also wird ausdrücklich GANZ viel gelebt, auch als neue Mitarbeiterin schon, auch das machen wir schon und das und das. War ein GUTES Gefühl zu sagen, man arbeitet hier und da WIRD schon ganz viel damit auch gemacht und praktiziert.“ (Fokusgruppe 1: 30)

Andere wiederum konnten durch die Arbeitshilfe bestehendes Wissen auffrischen, wurden sensibilisiert für die Aspekte der bedürfnisorientierten Versorgung und gewannen auf diese Weise neue Impulse für den Arbeitsalltag.

„Wie da ja andere auch gesagt haben und wir wissen ja, dass die Arbeitshilfe, das war nicht fremd für uns. Das ist halt unser tägliches Brot. Aber durch den Alltag dann manchmal vergessen wir. Die Routine kommt halt in den Vordergrund. Dann die andere Sache halt vergessen wir vielleicht auch sonst, das ist was WIR

machen bewusst. Aber das hatte uns auch geholfen, dass wir wieder alles neu halt erinnern und ja, das machen wir so, machen wir so, müssen wir so machen.“ (Fokusgruppe 3: 28)

„Gibt es da noch mal irgendwo, wo ich noch mal HINGUCKEN muss, ne. Das ist mir SCHON bewusst geworden, ne, dass ich da so kleine, ja, so nen kleinen Kick noch mal finde, ne, muss ich dann noch mal ANDERS gucken. [...] Aber es gibt mir noch mal ne Unterstützung, halt NOCH mal auf die einzelnen Bereiche zu gucken, ne, dass man sagen kann: Hab ich noch was vergessen? Kann ich's vielleicht DOCH noch mal angehen, ne?“ (Fokusgruppe 1: 21)

„Ja, ich hab jetzt ja im September hier angefangen, hab zwar schon Vorerfahrung mit meiner Ausbildung gemacht mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind. Aber mir hat das UNHEIMLICH geholfen, die Bewohner vielfältiger zu sehen, genauer zu gucken und auch dass sie- wie ich vielleicht ein Bewohner bis dahin schon erlebt habe noch mal zu überDENKEN.“ (Fokusgruppe 1: 28)

Aus Sicht der Teilnehmer ist die Arbeitshilfe sehr gut geeignet für Mitarbeiter, die noch keine oder nur wenig Erfahrung in der Pflege von Menschen mit schwerer Demenz haben (z.B. Auszubildende oder neues Personal). Das Instrument gebe einen guten Orientierungsrahmen zu den wesentlichen Aspekten der bedürfnisorientierten Versorgung und könne auch in Pflegeschulen eingesetzt werden.

„Also wir haben da AUCH lange für gebraucht. Ich finde das super, weil gerade so für Berufseinsteiger oder auch für Schüler einen Leitfaden zu haben, auf WAS muss ich achten.“ (Fokusgruppe 1: 6)

P8: „Also in Schulen sollte das auf jeden Fall rein, darüber haben wir direkt gesprochen.“

P2: „[...] Wenn Berufsanfänger, oder Menschen, die sich damit überhaupt noch nicht beschäftigt haben oder nur in geringem Ausmaße, dann ist das schon ne effektive Hilfe, ja, allein schon bestimmte Unterteilungen. Ich hab gerade noch mal rein geguckt, so, unter dem Aspekt „sich beschäftigen, vertraut sein, Spiritualität“ und so weiter, die vielen Aspekte, die da subsumiert worden sind, das leben wir schon. Und das ist den meisten bekannt. Also ich könnte mir vorstellen, wer NICHT so allgemein ist, sondern so ein bisschen über den Tellerrand hinwegguckt.“

P3: „Ja, für Schüler, denke ich auch.“ (Fokusgruppe 1: 181/200)

Die Arbeitshilfe förderte den Austausch der Mitarbeiter untereinander. Insbesondere die diskursive Bedürfniserfassung gemeinsam im Team erbrachte für die einzelnen Pflegenden neue Erkenntnisse. Die Auseinandersetzung mit der Arbeitshilfe unterstützte sie dabei, die Versorgung entsprechend zu planen und zu gestalten. Die Anwendung der Arbeitshilfe brachte für einige Betroffene mit schwerer Demenz ein verändertes Vorgehen in der Versorgung mit sich.

„Genau, so rum haben wir es dann gemacht. Da sind wir dann wirklich auch Punkt für Punkt durchgegangen. Und ja, wir haben dann auch dabei festgestellt, dass ich vieles von der Pflege in dem Alltag mit gebrauchen kann. Und das funktioniert jetzt super. Und umgekehrt genauso, dass man sagt, so, DASS funktioniert immer, ne, und dass sie das dann auch in die Pflege mitgenommen hat und gesagt hat: Boah, das geht so zusammen. Und das ist ergänzend. Und das hilft ALLEN. Also, ich finde so Pflege und Sozialer Dienst gehören zusammen und nicht auseinander.“ (Fokusgruppe 1: 245)

„Früh morgens, wenn wir rein gingen, die Medikamente, hatte auch voll Medikation, sollte nehmen, lehnte sie manchmal ab. Und ein Kollege hat mich schon informiert: „Wenn du rein gehst, dann versuche es mal irgendwie vom Berliner Sprechen“ und solche Sachen, biografiebezogen. Dann irgendwas von Berlin und

so. DANN wird er ruhig, gelassen, „Dann vertraut er Dir, dann NIMMT er halt die Medikamente.“ Dann habe ich auch probiert. Dann hatte- dann HILFT mir jeden Morgen, wenn ich rein gehe, einfach Medikamente nimmt, ein bisschen Kommunikation über Berlin und solche Sachen, dann hilft es wirklich.“ (Fokusgruppe 3: 30)

Im Gegensatz zu den zuvor genannten Rückmeldungen gaben einzelne Pflegende an, bereits alle Aspekte der Arbeitshilfe im eigenen Versorgungsalltag wiederzufinden und keinen Nutzen in der Anwendung zu sehen.

„Und für mich persönlich war es jetzt einfach so, dass diese Arbeitshilfe, sagen wir mal so, den einen oder anderen Anhaltspunkt gegeben- ich kann jetzt nichts konkret NENNEN, aber wo man dann noch mal ein bisschen genauer hinschaut zu den Sachen, die man SOWIESO, die zum, ich sag jetzt mal einfach, vom gesunden Menschenverstand her macht. Insofern, die Arbeitshilfe ist schon eine gute Ergänzung, eben DASS man noch mal ein bisschen genauer nachsieht. Aber ich meine, das ist jetzt auch nicht so der KRACHER, dass man jetzt sagt, so, jetzt haben wir den Stein der Weisen gefunden“ (Fokusgruppe 3: 21)

„Also ich kann nicht sagen, dass das für unseren Wohnbereich etwas hilfreich war, weil laut unser Pflegeplanung war schon viele Maßnahmen schon in der Pflegeplanung drin.“ (Fokusgruppe 3: 15)

Zum Teil zeigten sich die hohen Erwartungen, die in das Instrument gesetzt wurden, als nicht erfüllt.

„Wo wir ja auch neugierig drauf waren: Wir wussten ja auch am Anfang nicht, was auf uns zukommt. (I1: Ja) Und im Grunde haben wir ja schon- ich glaube, Sie haben das gesagt, den Stein der Weisen haben wir uns ja- wir wissen ja, es GIBT ihn nicht. Aber wir haben ja TROTZDEM so die leise Hoffnung, die haben wir vielleicht doch (Lachen). Und dann kommen Sie mit dem Ding hier an. Und dann haben wir gewusst, die haben ihn AUCH nicht. Und das ist eben dann doch- ich meine, das IST ja auch klar.“ (Fokusgruppe 3: 63)

Gestaltung der Arbeitshilfe: Als sehr positiv wurden die einfache Sprache und die verständlichen Formulierungen der Arbeitshilfe hervorgehoben.

„Was wirklich gut, war, fand ich persönlich jetzt, an Sprachverständnis: das war gut, verständlich formuliert. Es gibt ja auch ähnliche Texte, da musst du zehn Mal lesen und hast nicht mal die Hälfte verstanden. Also, das fand ich gut gemacht.“ (Fokusgruppe 2: 93)

Von einigen Teilnehmern wurde drauf hingewiesen, dass die Arbeitshilfe aufgrund des Umfangs und der bisherigen Gestaltung nur sehr schwer in den Arbeitsalltag zu integrieren sei. Die Anwendbarkeit wurde deshalb eher kritisch gesehen.

P6: „Ich kann mir nicht vorstellen, dass du das dann im Arbeitsalltag nimmst und erstmal nachliest.“ P1: „In diesem Layout und in dieser Form sicherlich nicht.“ (Fokusgruppe 2: 42)

„Das ist sicherlich, um den Praxisbezug jetzt mal herzustellen, rein vom Inhalt, vom Layout her einfach zu viel.“ (Fokusgruppe 2, 33)

„[...] wir sind ja in der Pflege häufig unter Zeitdruck. Und wenn Ruhepausen sind, dann werden die auch GENOSSEN. Und ICH stelle mir die Frage, ob man so ein Riesending überhaupt liest, oder ob man es als Nachschlagewerk benutzen sollte oder könnte. Das ist so, weil ich meine, das ist unheimlich viel Text und ist UNHEIMLICH viel zu bearbeiten, wenn ich mal in so einem Ding drin bin. Und es ist ja nur eins von

VIELEN Instrumentarien und eines von vielen Dokumentationssystemen, die wir haben.“
(Fokusgruppe 3: 61)

Zur verbesserten Orientierung und Anwendung im Arbeitsalltag äußerten die Teilnehmer den Wunsch, die Struktur und den Aufbau des Instrumentes zu überarbeiten. Insbesondere der Bedürfniskatalog sei in seiner bisherigen Version zu unübersichtlich gestaltet, was ein schnelles Auffinden und Nachschlagen einzelner Bedürfnisse erschwere. Eine Interviewteilnehmerin schlug in diesem Zusammenhang vor, ein detaillierteres Inhaltsverzeichnis einzufügen.

P7: „[...] das hört sich jetzt so ganz platt praktisch an, einfach nen Deckblatt für Inhaltsangaben, dass man nicht alles nur- wo war denn jetzt noch mal die Nahrung, oder wo war jetzt das und so, sondern so Seite –“

P8: „Das haben wir direkt gesagt: Inhaltsangabe, ne.“ (Fokusgruppe 1: 161)

In Bezug auf die schnelle Verfügbarkeit von Informationen wurde zudem eine Kurzversion der Arbeitshilfe diskutiert, die die zentralen Aspekte einer bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz beinhalten sollte. Auf diese Weise könne im Arbeitsalltag rasch auf einzelne Themen zugegriffen werden. Die umfangreiche Version wäre eher geeignet, um sich intensiver mit den Inhalten auseinanderzusetzen und bestimmte Aspekte im Detail nachzulesen.

„Das Formular, das man so in der Kitteltasche mitführen kann – das wäre natürlich praktisch gewesen. So Karteikärtchen, ne, so Schlagwörter, zur Erinnerung. Schön laminiert, ab in die Kitteltasche, kann ich mal reingucken. Hier die Kollegen haben das sicher gelesen und dann in der Situation auch ein Stück weit reflektiert, aber das wird nicht mitgenommen und gelebt weil's einfach auch viel Text ist. Sicherlich sind Text und Inhalt auch berechtigt, aber für die Praxis nicht als ‚Schnell mal gucken‘ taugbar.“
(Fokusgruppe 2: 35)

P1: „Also, was praktikables auch für's Alltagsgeschäft. Die Kollegen sind da ja teilweise auch schon schwer gestraft, da es in der Pflege ja auch schon ne Menge Standards gibt. Ne Menge Standards, die dann über mehrere Seiten gehen und das Ganze auch letztendlich ein Stück weit Bürokratie immer ist. Ja, okay, ne. Man hat's mal gelesen. Aber, wenn ich mal einen Tipp geben darf: gebündelt Informationen möglichst auf eine Seite, dass vielleicht in nem Stationszimmer präsent aushängen. Quasi wie so eine Art Leitlinie und praktikabel, wie gesagt: Karteikarten groß auf eine Größe, schön laminieren, stichpunktartig da drauf ‚Aha, daran muss ich denken‘. Bis ich das bei jedem verinnerlicht habe ist das natürlich praktikabler, die Chance, dass das auch genutzt und gelehrt wird.“ (Fokusgruppe 2: 37)

Ebenfalls diskutiert wurde der Wunsch nach einer Möglichkeit, die eigenen Beobachtungen, Erfahrungen und erfassten Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz schriftlich festzuhalten. Aus Sicht der Pflegenden könnte eine entsprechende Dokumentation helfen, sich bestimmte Dinge ins Gedächtnis zu rufen, und würde zudem den Austausch im Team zu einzelnen Betroffenen erleichtern.

„Mir fehlt so'n bisschen die Spalte, um vielleicht meine EIGENE Wahrnehmung zu dem Thema nochmal zu dokumentieren. Also das wäre vielleicht noch mal ganz gut, und zwar nur ein paar Sachen, wo ich gesagt hab, hm, das würde ich eher so und so formulieren, oder das und das würde ich anders machen.“

So müsste ich jetzt aber daran rum frickeln, streichen, eine Spalte für persönliche Empfindungen oder Beobachtungen noch dazu zu fügen.“ (Fokusgruppe 1: 34)

„Ja. Also für mich ist das immer ganz gut, wie so eine Art Liste zu haben, so eine Checkliste, die man so abhakt, dass man sieht, haste jetzt irgendwas im Eifer des Gefechtes übersehen? Oder willst du hier noch mal das eine oder andere vertiefen, wo (?) ich mir dann natürlich auch zu entsprechenden Bewohnern dann meine Anmerkungen mache. Ich hab (also auch?) quasi für jeden Tag einen Zettel, auf dem alle Bewohner dann namentlich aufgeführt sind. Und dann mache ich mir entsprechende Notizen, wo ich dann auch in die SIS, in die Dokumentation dann entsprechende Einträge gemacht hab, ne, also insofern diese Ergänzung, dass ich dann die Punkte dann noch mal abhaken kann.“ (Fokusgruppe 3: 23)

2.3.3 Analyse der Forschungsnotizen

Neben den Rückmeldungen der Studienteilnehmer zur Anwendung und Gestaltung der Arbeitshilfe wurden die Forschungsnotizen der wissenschaftlichen Projektmitarbeiter hinsichtlich fördernder und hemmender Faktoren der Implementierung analysiert. Auch wenn bei der Planung zur Realisierung des Forschungsvorhabens die relevante Literatur zur Implementierungsforschung bereits berücksichtigt wurde [28, 29], zeigten sich in der praktischen Umsetzung bestimmte anzupassende bzw. zu fokussierende Aspekte. Neben der Vorstellung der Arbeitshilfe und Erläuterung des Vorgehens durch das Projektteam im Rahmen der Einführungsveranstaltung wurde die zentrale Rolle einer internen Schlüsselperson deutlich. Als vorteilhaft erwies sich dabei eine Person der Leitungsebene (z.B. Wohnbereichsleitung), die als Ansprechpartner für die am Projekt teilnehmenden Mitarbeiter zur Verfügung stand, die die Terminkoordination vor Ort übernahm und die Umsetzung gezielt anregte. War die Schlüsselperson überzeugt von den Vorteilen der Arbeitshilfe und vertrat sie dies gegenüber den Mitarbeitern, waren positive Auswirkungen auf die Bereitschaft zur Anwendung der Arbeitshilfe zu beobachten. Ein klarer Zeitrahmen und die Möglichkeit die Arbeitshilfe während der Arbeitszeit anzuwenden, wirkten sich zudem günstig auf die Teilnahmebereitschaft aus.

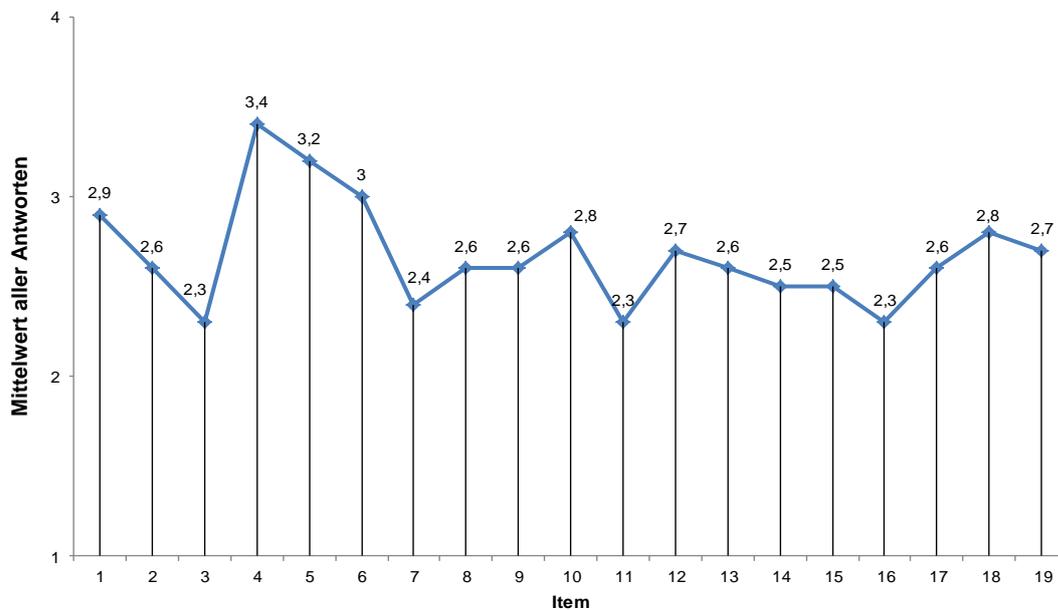
Des Weiteren schien die Anwendung der Arbeitshilfe in Kleingruppen im Vergleich zur Einzelanwendung vorteilhafter. Die Teilnehmer motivierten sich gegenseitig und schätzten den zusätzlichen kollegialen Austausch im Team sehr.

2.3.4 Fragebogenerhebung

Insgesamt sendeten 19 Personen den Fragebogen zur Bewertung der Arbeitshilfe zurück. Die Antwortskala wurde zur Berechnung der Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) mit numerischen Werten versehen, die von ‚trifft nicht zu (1)‘ und ‚trifft wenig zu (2)‘ über ‚trifft ziemlich zu (3)‘ bis ‚trifft zu (4)‘ reichten. In Abbildung 2 sind die Ergebnisse für die einzelnen Items dargestellt. Die Pflegenden bewerteten die Arbeitshilfe überwiegend positiv

und als geeignetes Instrument zur Unterstützung der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz.

Eine Vielzahl der Ergebnisse (z.B. zur verständlichen und klaren Sprache) war deckungsgleich mit den Angaben in den Fokusgruppen. Auch in der schriftlichen Befragung wurde die Arbeitshilfe als zu umfangreich gesehen, wobei die meisten Befragten gleichzeitig die detaillierte Beschreibung aller Bereiche der Versorgung positiv einschätzten.



***Legende Items**

Die Arbeitshilfe...

1. ist einfach in der Handhabung
2. ist übersichtlich gestaltet
3. ist zu umständlich
4. enthält eine verständliche und klare Sprache
5. beschreibt detailliert alle Bereiche der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz
6. ist zu umfangreich
7. ist gut in die tägliche Arbeit zu integrieren
8. trägt zu mehr Kommunikation und Austausch innerhalb des Teams bei
9. unterstützt mich in der täglichen Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz
10. vermittelt mir mehr Sicherheit im Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz
11. hat dazu beigetragen, dass ich meine persönliche Einstellung zu Menschen mit schwerer Demenz überdacht habe
12. unterstützt mich darin, die Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz besser zu erkennen
13. unterstützt mich darin, die Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz besser zu erfüllen
14. trägt zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenz bei
15. trägt zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen intern bei (z.B. Leitung, sozialer Dienst)
16. trägt zur Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen extern bei (z.B. Fachärzte, ambulante Palliativ- oder Hospizdienste)
17. gibt mir neue Impulse und Ideen für die Versorgung der Menschen mit schwerer Demenz
18. ist dazu geeignet, die Versorgung der Menschen mit schwerer Demenz zu verbessern
19. würde ich weiter in meiner täglichen Arbeit anwenden

Abbildung 2: Mitarbeiterbefragung Bewertung Arbeitshilfe: Pilotierung

Die Aussagen der drei offenen Fragen (siehe Tabelle 9) spiegeln größtenteils die identifizierten Themen der Fokusgruppeninterviews wider. Neben einigen positiven Anmerkungen zum Nutzen der Arbeitshilfe gaben die Pflegenden auch hier Anregungen zur Umgestaltung (u.a. das Einfügen eines Inhaltsverzeichnisses). Kritische Aussagen bezogen

sich zumeist auf die umfangreiche und umständliche Gestaltung. Wiederholt wurde zudem geäußert, dass die Inhalte bekannt seien und keinen Mehrwert für die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz brächten. Als Hindernisse für die Anwendung der Arbeitshilfe wurden vor allem strukturelle Aspekte, wie z.B. zeitliche Restriktionen oder fehlende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten benannt.

Tabelle 9: Mitarbeiterbefragung offene Fragen Bewertung Arbeitshilfe: Pilotierung

A. Welche Aspekte der Arbeitshilfe haben Ihnen bei der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz am meisten geholfen?

„Mir haben vor allem ein paar Aspekte sehr geholfen, wie z.B. Bedürfnis Nahrungsaufnahme und Zuwendung.“ (MA27)

„In Situationen in denen man nicht weiter kommt, nachschlagen zu können und verschiedene Lösungsansätze angeboten zu bekommen.“ (MA8)

„Auf Wünsche und Bedürfnisse des Bewohners eingehen.“ (MA20)

„Alle und keiner. Alles Zusammengetragene Wissen bzw. Ideen sind bekannt, können nur leider zu oft nicht adäquat umgesetzt werden. Die Arbeitshilfe ist aber immer mal ein gutes Instrument, die Möglichkeiten wieder ins Gedächtnis zu rufen und im täglichen Kleinkampf Schrittschrittchen zu verbessern.“ (MA21)

„Die Arbeitshilfe war für mich keine Hilfe und brachte keine neue Erkenntnis. Ich bin seit vielen Jahren in der Sozialen Betreuung dementer Menschen tätig, daher sind die Inhalte der Arbeitshilfe für mich nicht neu sondern bei meiner täglichen Arbeit schlichtweg selbstverständlich!“ (MA16)

„Also ich persönlich finde, dass die Arbeitshilfe dem ähnelt, was ich in der Ausbildung zum Altenpfleger gelernt habe. Zudem ist die Arbeitshilfe zu unstrukturiert und umständlich.“ (MA17)

B. Welche Aspekte fehlten Ihnen persönlich in der Arbeitshilfe, um besser mit ihr arbeiten zu können?

„Inhaltsverzeichnis, Evaluationsspalte“ (MA2); „eine übersichtliche Inhaltsangabe“ (MA8)

„Eine klare Struktur, ein einheitlicher Maßstab, sprich: ein allgemeingültiges Messinstrument mit dem man Vorher + Nachher vergleichen kann.“ (MA16)

„Im Bereich Demenz sich Fort- / Weiterbilden. Jede Pflege(fach)kraft, die auf einer Demenzstation arbeitet müsste die Möglichkeit zur Weiterbildung z.B. als Gerontofachkraft gegeben sein. Leider fehlt dies in der Praxis und in der Arbeitshilfe.“ (MA21)

„Umgang mit schwierigen Angehörigen“ (MA27)

C. Welche Hindernisse gab es bei der Einführung und Anwendung der Arbeitshilfe im Versorgungsalltag?

„Zeitmangel aufgrund des Personalmangels“ (MA1)

„Wenig Zeit: man braucht mehr Zeit am Tag um sich mit Menschen mit Demenz zu beschäftigen, aber Dokumentation und Schreiben nimmt sehr viel Zeit.“ (MA20)

„Zu unübersichtlich, zu unstrukturiert, man verliert beim Lesen das Interesse, vieles kennt man schon, nichts Neues.“ (MA17)

„Die ‚Praktikabilität‘ scheitert zwangsläufig an eingefahrenen Wegen, Änderungen und Verbesserungen mit Hilfe der Arbeitshilfe können nur in Minischrittchen im täglichen Kampf mit sich und dem System stattfinden. Gut, wenn die Arbeitshilfe präsent bleibt und allen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht wird.“ (MA21)

„1) Zu wenig Zeit beim Anreichen. Für einige Bewohner muss man viel mehr Zeit haben, um sie zu versorgen, 2) Wie sollte man mit den Bewohnern umgehen, die das nicht akzeptieren? 3) Die Körperpflege ist manchmal nach einem bestimmten Ritual nicht möglich, weil die Kolleginnen das nicht mitmachen.“ (MA27)

„Keine. Außer dass die Arbeitsmaterialien viel zu umfangreich und durch viele Wiederholungen sehr unstrukturiert waren. Bei mir entstand ehrlich gesagt der Eindruck, dass man Fachkräften unterstellt, sie hätten keine Ahnung im Umgang mit dementen Menschen. Selbstverständlichkeiten werden unter dem ‚Deckmäntelchen der Wissenschaft‘ als neue Erkenntnisse ‚verkauft‘. Schade, hatte mit von dem Projekt deutlich mehr versprochen.“ (MA16)

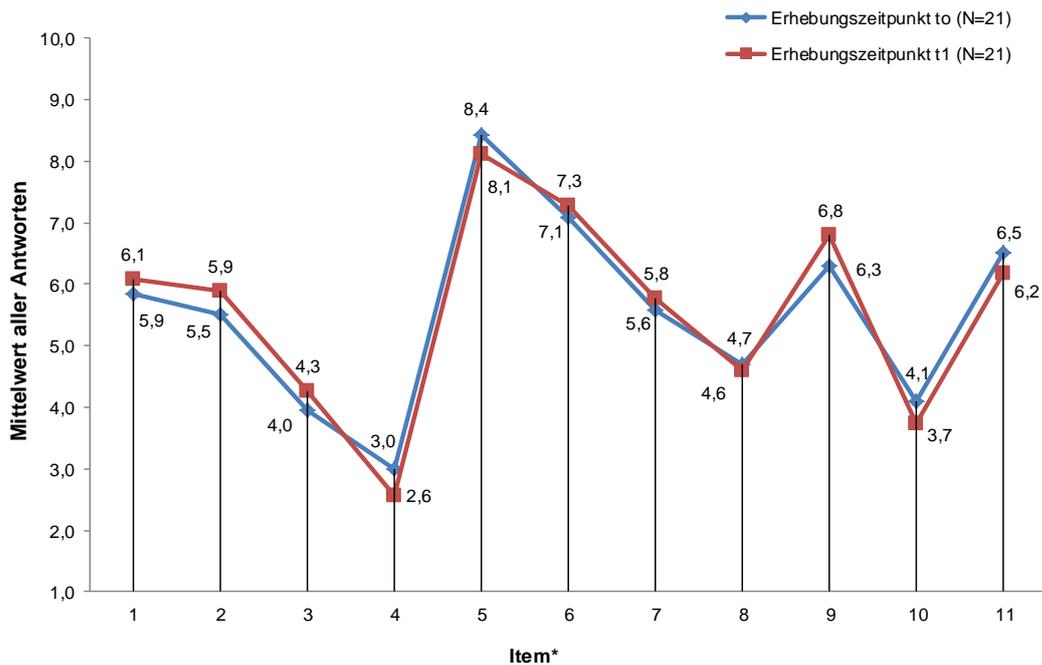
2.3.5 Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der testweise durchgeführten Fragebogenerhebung zum Nachweis möglicher Wirkungseffekte der Arbeitshilfe dargestellt. Hierzu erfolgt eine grafische Gegenüberstellung der beiden Erhebungszeitpunkte t_0 und t_1 unter Angabe der Mittelwerte. Für die Auswertung wurden ausschließlich vollständige Datensätze, d.h. von Mitarbeitern mit ausgefüllten Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten ($N=21$), berücksichtigt. Lediglich für den Vergleich der Lebensqualität der Menschen mit schwerer Demenz erfolgte dies aufgrund der sehr kleinen Stichprobe nicht.

Wirkung auf die Pflegenden

Arbeitssituation: Die Items zur subjektiven Einschätzung der Arbeitssituation konnten Werte zwischen 1 (*trifft überhaupt nicht zu*) und 10 (*trifft voll und ganz zu*) annehmen. Die Ergebnisse zur Bewertung der generellen Arbeitssituation (siehe Abbildung 3) deuten darauf hin, dass die Befragten insgesamt mit ihrer beruflichen Situation zufrieden waren.

Die meisten pflegenden Mitarbeiter schätzten ihre Tätigkeit als sinnvoll ein, zeigten sich motiviert und gaben an, Einfluss auf die tägliche Arbeit nehmen zu können. Relevante Unterschiede (Abweichungen Mittelwerte > 2) zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten waren nicht zu finden.

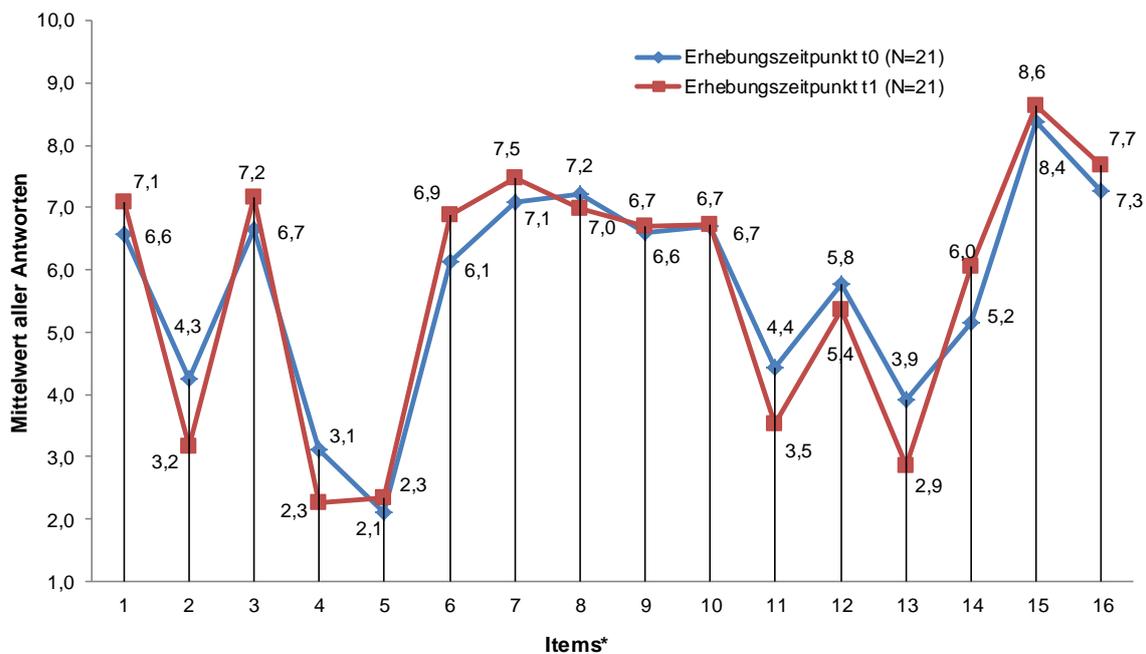


***Legende Items** (¹=mit Umpolung)

1. Meine momentane Arbeitszufriedenheit ist hoch
2. Wir haben eine gute Arbeitsatmosphäre
3. Mir fehlt häufig die Zeit, meine Arbeit zu erledigen¹
4. Ich habe kaum Einfluss darauf, was ich bei meiner Arbeit tue¹
5. Ich habe das Gefühl, dass meine Arbeit sinnvoll ist
6. Meine momentane Arbeitsmotivation ist hoch
7. Mein unmittelbarer Vorgesetzter sorgt gut für meine Entwicklungsmöglichkeiten
8. Ich muss manchmal Dinge tun, die eigentlich auf andere Weise getan werden sollten¹
9. Ich erhalte immer wenn ich es brauche Unterstützung von meinen KollegInnen
10. Ich fühle mich durch meine Arbeit zurzeit belastet¹
11. Ich bin zufrieden mit der Betreuung und Pflege der Menschen mit schwerer Demenz

Abbildung 3: Mitarbeiterbefragung Arbeitssituation insgesamt: Pilotierung

Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz: Ein ähnlich positives Bild zeigte sich auch bezogen auf die Arbeitssituation in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz (siehe Abbildung 4). Die meisten Pflegenden gaben an, Spaß im Umgang mit den Betroffenen zu haben und deren Bedürfnisse, Gefühlslagen und Verhaltensweisen normalerweise gut zu verstehen. Als besonders wichtig wurde der Austausch mit den Kollegen in der täglichen Versorgung bewertet. Relevante Abweichungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten waren nicht zu finden. Einzelne Mittelwerte weisen lediglich marginale positive Veränderungen auf.



***Legende Items** (¹=mit Umpolung)

1. Der Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz macht mir Spaß
2. Ich habe das Gefühl, zu wenig über die Menschen, ihr Leben und ihre Beeinträchtigungen zu wissen¹
3. Ich habe das Gefühl, eine gute Beziehung zu den Menschen mit schwerer Demenz zu haben
4. Zuviel Zuneigung zu den Menschen mit schwerer Demenz stört die Arbeit¹
5. Es fällt mir schwer, das Verhalten der Menschen mit schwerer Demenz zu verstehen¹
6. Ich kann durch meine tägliche Arbeit das Verhalten der Menschen mit schwerer Demenz beeinflussen
7. Mein Wissen hilft mir sehr gut, mit den Verhaltensweisen der Menschen mit schwerer Demenz umzugehen
8. Ich erkenne die aktuelle Gefühlslage der Menschen mit schwerer Demenz normalerweise gut
9. Ich erkenne die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen mit schwerer Demenz normalerweise gut
10. Ich fühle mich sicher im Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz
11. Ich fühle mich durch die alltägliche Arbeit mit den Menschen mit schwerer Demenz gefühlsmäßig belastet¹
12. Ich erlebe mich zurzeit als aktiver Gestalter der Betreuungssituation der Menschen mit schwerer Demenz
13. Ich fühle mich häufig mit den Problemen im Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz alleine gelassen¹
14. Ich bilde mich regelmäßig zum Thema Demenz weiter
15. Ich finde den Austausch mit meinen Kollegen für die tägliche Arbeit mit den Menschen sehr wichtig
16. Der Umgang mit den Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenz ist fordernd

Abbildung 4: Mitarbeiterbefragung Arbeitssituation Versorgung bei Demenz: Pilotierung

Belastungen in der Versorgung

Probleme durch Verhaltensweisen: Die Studienteilnehmer der ambulanten und stationären Altenhilfe wurden zu Verhaltensweisen der Menschen mit schwerer Demenz befragt, die ihnen Probleme in der täglichen Versorgung bereiten. Die Items konnten Werte zwischen 1 (*keine Probleme*) und 10 (*sehr starke Probleme*) annehmen. Die Ergebnisse (siehe Abbildung 5) zeigen, dass die Mitarbeiter verhaltensassoziierte Probleme eher als gering bzw. mittel ausgeprägt einschätzten. Verbale Verhaltensweisen, wie z.B. Jammern, wiederholtes Fragen oder Rufen (Item 2), weisen dabei die höchsten Mittelwerte auf. Relevante Unterschiede zwischen beiden Messzeitpunkten (>2) liegen nicht vor, jedoch verringerten sich die Mittelwerte in t₁ bei vier der fünf abgefragten Items. So wurden im Vergleich zu t₀ zu t₁ aggressive (Item 1: -0,9), verbale (Item 2: -0,5), körperlich unruhige (Item

3: -0,8) und passive (Item 4: -0,9) Verhaltensweisen von den Pflegenden als weniger problematisch für die tägliche Versorgung eingeschätzt.

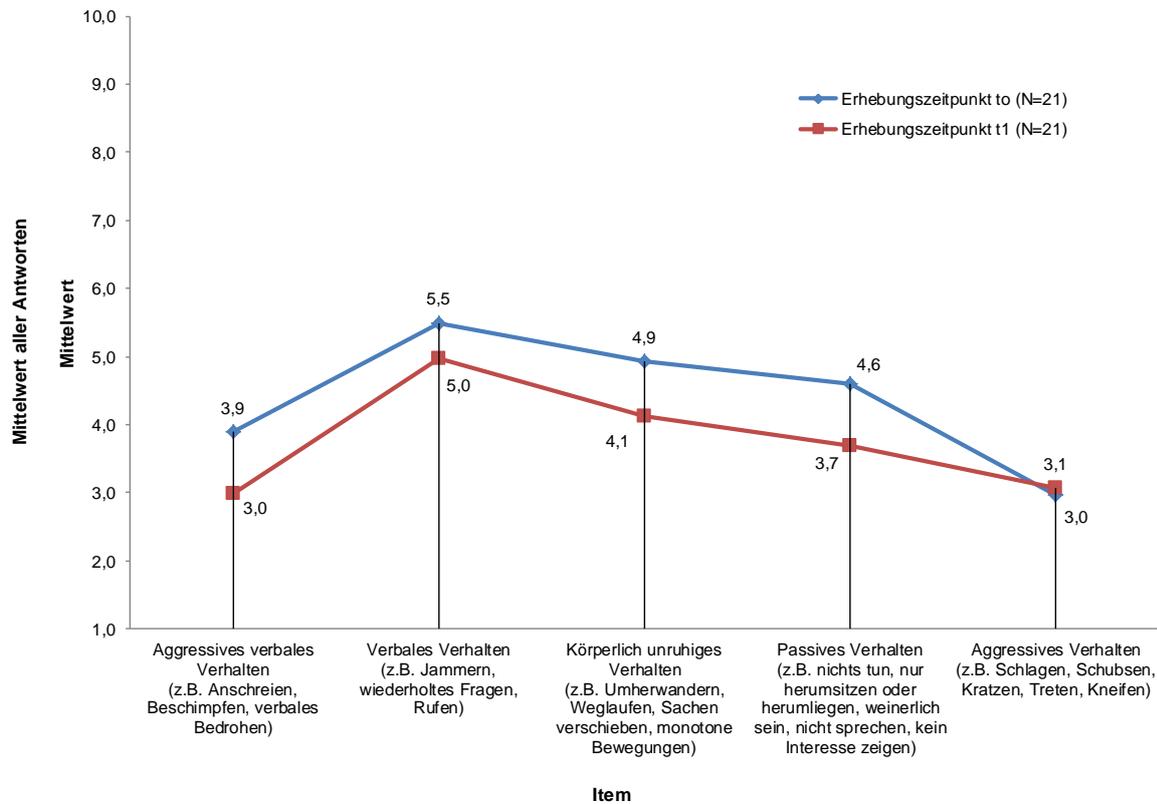
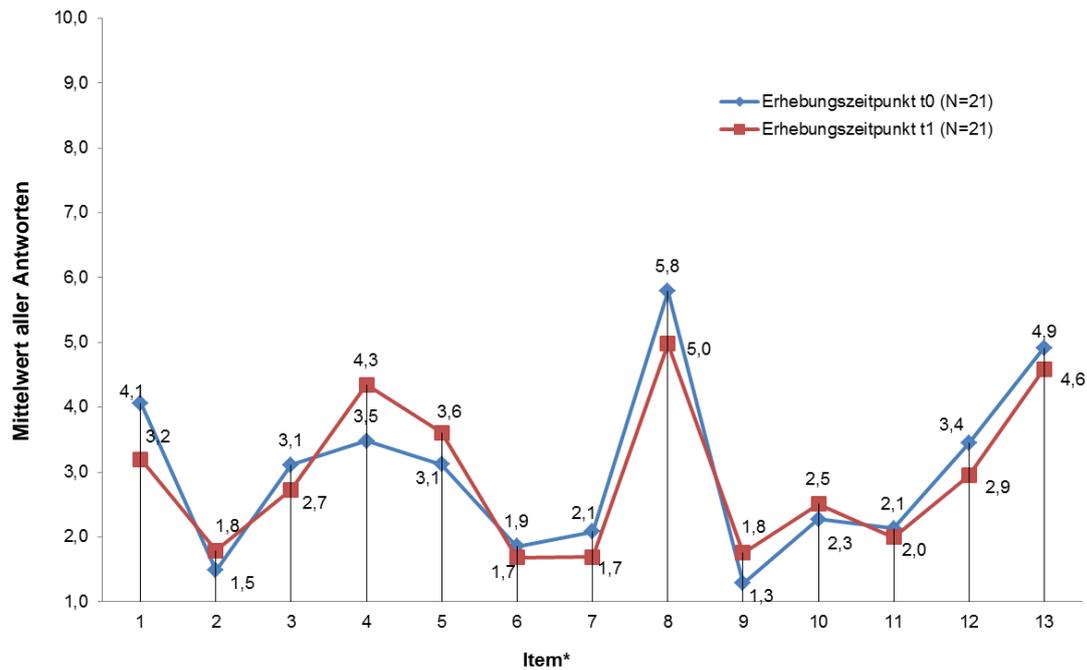


Abbildung 5: Mitarbeiterbefragung verhaltensbedingte Probleme

Situationsbedingte Belastungen: Mittels 13 Items, die jeweils Werte zwischen 1 (*gar nicht belastet*) und 10 (*sehr stark belastet*) annehmen konnten, wurden Situationen abgefragt, die von den Studienteilnehmern als besonders belastend empfunden wurden. Ähnlich wie bei den vorherigen Ergebnissen lagen die Mittelwerte auch hier im unteren bis mittleren Bereich (siehe Abbildung 6). Am meisten belastet zeigten sich die Pflegenden durch den Zeitmangel in der Versorgung (Item 8), das ständige Rufen und Fragen (Item 13) und das Leid der Betroffenen (Item 4). Die Erhebung konnte keine relevanten Unterschiede bezogen auf die zwei Erhebungszeitpunkte feststellen. Lediglich bei Item 1 verringerte sich der Mittelwert um 0,9, was auf eine Reduzierung der Belastung durch laute Geräusche der Menschen mit schwerer Demenz hindeutet. Darüber hinaus wurden für zwei Items Veränderungen der Mittelwerte in t_1 um jeweils 0,8 ermittelt. Dies kann möglicherweise auf eine Belastungsabnahme in Zusammenhang mit dem Zeitmangel in der Versorgung (Item 8) sowie auf einen Anstieg des Belastungsempfindens in Bezug auf das Leid der Betroffenen hinweisen (Item 4).



***Legende Items**

1. Die lauten Geräusche
2. Das Gefühl, bedroht zu werden
3. Dass ich meine Arbeit nicht tun konnte
4. Das Leid der Menschen mit schwerer Demenz
5. Das Gefühl, nichts machen zu können
6. Dass ich die Menschen mit schwerer Demenz „ruhig stellen“ musste
7. Dass ich nicht verstehe, warum sich die Menschen mit schwerer Demenz so verhalten
8. Dass ich keine Zeit hatte, mich mehr um die Menschen mit schwerer Demenz zu kümmern
9. Dass ich geschlagen wurde
10. Dass ich beschimpft wurde
11. Dass ich meine Probleme mit den Menschen mit schwerer Demenz nicht mit anderen teilen konnte
12. Dass die Menschen mit schwerer Demenz so apathisch waren
13. Das ständige Rufen und Fragen der Menschen mit schwerer Demenz

Abbildung 6: Mitarbeiterbefragung situationsbedingte Belastungen

Burnout-Risiko, Handlungsspielraum und Veränderungsmüdigkeit

Die deutsche Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D) ist ein validiertes Messinstrument zur Erfassung des Burnout-Syndroms. Für dieses Forschungsprojekt wurde es eingesetzt, um das Burnout-Risiko der Pflegenden in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz einzuschätzen (t_0) und mögliche positive Effekte durch Implementierung der Arbeitshilfe nachzuweisen (t_1). Die Antwortskala (sechsstufige Likert-Skala) wurde zur Datenanalyse mit numerischen Werten versehen, die von ‚nie‘ (0) bis ‚sehr oft‘ (5) reichten. Aufgrund der berechneten Mittelwerte (siehe Tabelle 10) ist davon auszugehen, dass emotionale Erschöpfung und Depersonalisation bei den Studienteilnehmern nur gering ausgeprägt sind, während die meisten Pflegenden eine persönliche Erfüllung in der eigenen Arbeit sehen. Untersuchungsrelevante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten konnten nicht nachgewiesen werden.

Tabelle 10: Mitarbeiterbefragung Burnout, Handlungsspielraum, Veränderungsmüdigkeit: Pilotierung

	t ₀ (n=21)		t ₁ (n=21)	
	M	SD	M	SD
Maslach Burnout Inventory				
Emotionale Erschöpfung	2,1	1,0	2,2	0,9
Depersonalisation	0,8	0,6	0,9	0,6
Persönliche Erfüllung	3,8	0,5	3,7	0,4
Handlungsspielraum	3,1	0,5	3,2	0,5
Veränderungsmüdigkeit	3,1	1,4	3,0	1,5

Die weiteren Befragungsergebnisse verdeutlichen, dass die Mitarbeiter den Handlungsspielraum in der eigenen Arbeit als hoch einschätzen. Die entsprechenden Antwortmöglichkeiten dieser Skala lagen zwischen 1 (*trifft wenig zu*) und 4 (*trifft zu*). Darüber hinaus wurde die Veränderungsmüdigkeit in der täglichen Arbeit erfasst (siebenstufige Likert-Skala von ‚*stimme überhaupt nicht zu*‘ (1) bis ‚*stimme voll und ganz zu*‘ (7)). Die entsprechenden Mittelwerte deuten auf eine relativ hohe Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter hin.

Wirkung auf die Menschen mit schwerer Demenz am Lebensende

Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte: Neben der Erfassung der Lebensqualität sollte überprüft werden, ob sich die Implementierung der Arbeitshilfe möglicherweise auf die Anzahl der Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte der Menschen mit schwerer Demenz auswirkt. Die entsprechenden Daten finden sich in Tabelle 11. Bis auf einen weiteren Krankenhausaufenthalt einer Bewohnerin zeigten sich in t₁ keine Veränderungen.

Tabelle 11: Arztkontakte und Krankenhausaufenthalte

	t ₀	t ₁
Betroffene mit Hausarztkontakt in den letzten 8 Wochen	n=13 Häufigkeit: einmal (n=1); viermal (n=1); siebenmal (n=1); achtmal (n=10)	keine Änderung
Bewohner mit Betreuung durch Neurologen / Psychiater	n=13	keine Änderung
Kontakt sonstiger Facharzt in den letzten 8 Wochen	n=12 Häufigkeit: einmal (n=1); zweimal (n=2); dreimal (n=1); viermal (n=8)	keine Änderung
Anzahl Betroffene mit Krankenhausaufenthalt (in den letzten 6 Monaten)	n=5 Häufigkeit: einmal (n=3); dreimal (n=2)	n=6
Anzahl Betroffene mit Notarztkontakt (in den letzten 6 Monaten)	n=5 Häufigkeit: einmal (n=2); zweimal (n=1); dreimal (n=2)	keine Änderung

Lebensqualität: Die Lebensqualität der Menschen mit schwerer Demenz wurde durch Befragung der Pflegenden mittels der deutschen Version des validierten Instrumentes

QUALIDEM eingeschätzt, das 21 Items in sieben Subskalen beinhaltet. Die entsprechenden Subskalenwerte nebst Referenzbereich sind in Abbildung 7 dargestellt. Dabei gilt: je höher ein Wert, desto höher kann auch die Lebensqualität des Betroffenen in der jeweiligen Dimension eingeschätzt werden.

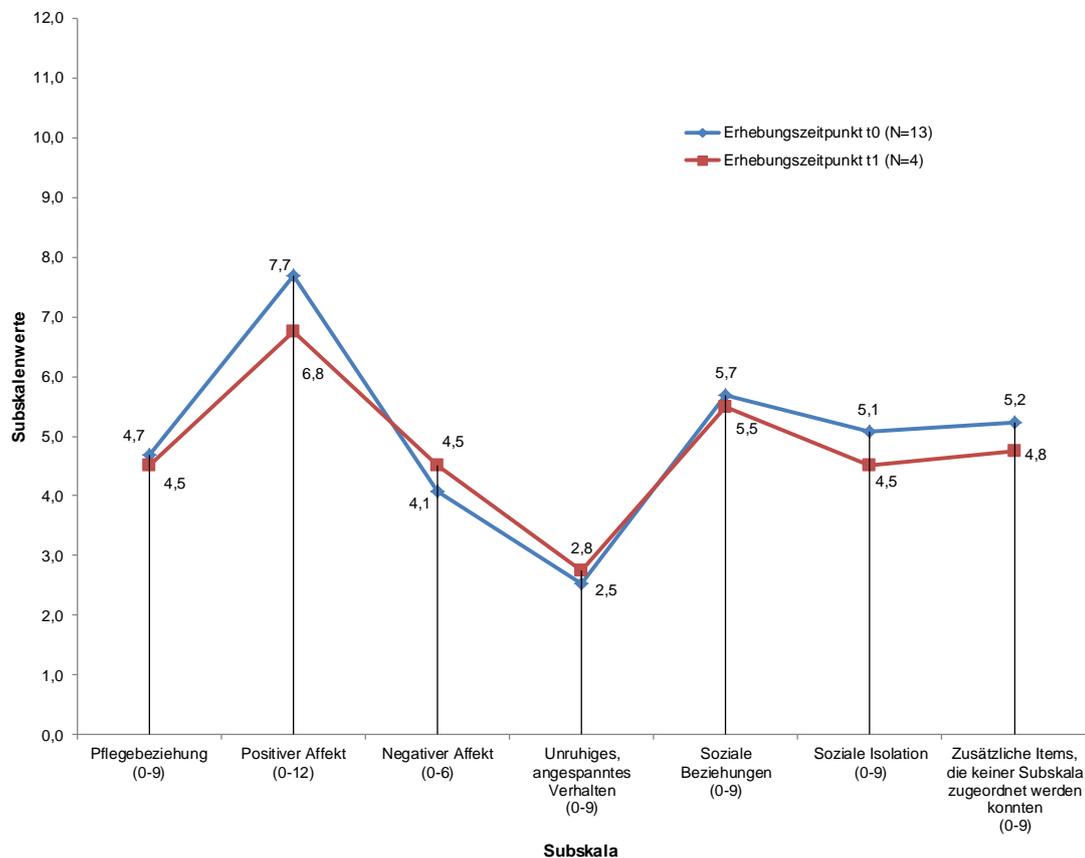


Abbildung 7: Einschätzung Lebensqualität Menschen mit schwerer Demenz

Die meisten Ergebnisse liegen im mittleren bis oberen Referenzbereich. Lediglich die Subskala zum unruhigen, angespannten Verhalten der Betroffenen weist einen Wert unterhalb dieses Bereichs auf, was auf eine geringere Lebensqualität hinsichtlich dieser Dimension hindeutet. Wegen der unterschiedlichen Teilnehmerzahl an den beiden Erhebungszeitpunkten lassen sich keine zuverlässigen Aussagen über Unterschiede treffen.

Wirkung auf Angehörige in der häuslichen Versorgung

Eine Auswertung der von den drei Angehörigen ausgefüllten Fragebögen war aufgrund unvollständiger Angaben nicht möglich. Folglich liegen keine Ergebnisse vor. Zur Rekrutierung im ambulanten Bereich meldeten die Mitarbeiter zurück, dass sich Angehörige durch die häusliche Versorgung oftmals so belastet zeigten, dass eine Studienteilnahme nicht in Frage gekommen wäre. Zudem sei es schwierig gewesen, den Angehörigen die Inhalte und Ziele des Forschungsprojektes adäquat zu vermitteln. Aus Sicht der Mitarbeiter

würde die Arbeitshilfe den Anforderungen der Angehörigen bezüglich vorhandener Alltagsressourcen nicht gerecht werden.

2.4 Beurteilung der Forschungsergebnisse und Implikationen

2.4.1 Praxistaugliche Anpassung der Arbeitshilfe

Auf Basis der Ergebnisse der Fokusgruppen und schriftlichen Befragungen wurden zahlreiche Anpassungen der Arbeitshilfe vorgenommen. Um eine zielgerichtete und schnelle Orientierung innerhalb des Dokumentes zu gewährleisten und den Umfang zu entzerren, erfolgte eine inhaltliche Umstrukturierung durch Einteilung in verschiedene, voneinander abgegrenzte Bausteine. Diesen vorangestellt wurde eine Kurzeinführung zur Erläuterung der Zielsetzung und des Aufbaus der Arbeitshilfe. In der überarbeiteten Version der Arbeitshilfe wurden zunächst die wesentlichen Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung abgebildet (BAUSTEIN I). Es folgte der Bedürfniskatalog mit einer detaillierten Gesamtübersicht zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz. (BAUSTEIN II).

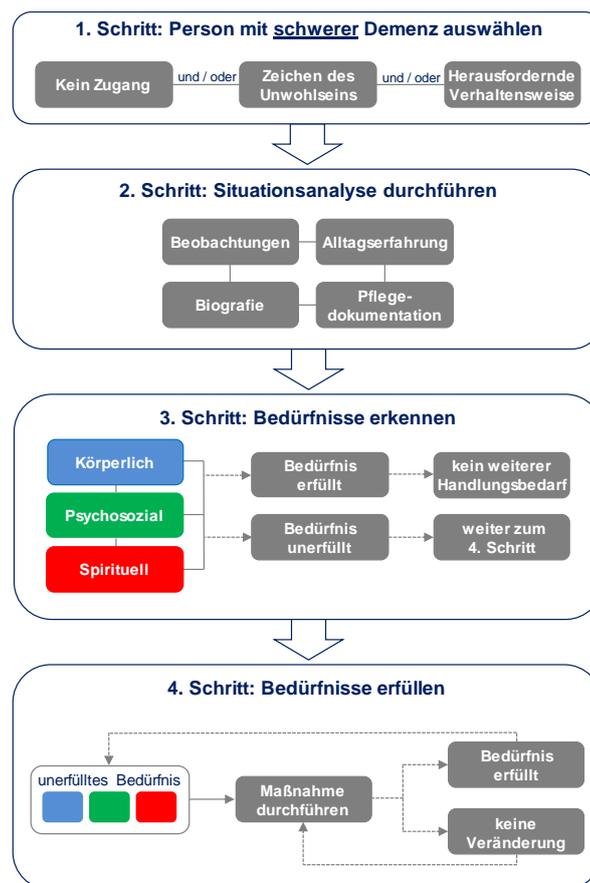


Abbildung 8: Gesamtprozess einer bedürfnisorientierten Versorgung

Durch das Projektteam wurde der Gesamtprozess einer bedürfnisorientierten Versorgung (BAUSTEIN III) neu erarbeitet. Dieser gibt eine schrittweise Anleitung zur Durchführung einer

Bedürfnisanalyse. Ziel dieses Bausteins ist es, den Pflegenden eine konkrete Hilfestellung zur erleichterten Anwendung der Arbeitshilfe zur Verfügung zu stellen. Abbildung 8 stellt die vier Schritte des Gesamtprozesses, abgeleitet aus den Inhalten des Instrumentes und den Erkenntnissen der Pilotphase dar.

Um die praktische Durchführung einer Bedürfnisanalyse anhand des Gesamtprozesses zu veranschaulichen, wurde die Arbeitshilfe um ein Fallbeispiel einer Person mit schwerer Demenz ergänzt. Ein hinzugefügter Dokumentationsbogen liefert zudem eine konkrete Antwort auf den Wunsch der Mitarbeiter, gesammeltes Wissen über die Betroffenen und durchgeführte Interventionen im Zeitverlauf festzuhalten.

Die Erfahrungen der Pilotphase haben gezeigt, dass die Studienteilnehmer unterschiedliche Herangehensweisen an die Anwendung der Arbeitshilfe hatten. Um dies zu berücksichtigen und die Motivation zur Nutzung des Instrumentes im Versorgungsalltag zu erhöhen, wird es ermöglicht, die Bedürfnisanalyse flexibel durchzuführen. So können Anwender einerseits zunächst die gesamten Bausteine durcharbeiten, um anschließend die Bedürfnisse zu analysieren. Andererseits kann auch direkt mit der Bedürfnisanalyse begonnen werden. In diesem Fall werden die jeweils relevanten Aspekte erst im konkreten Fall nachgeschlagen.

Weitere Anpassungen der Arbeitshilfe beziehen sich auf ein neu eingefügtes Inhaltsverzeichnis zur besseren Übersichtlichkeit sowie auf farblich voneinander abgegrenzte Bedürfnisbereiche (körperlich, psychosozial, spirituell), die der schnelleren Orientierung dienen.

2.4.2 Wirkung der Arbeitshilfe – Implikationen zur Anpassung des Studiendesigns

Beurteilung der Befragungsergebnisse

Die Pilotphase diente der Testung der entwickelten Fragebögen. Aufgrund der kleinen Stichprobe ist die Aussagekraft der Ergebnisse in Bezug auf die Arbeitssituation und das Belastungserleben der Pflegenden sowie auf die Lebensqualität der Betroffenen stark eingeschränkt. Die Erkenntnisse sind allenfalls dazu geeignet, einen Ausschnitt der Versorgungsrealität abzubilden. Mit keinem der erhobenen Instrumente konnten bedeutsame Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten festgestellt werden, die auf einen Effekt der Arbeitshilfe hätten hindeuten können. Auch wenn vereinzelt marginale Unterschiede bei bestimmten Items erkennbar waren, kann keine verlässliche Aussage dazu getroffen werden, ob diese Effekte tatsächlich auf die Arbeitshilfe zurückzuführen sind oder sich durch andere Einflussgrößen (z.B. strukturelle Veränderungen in der Einrichtung) erklären lassen. Folglich war das methodische Vorgehen in dieser Form für die nachfolgende Projektphase ungeeignet und benötigte eine Anpassung.

Empfehlungen des wissenschaftlichen Projektbeirats

Die Ergebnisse der Pilotphase wurden den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirats bei seiner Sitzung am 23. August 2016 zur Diskussion vorgelegt. Die Experten schätzten die Wahrscheinlichkeit, mit dem geplanten Vorher-Nachher-Design Effekte zu messen, als sehr gering ein. Für eine solche methodische Herangehensweise müsse der Entwicklungsprozess der Arbeitshilfe abgeschlossen sein und ein finales Einführungskonzept vorliegen, das für alle Einrichtungen und Pflegedienste identisch umzusetzen sei. Dies könne im Rahmen des aktuellen Forschungsprojektes nicht geleistet werden. Hier ginge es vielmehr darum, zunächst ein solches Konzept zu erarbeiten. Zudem sei der Implementierungszeitraum für die vorgesehenen Konstrukte zu kurz und die Stichprobe zu heterogen. Sollten doch Effekte gefunden werden, wären diese kaum zu interpretieren, unter anderem auch aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe. Auch vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Pilotphase in Bezug auf die Rekrutierung und den Rücklauf an Fragebögen in t_1 wurde eine Anpassung des Studiendesigns in Sinne einer formativen – anstatt der ursprünglich geplanten summativen – Evaluation empfohlen.

Die Experten regten an, im Rahmen einer Prozessevaluation zunächst die Frage der Gestaltung und optimalen Implementierung der Arbeitshilfe weiter zu untersuchen. Methodisch könne dies am ehesten durch semi-strukturierte Interviews oder - wie bereits durchgeführt - mittels weiterer Fokusgruppen realisiert werden. Zudem müsse sichergestellt werden, dass die Arbeitshilfe von den Pflegenden überhaupt angenommen wird, bevor Aussagen über mögliche Effekte generiert werden könnten. Sollten weiter Fragebögen verwendet werden, müsse weitaus näher an der Intervention (Anwendung der Arbeitshilfe) abgefragt werden. Mögliche Konstrukte wären u.a. „Wissenszuwachs“, „Fähigkeit der Bedürfniserkennung“ oder „Bewertung der Arbeitshilfe“. Mögliche Veränderungen durch die Implementierung sowie Erfahrungen zum Einsatz der Arbeitshilfe könnten ebenfalls abgefragt werden. Von der Erfassung einfach zugänglicher Indikatoren, wie z.B. Anzahl von Arztbesuchen oder Krankenhauseinweisungen wurde auf Grund der schwierigen Interpretierbarkeit abgeraten. In Bezug auf die Einführung der Arbeitshilfe sei es zudem wichtig, den Ablauf klar zu strukturieren und Verantwortlichkeiten seitens der Studienteilnehmer genau festzulegen.

Um zu überprüfen, ob die von den Pflegenden erarbeiteten Maßnahmen zur Bedürfniserfüllung die Betroffenen mit schwerer Demenz erreiche, wurde vorgeschlagen, die dokumentierten Bedürfnisanalysen der Teilnehmer zu sichten. Für die konkrete Anwendung der Arbeitshilfe im Versorgungsalltag wurde zudem angeregt, dass sich Pflegende im Rahmen der Bedürfnisanalyse zunächst auf drei „akute“ Bedürfnisse konzentrieren sollten. Dies würde den Arbeitsaufwand vertretbar halten und könnte so die Motivation der Studienteilnehmer erhöhen, kontinuierlich am Implementierungsprozess der Arbeitshilfe mitzuarbeiten.

3 Arbeitsphase II: Implementierung

Entsprechend den Erkenntnissen aus der Pilotphase und den Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats wurde in Abstimmung mit dem BMFSJ eine Modifizierung der Implementierungsphase mit Anpassung des Studiendesigns vorgenommen. Diese wird im Methodenteil dieses Kapitels ausführlich dargelegt.

Ausgehend von den Erfahrungen der Pilotphase und den Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats zur Durchführung einer formativen Prozessevaluation erfolgten in der zweiten Arbeitsphase des Projektes zahlreiche methodische Anpassungen. Diese werden nachfolgend analog zur Gliederung in Kapitel 2 beschrieben. Neben dem geplanten Ziel, die Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz zu überprüfen (siehe zuvor Tabelle 1), richtete sich der Fokus dieser Arbeitsphase jetzt insbesondere auf die kontinuierliche Weiterentwicklung des Implementierungsprozesses und die Verbesserung der Anwendbarkeit des Instrumentes.

3.1 Methodische Umsetzung

3.1.1 Rekrutierung

Die Rekrutierung der Kooperationspartner sowie die Auswahl der Mitarbeiter und Menschen mit schwerer Demenz in den Einrichtungen und Pflegediensten erfolgten fortlaufend analog zum beschriebenen Vorgehen der Pilotphase (siehe Abschnitt 2.1.1). Dabei wurden die jeweiligen Schlüsselpersonen verstärkt darauf hingewiesen, bei der Ansprache der Versorgenden als mögliche Studienteilnehmer auf eine heterogene Zusammensetzung zu achten. Durch die Einbeziehung möglichst aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sollte so ein umfassendes Bild zur Implementierung und praktischen Anwendung der Arbeitshilfe entstehen.

Die Perspektive der Angehörigen in der häuslichen Versorgung konnten in dieser Projektphase nicht wie geplant berücksichtigt werden. Unter Beachtung der Erfahrungen und Rückmeldungen aus der vorausgegangenen Projektphase wurden Angehörige aus der häuslichen Versorgung nicht mehr wie ursprünglich vorgesehen in die Datenerhebung einbezogen. Hierzu wäre die Entwicklung eines zielgruppenspezifischen, völlig anderen Konzeptes der Arbeitshilfe erforderlich gewesen, was im Rahmen dieses Forschungsvorhabens nicht zu realisieren war. Den Empfehlungen des wissenschaftlichen Beirats folgend, wurde angestrebt, die Perspektive der Angehörigen vermittelt durch die Mitarbeiter im Rahmen der Bedürfnisanalysen einzubeziehen (z.B. zur Wissenssammlung über die Person mit schwerer Demenz; vgl. zuvor Abbildung 1).

3.1.2 Geplante Stichprobe

Das angepasste methodische Vorgehen und die Erkenntnisse aus der Pilotierung erforderten eine intensivere Begleitung des Implementierungsprozesses und damit verbunden einen höheren Aufwand in Bezug auf die Erhebung und Auswertung von Daten. Grundsätzlich wurde angestrebt, die Stichprobe um weitere Einrichtungen und Pflegedienste zu erweitern, bis eine Datensättigung erreicht ist, d.h. weitere Befragungen keine zusätzlichen untersuchungsrelevanten Aussagen mehr hervorbringen. Diesbezüglich wurde von ca. fünf stationären Einrichtungen und fünf ambulanten Pflegediensten mit jeweils fünf bis zehn Mitarbeitern ausgegangen. Der Auswahl der Studienteilnehmer lagen die Einschlusskriterien der Pilotphase zu Grunde (siehe zuvor Tabelle 2).

3.2 Datenerhebung

Analog zur vorherigen Projektphase wurde die modifizierte Arbeitshilfe den Versorgenden beider Settings im Rahmen einer Einführungsveranstaltung vorgestellt und im Anschluss für mindestens vier Wochen im Praxisalltag eingesetzt. Diesbezüglich wurden die Pflegenden gebeten, entweder in Eigen- oder Gruppenarbeit zu den vorab rekrutierten Personen mit schwerer Demenz eine Bedürfnisanalyse zu erstellen. Mit dem Ziel den Implementierungsprozess intensiver zu begleiten, erfolgten während der Anwendungsphase des Instruments regelmäßige Kontakte per E-Mail oder Telefon zu den jeweiligen Schlüsselpersonen. Darüber hinaus war es den teilnehmenden Mitarbeitern jederzeit möglich Rückfragen zur Arbeitshilfe oder allgemein zum Ablauf des Projektes zu stellen. Dieses Vorgehen ermöglichte dem Forschungsteam eine kontinuierliche Anpassung und Optimierung des Implementierungsprozesses (z.B. in Bezug auf die Einführungsveranstaltung und Begleitung). Hierzu wurde eine umfassende schriftliche Dokumentation erstellt, die neben den regelmäßigen Kontakten z.B. Notizen zum Ablauf der Einführungsveranstaltungen sowie allgemein zum Verlauf der Anwendungsphase beinhaltet und in die Datenauswertung einfließt.

3.2.1 Fragebogenerhebung Arbeitssituation

Nachdem im Zuge der dargelegten Methodenänderung kein Vorher-Nachher-Vergleich mehr erfolgen konnte, wurden an zwei Messzeitpunkten unterschiedliche Daten erhoben. Hierzu wurden die bereits bestehenden Fragebögen insbesondere hinsichtlich ihres Umfangs reduziert und an die Erfordernisse der Implementierungsphase angepasst. Vor Implementierung der Arbeitshilfe (t_0) erhielten die Pflegenden zunächst einen Fragebogen zu ihrer aktuellen Arbeitssituation und zur Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz.

Darüber hinaus erfolgte die Abfrage der Veränderungsmüdigkeit und des Handlungsspielraums.

3.2.2 Bewertung der Arbeitshilfe und der Einführungsveranstaltung

Fragebogen

Im Anschluss an die Anwendungsphase wurde eine schriftliche Befragung zur Bewertung der Arbeitshilfe (t_1) durchgeführt. Der entsprechende Fragebogen wurde im Vergleich zur Pilotierung überarbeitet und um weitere Items (u.a. zur Einführungsveranstaltung und Überarbeitung der Arbeitshilfe) und offene Fragen ergänzt (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Mitarbeiterbefragung Bewertung Arbeitshilfe: Implementierung

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zur Arbeitshilfe auf Sie zu?	trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft ziemlich zu	trifft zu
1. Die Arbeitshilfe ist für mich einfach zu handhaben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Arbeitshilfe unterstützt mich in der täglichen Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Arbeitshilfe vermittelt mir mehr Sicherheit im Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Arbeitshilfe unterstützt mich darin, die Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz besser zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Arbeitshilfe unterstützt mich darin, die Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz besser zu erfüllen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Arbeitshilfe gibt mir neue Impulse und Ideen für die Versorgung der Menschen mit schwerer Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Arbeitshilfe unterstützt mich im Austausch mit meinen Kollegen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Arbeitshilfe unterstützt mich im Austausch mit Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Arbeitshilfe unterstützt mich darin, meine Haltung gegenüber den Menschen mit schwerer Demenz zu reflektieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Arbeitshilfe unterstützt mich darin, meinen Bedarf an Fort- und Weiterbildung einzuschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich werde die Arbeitshilfe weiter in meiner täglichen Arbeit anwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Die Arbeitshilfe ist übersichtlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Unterteilung der Arbeitshilfe in verschiedene Bausteine sorgt für eine schnelle Orientierung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Arbeitshilfe enthält eine verständliche und klare Sprache.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die Arbeitshilfe ist zu umfangreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehr treffen die folgenden Aussagen zur Einführungsveranstaltung und Begleitung auf Sie zu?	trifft nicht zu	trifft wenig zu	trifft ziemlich zu	trifft zu
1. Die Einführungsveranstaltung war hilfreich für mich, um die Arbeitshilfe zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Nach der Einführungsveranstaltung fühlte ich mich in der Lage, die Arbeitshilfe anzuwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. In der Einführungsveranstaltung wurden die Inhalte der Arbeitshilfe verständlich vermittelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Der zeitliche Umfang der Einführungsveranstaltung war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich konnte meine Fragen zur Anwendung der Arbeitshilfe klären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Das Fallbeispiel der Einführungsveranstaltung half mir, die Arbeitshilfe anzuwenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Inhalte der Einführungsveranstaltung bauten auf meinem Wissen auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Für die Anwendung der Arbeitshilfe fehlt mir noch Fachwissen zum Krankheitsbild Demenz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die telefonische Ansprechbarkeit während der Anwendung war angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Offene Fragestellungen:				
Welche Aspekte der Arbeitshilfe haben Ihnen bei der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz am meisten geholfen?				
Welche Aspekte fehlten Ihnen in der Arbeitshilfe, um besser mit ihr arbeiten zu können?				
Welche Hindernisse gab es bei der Einführung und Anwendung der Arbeitshilfe im Versorgungsalltag?				
Wie könnte die Einführungsveranstaltung verbessert werden?				
Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?				

Fokusgruppen

Analog zur Pilotphase wurden zusätzliche Fokusgruppeninterviews durchgeführt, um die Erfahrungen und Rückmeldungen der Teilnehmer zu erfassen. Hierzu wurde der Leitfaden (siehe zuvor Tabelle 3) entsprechend auf die Implementierungsphase angepasst.

3.2.3 Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung

Die schrittweise angeleitete Durchführung einer Bedürfnisanalyse war zentraler Bestandteil der modifizierten Arbeitshilfe. Zunächst erstellten die Mitarbeiter hierzu eine umfassende Situationsanalyse, die der Wissenssammlung über die ausgewählten Personen mit schwerer Demenz diente. Unter Zuhilfenahme des Bedürfniskataloges wurden auf dieser Grundlage die möglichen unerfüllten Bedürfnisse der Betroffenen identifiziert und geeignete Handlungsmöglichkeiten zu deren Erfüllung erarbeitet. Letztere wurden im Praxisalltag umgesetzt und von den Pflegenden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit überprüft. Mittels der im Anschluss an die Pilotierung ergänzten Dokumentationsbögen konnten die Erkenntnisse der Bedürfnisanalysen schriftlich fixiert werden.

Zur Abbildung möglicher Wirkungen der Arbeitshilfe auf die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz erfolgte eine Analyse der Dokumentationsbögen durch das Forschungsteam. Auf die Erfassung der Lebensqualität wurde im Rahmen der Implementierungsphase verzichtet, da mittels der Bedürfnisanalysen differenziertere und auf die Arbeitshilfe bezogene Einblicke in die Versorgungssituation einzelner Personen möglich wurden.

3.2.4 Datenauswertung

Analog zur Pilotierung wurden die quantitativen Daten der Fragebogenerhebung mit statistischen Methoden unter Nutzung des Programms IBM SPSS Statistics 22® deskriptiv ausgewertet. Aufgrund des geänderten methodischen Vorgehens erfolgte dabei kein Vergleich der Mittelwerte über beide Messzeitpunkte. Für die Ergebnisdarstellung wurden die entsprechenden Werte der ambulanten und stationären Kooperationspartner gegenübergestellt.

Die mittels Fokusgruppen generierten qualitativen Daten sowie die schriftlichen Aufzeichnungen der Prozessdokumentation und Bedürfnisanalysen wurden unter Verwendung des Programms MAXQDA® inhaltsanalytisch nach Mayring [27] ausgewertet. Alle Daten unterlagen dabei einem kontinuierlichen Reflexionsprozess des Forschungsteams, dessen Ergebnisse in die Weiterentwicklung der Arbeitshilfe einfließen.

3.3 Ergebnisse

3.3.1 Stichprobenbeschreibung

Einrichtungen

Die in der Pilotierung beschriebene Herausforderung, ambulante Dienste als Kooperationspartner zu gewinnen, setzte sich im Projektverlauf fort. Letztlich konnten für die Implementierungsphase vier Pflegedienste mit unterschiedlichen Versorgungsformen (allgemeine (Palliativ-)Versorgung, Wohngemeinschaft für Menschen mit Demenz sowie Tagespflege) gewonnen werden. Davon befand sich einer in konfessioneller und drei in privatwirtschaftlicher Trägerschaft. Aus dem stationären Setting nahmen sechs Einrichtungen in unterschiedlicher Trägerschaft (konfessionell n=4, Freie Wohlfahrtspflege n=1, privatwirtschaftliche GmbH n=1) an der Studie teil. Die Versorgungsformen beziehen sich hier auf gemischte Wohngruppen für bis zu 30 Personen mit und ohne Demenz sowie auf spezielle Wohn- und Hausgemeinschaften für bis zu zwölf Bewohner mit Demenz.

Mitarbeiter

An den Einführungsveranstaltungen nahmen insgesamt 121 Mitarbeiter beider Settings teil, von denen 57 den ersten Fragebogen (t_0) und 32 den zweiten Fragebogen (t_1) zurücksendeten. Darüber hinaus wurden je zwei Fokusgruppen im ambulanten und stationären Setting mit insgesamt 23 Pflegenden durchgeführt. Die entsprechenden Teilnehmerzahlen differenziert nach Setting finden sich in Tabelle 13.

Tabelle 13: Übersicht Teilnehmer und Rücksendung Fragebögen: Implementierung

Kooperationspartner	Teilnehmer Einführung	Rücksendung Fragebogen (t_0)	Rücksendung Fragebogen (t_1)	Fokusgruppen (n=4)
Stationär (n=6)	84	39	23	11
Ambulant (n=5)	37	18	9	12
Gesamt	121	57	32	23

Die demografischen Daten der Teilnehmer der ersten Erhebungsphase sind in Tabelle 14 dargestellt.

Tabelle 14: Demografische Angaben Fragebogenerhebung Mitarbeiter: Implementierung

Mitarbeiter N=57 (t_0)	
Durchschnittliches Alter (Mittelwert, Standardabweichung)	45,5 Jahre (SD=11,4)
Geschlecht	weiblich (n=51) männlich (n=6)
Berufsgruppe	examinierte Altenpfleger (n=23) Gesundheits- & Krankenpfleger (n=13) Alten- und Krankenpflegehelfer (n=7) Sozialarbeiter (n=3) Alltagsbegleiter (n=6) Hauswirtschaftler (n=3) andere (n=1) keine Angabe (n=1)
Arbeitszeit	Teilzeit (n=25) Vollzeit (n=32)
Zusatzqualifikation / Weiterbildung	geriatriische Fachweiterbildung (n=9) Palliative Care Weiterbildung (n=11) weitere Zusatzqualifikation (n=24)

Menschen mit schwerer Demenz

Im Verlauf der Implementierungsphase wurden durch die Pflegenden Bedürfnisanalysen zu insgesamt 18 Menschen mit schwerer Demenz erstellt. Fünf der Betroffenen wurden im ambulanten Bereich und 13 im stationären Setting versorgt. Weitere demografische Angaben finden sich in Tabelle 15.

Tabelle 15: Demografische Angaben Menschen mit schwerer Demenz: Implementierung

Betroffene n=18 (t₀)	
Durchschnittliches Alter (Mittelwert, Standardabweichung)	84,2 Jahre (SD=6,4)
Geschlecht	weiblich (n=12) männlich (n=6)
Demenztyp	Alzheimer (n=9) Vaskuläre Demenz (n=1) andere / keine Spezifizierung (n=8)
Betroffene mit Vereinbarungen zum Lebensende (n=11)	Vorsorgevollmacht (n=7) Patientenverfügung (n=9) Einrichtungsspezifische Vereinbarung (n=3)

3.3.2 Fragebogenerhebung Arbeitssituation

Zum Erhebungszeitpunkt t₀ bewerteten insgesamt 57 Mitarbeiter (stationär n=39, ambulant n=18) ihre derzeitige Arbeitssituation. Die verschiedenen Items zur subjektiven Einschätzung konnten Werte zwischen 1 (*trifft nicht zu*) und 4 (*trifft zu*) annehmen.

Arbeitssituation

Unter Betrachtung der Mittelwerte weisen die Ergebnisse insgesamt darauf hin, dass die Befragten zum Erhebungszeitpunkt mit ihrer Arbeitssituation zufrieden waren (siehe Abbildung 9). Im Vergleich zum stationären Bereich schätzten die Pflegenden aus dem ambulanten Setting ihre Arbeitszufriedenheit (Item 1), die Arbeitsatmosphäre (Item 2) und die Zufriedenheit mit der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz (Item 5) tendenziell etwas höher und den Zeitmangel in der Versorgung (Item 3) etwas geringer ein.

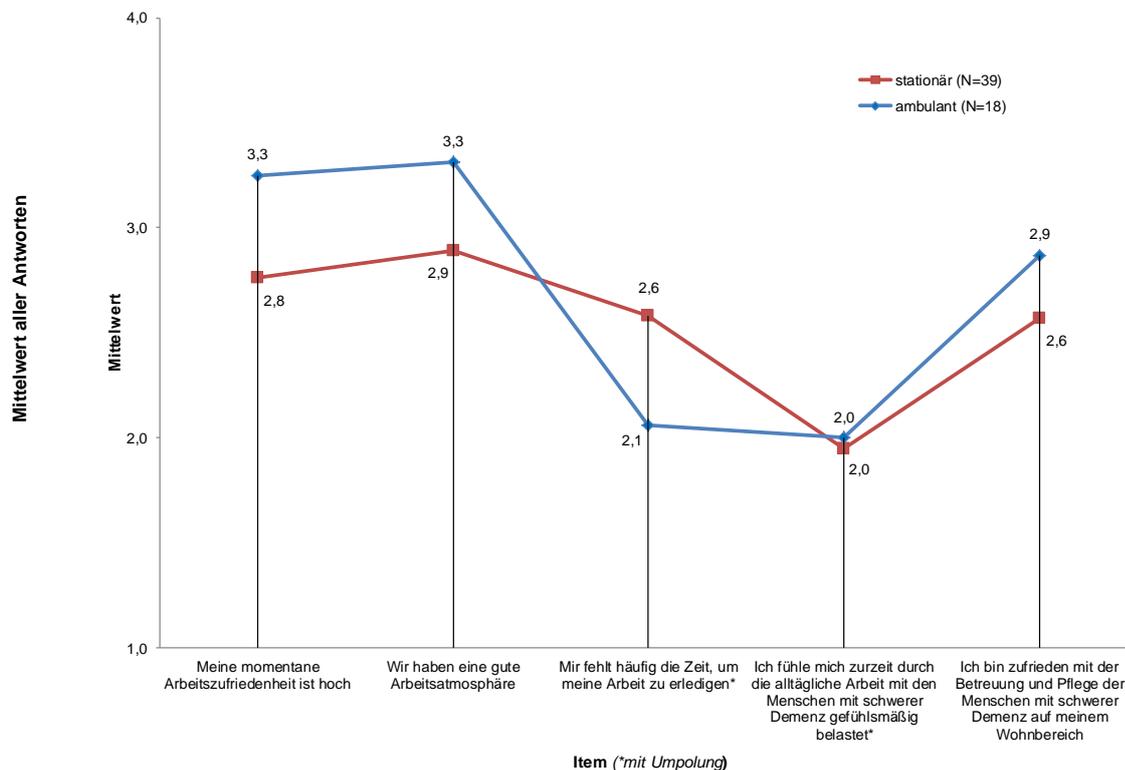
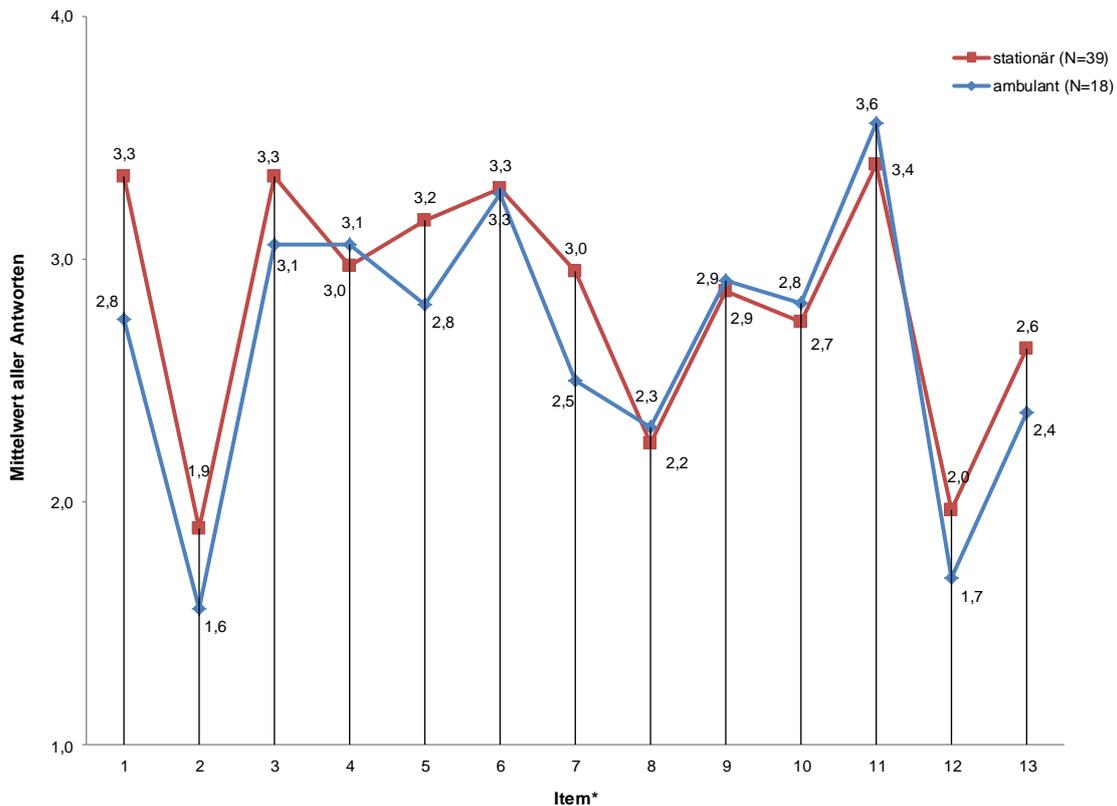


Abbildung 9: Mitarbeiterbefragung Arbeitssituation insgesamt: Implementierung

Versorgung Menschen mit schwerer Demenz

Die Ergebnisse zur täglichen Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz fielen ebenfalls positiv aus (siehe Abbildung 10). So wurde u.a. die Freude am Umgang mit den Betroffenen (Item 11) in Bezug auf den Mittelwert am höchsten bewertet, gefolgt von der Einschätzung einen guten Zugang zu haben (Item 6) und sich sicher im Umgang mit den Betroffenen zu fühlen (Item 1). Insgesamt konnten nur marginale Unterschiede zwischen beiden Settings festgestellt werden. Die höchsten Abweichungen zwischen den Mittelwerten um 0,5 zeigten sich bei zwei Items. Dies kann Hinweise darauf geben, dass sich die Pflegenden im stationären Bereich tendenziell etwas sicherer im Umgang mit den Betroffenen fühlten (Item 1) und zudem häufiger das Gefühl hatten, mit ihrer täglichen Arbeit deren Verhalten zu beeinflussen (Item 7).



***Legende Items** (¹=mit Umpolung)

1. Ich fühle mich sicher im Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz
2. Es fällt mir schwer, das Verhalten der Menschen mit schwerer Demenz zu verstehen¹
3. Mein Wissen hilft mir sehr gut, mit den Verhaltensweisen von Menschen mit schwerer Demenz umzugehen
4. Es fällt mir leicht, die aktuelle Gefühlslage der Menschen mit schwerer Demenz zu erkennen
5. Es fällt mir normalerweise leicht, die Bedürfnisse und Wünsche der Menschen mit schwerer Demenz zu erkennen
6. Ich habe das Gefühl, einen guten Zugang zu den Menschen mit schwerer Demenz zu haben
7. Ich kann durch meine tägliche Arbeit das Verhalten der Menschen mit schwerer Demenz beeinflussen.
8. Ich habe das Gefühl, zu wenig über die einzelne Person, ihr Leben und ihre Beeinträchtigungen zu wissen¹
9. Ich habe das Gefühl, ausreichend Wissen über das Krankheitsbild Demenz zu haben
10. Ich habe genug Gelegenheit, mich mit meinen Kollegen zur Versorgung auszutauschen
11. Der Umgang mit Menschen mit schwerer Demenz macht mir Spaß
12. Ich fühle mich häufig mit den Problemen im Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz alleine gelassen¹
13. Ich bilde mich regelmäßig zum Thema Demenz weiter

Abbildung 10: Mitarbeiterbefragung Arbeitssituation Versorgung Menschen mit Demenz: Implementierung

Handlungsspielraum und Veränderungsmüdigkeit

Die weiteren Ergebnisse verdeutlichen, dass die Pflegenden den Handlungsspielraum in der eigenen Arbeit auf einer Skala von 1 (*trifft wenig zu*) bis 4 (*trifft zu*) als hoch einschätzten, wobei sich im stationären Setting ein geringfügig höherer Mittelwert zeigte (siehe Tabelle 16).

Die Veränderungsmüdigkeit in der täglichen Arbeit wurde über eine siebenstufige Likert-Skala mit Antwortmöglichkeiten zwischen 1 (*stimme überhaupt nicht zu*) und 7 (*stimme voll und ganz zu*) erfasst. Die entsprechenden Mittelwerte deuten auf eine relativ hohe Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter hin, die im ambulanten Bereich unwesentlich höher ausfällt. Auch hier sind insgesamt lediglich marginale Unterschiede zwischen dem ambulanten und stationären Bereich festzustellen.

Tabelle 16: Mitarbeiterbefragung Handlungsspielraum und Veränderungsmüdigkeit: Implementierung

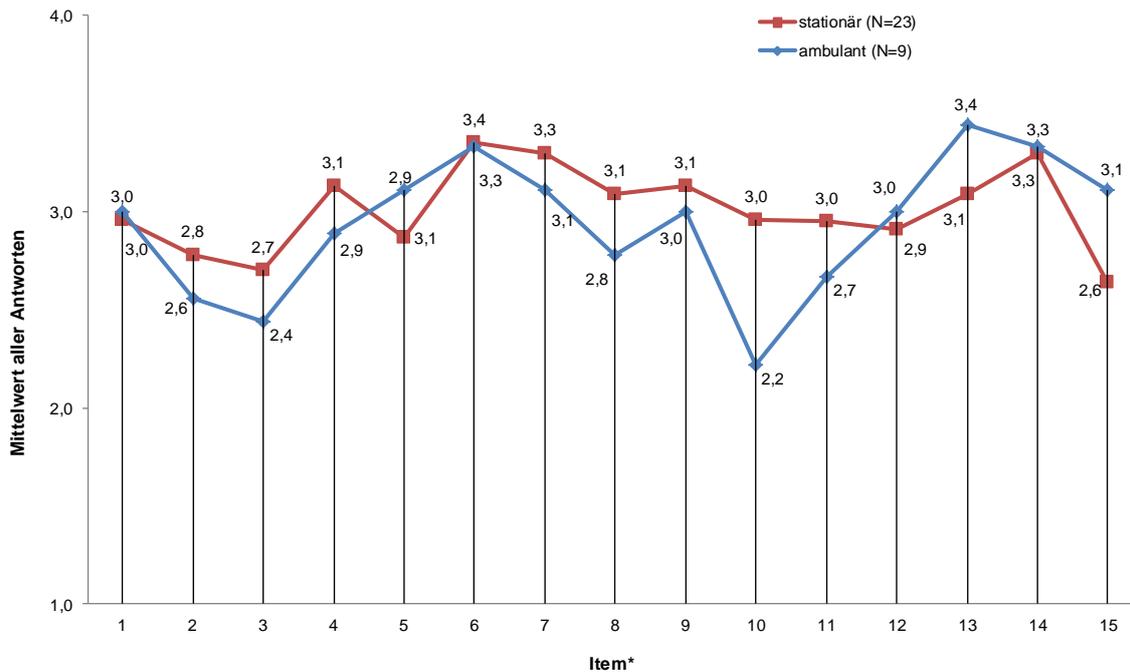
	Gesamt (N=57)		stationär (n=39)		ambulant (n=18)	
	M	SD	M	SD	M	SD
Handlungsspielraum	3,2	0,5	3,3	0,5	3,0	0,4
Veränderungsmüdigkeit	3,1	1,3	3,1	1,2	2,9	1,5

3.3.3 Bewertung der Arbeitshilfe und der Einführungsveranstaltung

Fragebogen

Insgesamt sendeten 32 Personen (stationär n=23, ambulant n=9), den Fragebogen zur Bewertung der Arbeitshilfe und der Einführungsveranstaltung zurück. Die Antwortskala reichte dabei von 1 (*trifft nicht zu*) bis 4 (*trifft zu*).

Arbeitshilfe: In Abbildung 11 sind die Ergebnisse für die einzelnen Items dargestellt. Insgesamt bewerteten die Pflegenden die Arbeitshilfe sehr positiv. Die höchsten Mittelwerte weisen darauf hin, dass das Instrument besonders als Impuls- und Ideengeber geeignet ist (Item 6) und den kollegialen Austausch unterstützt (Item 7). Bezogen auf die Gestaltung der Arbeitshilfe sahen die Mitarbeiter die Unterteilung in verschiedene Bausteine (Item 13) sowie die verständliche und klare Sprache (Item 14) besonders positiv. Im Vergleich der Settings waren überwiegend nur sehr geringe Unterschiede ($\leq 0,3$) zwischen den Mittelwerten auszumachen. Lediglich zwei Items wiesen größere Abweichungen auf, die sich zum einen auf die geringere Bewertung der Arbeitshilfe als Unterstützung zur Einschätzungen des eigenen Fort- und Weiterbildungsbedarf (Item 10) im ambulanten Bereich bezieht (-0,8 im Vergleich zu den stationären Einrichtungen). Zum anderen auf die zu umfangreiche Gestaltung des Instrumentes (Item 15). Diesbezüglich war der Mittelwert im stationären Setting etwas niedriger (-0,5 im Vergleich zum ambulanten Bereich), d.h. die Pflegenden schätzen den Umfang hier etwas positiver ein.



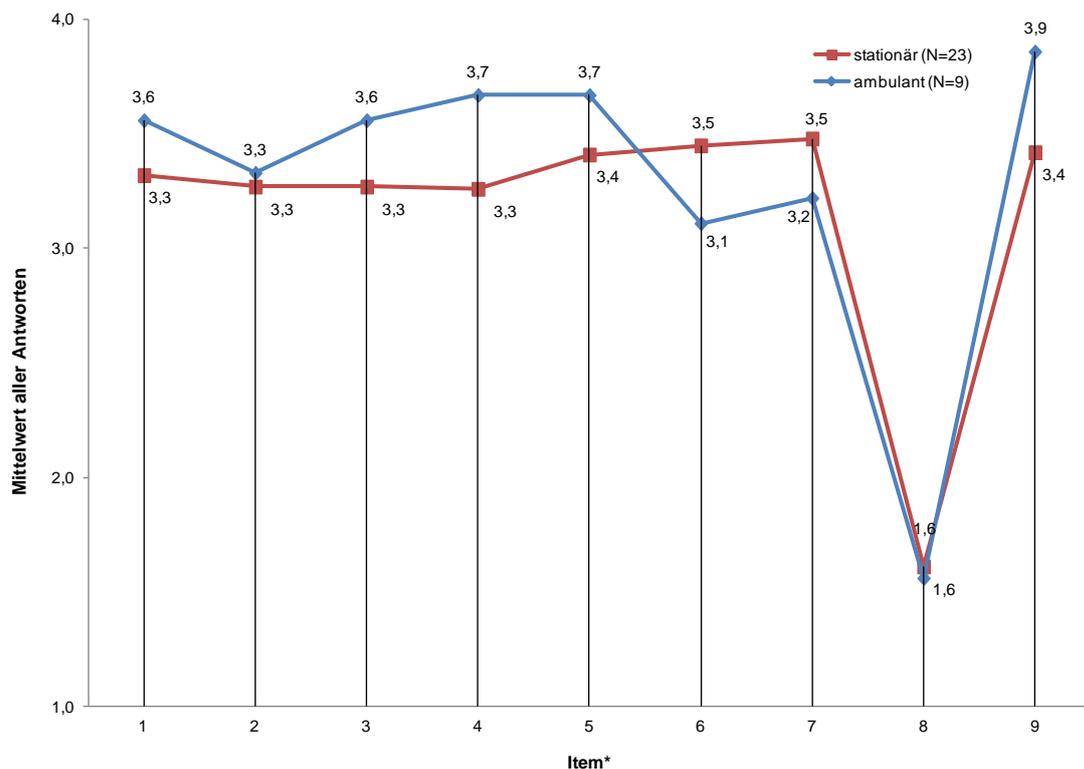
***Legende Items**

1. Die Arbeitshilfe ist für mich einfach zu handhaben
2. Die Arbeitshilfe unterstützt mich in der täglichen Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz
3. Die Arbeitshilfe vermittelt mir mehr Sicherheit im Umgang mit den Menschen mit schwerer Demenz
4. Die Arbeitshilfe unterstützt mich darin, die Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz besser zu erkennen
5. Die Arbeitshilfe unterstützt mich darin, die Bedürfnisse der Menschen mit schwerer Demenz besser zu erfüllen
6. Die Arbeitshilfe gibt mir neue Impulse und Ideen für die Versorgung der Menschen mit schwerer Demenz
7. Die Arbeitshilfe unterstützt mich im Austausch mit meinen Kollegen
8. Die Arbeitshilfe unterstützt mich im Austausch mit Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenz
9. Die Arbeitshilfe unterstützt mich darin, meine Haltung gegenüber den Betroffenen zu reflektieren
10. Die Arbeitshilfe unterstützt mich darin, meinen Bedarf an Fort- und Weiterbildung einzuschätzen
11. Ich werde die Arbeitshilfe weiter in meiner täglichen Arbeit anwenden
12. Die Arbeitshilfe ist übersichtlich gestaltet
13. Die Unterteilung der Arbeitshilfe in verschiedene Bausteine sorgt für eine schnelle Orientierung
14. Die Arbeitshilfe enthält eine verständliche und klare Sprache
15. Die Arbeitshilfe ist zu umfangreich

Abbildung 11: Mitarbeiterbefragung Bewertung Arbeitshilfe: Implementierung

Bewertung Einführungsveranstaltung: Die Mitarbeiter bewerteten die Einführungsveranstaltung insgesamt sehr positiv (siehe Abbildung 12). Im ambulanten Bereich fanden sich tendenziell etwas höhere Mittelwerte. Die Abweichungen zum stationären Setting sind jedoch überwiegend sehr gering ($\leq 0,4$). Lediglich die telefonische Erreichbarkeit während der Anwendungsphase (Item 6) wurde etwas besser eingeschätzt (+0,5 im Vergleich zum stationären Bereich).

Die Pflegenden der stationären Einrichtungen hingegen beurteilten das Fallbeispiel etwas positiver (Item 6) und waren eher der Auffassung, dass die Inhalte der Arbeitshilfe auf ihrem Wissen aufbauten (Item 7).



***Legende Items** (¹=mit Umpolung)

1. Die Einführungsveranstaltung war hilfreich für mich, um die Arbeitshilfe zu verstehen
2. Nach der Einführungsveranstaltung fühlte ich mich in der Lage, die Arbeitshilfe anzuwenden
3. In der Einführungsveranstaltung wurden die Inhalte der Arbeitshilfe verständlich vermittelt
4. Der zeitliche Umfang der Einführungsveranstaltung war angemessen
5. Ich konnte meine Fragen zur Anwendung der Arbeitshilfe klären
6. Das Fallbeispiel der Einführungsveranstaltung half mir, die Arbeitshilfe anzuwenden
7. Die Inhalte der Einführungsveranstaltung bauten auf meinem Wissen auf
8. Für die Anwendung der Arbeitshilfe fehlt mir noch Fachwissen zum Krankheitsbild Demenz¹
9. Die telefonische Ansprechbarkeit während der Anwendung war angemessen

Abbildung 12: Mitarbeiterbefragung Bewertung Einführungsveranstaltung

Insgesamt fielen die schriftlichen Rückmeldungen der Studienteilnehmer (Freitextantworten) zur modifizierten Arbeitshilfe im Vergleich zur Pilotphase wesentlich positiver aus (siehe Tabelle 17). Ähnlich den Ergebnissen der Fokusgruppen bewerteten die Pflegenden das Instrument als hilfreich, um bestehendes Wissen aufzufrischen, das eigene Handeln zu reflektieren und sich intensiv mit einer betroffenen Person auseinanderzusetzen. Besonders hervorgehoben wurde die Strukturierung und Detailhaftigkeit des Bedürfniskataloges, der als Nachschlagewerk zahlreiche Praxisbeispiele für die Versorgungspraxis gebe. Im Zusammenhang mit der Anwendung der Arbeitshilfe wurde die Situationsanalyse als besonders hilfreich angesehen.

Bezüglich noch fehlender Aspekte der Arbeitshilfe hatten die meisten Studienteilnehmer keine weiteren Verbesserungsvorschläge und zeigten sich zufrieden mit den bestehenden Inhalten. Eine Mitarbeiterin wies darauf hin, dass die Bedürfniskategorie ‚Spiritualität‘ weit mehr als die angegebenen religiösen Bedürfnisse beinhalte (z.B. Musik oder Kunst).

Als mögliche Hindernisse bei der Einführung und Anwendung der Arbeitshilfe wurden analog zur Pilotierung wiederholt der Umfang des Instrumentes und der zeitliche Aufwand in der praktischen Umsetzung zur Einarbeitung und Durchführung der Bedürfnisanalyse genannt. Aufgrund der strukturellen Rahmenbedingungen sei es schwierig das Instrument in den Arbeitsalltag einzubinden und sich dabei auf eine Person mit schwerer Demenz zu fokussieren. Diesbezüglich fehle es oftmals an Ressourcen. Zur Durchführung der Bedürfnisanalyse nannten die Befragten darüber hinaus die Schwierigkeit die Bedürfnisse adäquat zuzuordnen. Vorgeschlagen wurde zudem eine digitale Ausführung der Arbeitshilfe.

Mit der Einführungsveranstaltung waren die meisten Studienteilnehmer sehr zufrieden. Verbesserungsvorschläge bezogen sich z.B. auf die Ausweitung des zeitlichen Rahmens und der Auswahl eines konkreten Fallbeispiels aus dem Arbeitsalltag der Mitarbeiter zur gemeinsamen Bearbeitung.

Tabelle 17: Mitarbeiterbefragung offene Fragen Bewertung Arbeitshilfe: Implementierung

A. Welche Aspekte der Arbeitshilfe haben Ihnen bei der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz am meisten geholfen?

„Die Arbeitshilfe war hilfreich.“ (MA06 stationär); „Alle gemeinsam.“ (MA15 stationär); „Alle.“ (MA16 stationär); „Das gesamte Projekt, kann man sagen.“ (MA18 stationär)

„Oft wird geschrieben, dass Menschen die an Demenz erkrankt sind, Zeit, Ruhe, Rückzugsmöglichkeiten sowie auch Aktivitäten, Beschäftigungen benötigen. Dies untermalt den Wissensstand und festigt einen persönlich in der Meinung. Es hilft, sich besser in gewisse Lagen zu vertiefen und nachzuvollziehen.“ (MA08 stationär)

„Die genaue Beobachtung von Verhaltensweisen, Empathie.“ (MA21 ambulant); „Es hat geholfen, sich noch einmal intensiv mit dem Verhalten zu beschäftigen mit einer Konzentration auf Wohlbefinden und Unwohlsein.“ (MA13 stationär)

„Die Strukturierung in verschiedene Bedürfnisse und das Nachschlagen im Bedürfniskatalog.“ (MA22 ambulant); „Die detaillierte Auflistung der jeweiligen Bedürfnisse, insbesondere die psychosozialen.“ (MA04 stationär)

„Die Bedürfniskategorien und die Beispiele für Handlungsmöglichkeiten. Dadurch wird ein fokussierter Blick erlaubt, ohne "das große Ganze" zu ignorieren.“ (MA07 stationär); „Die Beispiele mit den Maßnahmen.“ (MA23 stationär); „Beispiele zur Erfüllung der Bedürfnisse.“ (MA25 stationär);

„a) Die Handlungsmöglichkeiten, z.B. beim Anreichen der Speisen (körperliche Bedürfnisse), b) körperliche Aktivität und Erholung, c) Teilhabe an der Gemeinschaft.“ (MA09 stationär); „Beispiele für den Umgang: Freundliche Begrüßung, Befragen nach dem Befinden.“ (MA02 stationär); „Beispiele für den Umgang: gutes Zureden.“ (MA19 ambulant)

„Die Situationsanalyse.“ (MA05 stationär)

B. Welche Aspekte fehlten Ihnen persönlich in der Arbeitshilfe, um besser mit ihr arbeiten zu können?

„Keine!“ (MA02 stationär), (MA13 stationär), (MA15 stationär), (MA19 ambulant), (MA23 stationär)

„Mir fällt es schwer Verbesserungsvorschläge zu machen. Ich find die Ausarbeitung sehr gut. Sie hilft Menschen, die eventuell mit Demenz überfordert sind und keine Ausbildung genossen haben. Auch für Menschen im Sozialwesen sind es gute Ansätze und Überlegungen, um sich und sein Tun zu reflektieren.“ (MA08 stationär)

„Religiöse Bedürfnisse: Religiosität umfasst für mich mehr als "Kirche" oder "christliche Religion". Zu Spiritualität zählt für mich auch Naturerleben, Kunst, Musik, andere spirituelle Erlebnisse.“ (MA04 stationär)

„Es fehlt „Weg-/ Hinlauftendenz“. Wie gehe ich mit dem Thema um? Welche Möglichkeiten bestehen, Bewohner abzuhalten bzw. abzulenken?“ (MA10 stationär)

„Was mache ich, wenn im gegebenen Rahmen ein "Defizit" unerfüllt bleibt?“ (MA07 stationär)

„Als Präsenzkraft kommt es vor, dass mehrere Personen im Raum sind, die unterschiedliche Bedürfnisse haben. Zum Beispiel muss einer abgelenkt werden, damit er nicht pfeift. Der andere hat gleichzeitig einen Drang das Haus zu verlassen. Ein anderer will Aufmerksamkeit. Wie ich kann ich auf diese Bedürfnisse alle gleichzeitig eingehen?“ (MA09 stationär)

C. Welche Hindernisse gab es bei der Einführung und Anwendung der Arbeitshilfe im Versorgungsalltag?

„Keine Hindernisse. Wir haben die Maßnahmen zum Teil schon vor dem Projekt ergriffen und diese dann mit der Arbeitshilfe professionell fortgeführt.“ (MA23 ambulant) „Keine.“ (MA19 ambulant)

„Wohl kein Hindernis, aber eine bessere Fokussierung. Auch wenn man den Prozess der Demenz im Blick hat, kommt es oft sehr auf die punktuelle Situation an (Beobachtung benötigt eine Deutung; direkt im hier und jetzt).“ (MA04 stationär)

„Der Umfang der Arbeitshilfe war zu viel. Viele Bedürfnisse wurden schon in der Pflegeplanung aufgegriffen oder intuitiv erfüllt.“ (MA25 stationär)

„Keine bei der Einführung und Anwendung, aber bei der Verschriftlichung. Hier habe ich alles zusätzlich in meiner Freizeit machen müssen.“ (MA13 stationär)

„Ein weiteres Treffen mit den Kollegen festzulegen war ok, aber für die Dauer sehr schwer, da wir zu wenige Zeitressourcen haben.“ (MA17 stationär)

„Die Arbeitshilfe sollte komprimierter sein, um die Handhabung zu vereinfachen.“ (MA20 ambulant); „Für eine bessere Übersicht müsste die Arbeitshilfe komprimierter sein. Sie hatte zu viel Umfang!“ (MA22 ambulant); „Man muss viele Punkte suchen.“ (MA11 stationär)

„Es ist schlichtweg zu zeitaufwendig, die Arbeitshilfe regelmäßig im Arbeitsalltag einzusetzen. Und, wenn Erfahrung da ist, wird sie kaum angewendet werden. In der Praxis hat man nicht viel Nutzen davon.“ (MA01 stationär); „Zeitfaktor.“ (MA05 stationär); „Es gibt zu wenig Zeit, sich in Ruhe zu besprechen.“ (MA21 ambulant); „Der Alltag, die ‚normale‘ Routine.“ (MA07 stationär)

„Es braucht mehr Übung bei der praktischen Anwendung.“ (MA05 stationär)

„Es ist immer schwer, sich im stationären und vielleicht auch im ambulanten Dienst speziell auf einen Bewohner einzustellen. Es dauert, bis man selbst bzw. auch alle Kollegen mit an "neue" Veränderungen denken und man versucht diese umzusetzen.“ (MA08 stationär)

„Oft sind die räumlichen Gegebenheiten nicht da, um auf die verschiedenen Bedürfnisse einzugehen oder es fehlt die Zeit als Präsenzkraft.“ (MA09 stationär)

„Da ich nur halbtags (mit einer halben Stelle) beschäftigt bin und keinen täglichen Umgang mit diesen Menschen habe, bin ich nicht immer auf dem aktuellen Stand.“ (MA20 ambulant); „Das Problem ist, dass der tägliche Umgang mit der Zielperson fehlt, so dass keine Kontinuität bestand.“ (MA22 ambulant)

„In unserer Demenz-WG ist das Krankheitsbild der schweren Demenz bei wenigen Bewohnern so stark ausgeprägt. Es gab bislang nicht so viele Möglichkeiten die Arbeitshilfe anzuwenden.“ (MA24 stationär)

„Es ist teilweise sehr schwer einzuschätzen was der Bewohner wirklich an Bedürfnissen hat.“ (MA06 stationär)

D. Wie könnte die Einführungsveranstaltung verbessert werden?

„Gar nicht.“ (MA22 ambulant); „Die war gut.“ (MA13 stationär); „Die war sehr gut.“ (MA20 ambulant); „Die war gut so.“ (MA23 stationär); „Ich denke es ist alles in Ordnung!“ (MA02 stationär); „Sehr gut. Ich habe keine Verbesserungsvorschläge.“ (MA24 stationär); „Speziell bei uns wüsste ich keine Verbesserung. War gut so!“ (MA08 stationär)

„Erstes und zweites Gespräch fand ich persönlich ausreichend und auch gut gemacht.“ (MA10 stationär)

„Die war gut. Man könnte eventuell vorab mit den Leitungen einen Bewohner raussuchen, um ein Fallbeispiel zu machen.“ (MA17 stationär)

„Der zeitliche Rahmen war zu eng bemessen.“ (MA04 stationär); „Es müssten mehrere Termine gemacht werden, die zeitlich enger beieinander liegen, um eventuell Fragen zu stellen.“ (MA09 stationär); „1) zuerst Materialien und eine kurze Info, 2) beim zweiten Treffen dann genauere Erklärung und mehr Beispiele.“ (MA03 stationär)

„Das beigelegte Fallbeispiel könnte erläutert werden.“ (MA25 stationär)

„Vermehrter Hinweis auf: es kommt nicht auf richtig oder falsch an - es geht um das Bemühen, um die "geänderte" Denke!“ (MA07 stationär)

E. Was möchten Sie uns sonst noch mitteilen?

„Die Arbeitshilfe eignet sich gut für Neuaufnahmen, weniger für bereits bekannte Klienten. Sie ist eher nützlich für Menschen mit schwerer Demenz, weniger für solche mit leichter.“ (MA25 stationär)

„Danke für dieses Projekt und die hilfreichen Anregungen.“ (MA04 stationär); „Herzlichen Dank für dies taugliche Instrument!“ (MA07 stationär)

„Ich fand speziell den Austausch zwischen Ihnen und unserem Haus richtig gut. Es war schon fast wie eine kleine Fortbildung und ein Austausch über Geschehnisse mit neuen Denkanstößen durch andere Bereiche.“ (MA08 stationär); „Das Team, was uns begleitet hat, war sehr nett und hat uns sehr gut unterstützt. Danke.“ (MA12 stationär)

„Viel Erfolg für die Zukunft und das Projekt.“ (MA10 stationär)

„Die Formulierungen in der Arbeitshilfe sind sehr gut. Dies konnte ich auch zusätzlich z.B. bei der Dokumentation anderer Bewohner nutzen.“ (MA13 stationär)

„Da wir die Arbeitshilfen noch nicht oft angewendet haben, fehlt uns noch die Erfahrung.“ (MA20 ambulant)

„Da wir nach dem Mäeutischen Pflege und Betreuungsmodell arbeiten waren die Arbeitshilfen so gut wie erfüllt. Wir suchen Umgangsempfehlungen und positive Kontaktmomente in den Mäuetischen Bewohnerbesprechungen.“ (MA14 stationär)

„Man bräuchte eine digitale Ausführung.“ (MA15 stationär)

Fokusgruppen

Die Auswertung der Fokusgruppen brachte insgesamt vier Themenkategorien hervor, die zum Teil die Aussagen der Pflegenden aus der Pilotierung bestätigten, jedoch auch neue Erkenntnisse insbesondere zur Anwendung der modifizierten Arbeitshilfe hervorbrachten. Unterschiede zwischen den Settings konnten dabei nicht gefunden werden. Tabelle 18 gibt eine Kurzübersicht zu den identifizierten Themen und deren Inhalte, die im Folgenden anhand ausgewählter Inhalte erläutert werden.

Tabelle 18: Kurzübersicht Ergebnisse Fokusgruppen: Implementierung

Themenkategorie	Inhalt
Gestaltung der Arbeitshilfe	<ul style="list-style-type: none">• Umfang versus Nutzen• kompaktere Gestaltung
Nutzen für Pflegende im Alltag	<ul style="list-style-type: none">• Reflexion der eigenen Arbeit• Hilfestellung für unerfahrene Mitarbeiter• Arbeitshilfe in der Pflegeausbildung• Austausch im Team
Auswirkung auf die Versorgung (Bedürfnisanalyse)	<ul style="list-style-type: none">• Fokussierung auf die Betroffenen• Situationsanalyse und Prozess Bedürfniserkennung• Wirkung auf die Betroffenen
Strukturen und Rahmenbedingungen	<ul style="list-style-type: none">• Zusammenarbeit Berufsgruppen• Strukturelle Restriktionen

Gestaltung der Arbeitshilfe: Ähnlich der Pilotphase schätzten einige Fokusgruppenteilnehmer die Gestaltung der Arbeitshilfe zwar als sehr umfangreich ein. Gleichzeitig stellten sie aber auch fest, dass der Aufwand einem hohen Nutzen gegenüber stehe und mit regelmäßiger Anwendung des Instrumentes geringer würde.

„Es IST viel. Wenn man das macht, lohnt es ja. Es ist ja nicht so, dass es nicht lohnt. Aber das ist halt viel.“ (Fokusgruppe 5: 79 stationär)

„Ich denke, wenn man sich einmal rein gearbeitet hat (I1: Ja) und das dann regelmäßig NUTZT, dann braucht man das ja auch nicht jedes Mal zu lesen.“ (Fokusgruppe 7: 260 ambulanz)

Wiederholt wurde von den Pflegenden der Wunsch nach einer kompakteren, handlichen Version der Arbeitshilfe geäußert, die einen schnelleren Zugriff auf die jeweiligen Inhalte ermöglicht. Diesbezüglich vorgeschlagen wurde z.B. ein Karteikastensystem zu den einzelnen Bedürfnissen oder ein ergänzendes Plakat, das die zentralen Themen des Instrumentes abbildet und Pflegenden einen schnellen Überblick vermittelt.

„Und also ich hätte das besser gefunden, wenn das ein bisschen (P2: komprimierter) kürzer gewesen wäre und übersichtlicher und nicht, dass man das immer wieder DA nachschlagen muss und DA nachschlagen. Das hätte ich jetzt BESSER gefunden.“ (Fokusgruppe 7: 195 ambulanz)

„Und dafür ist es dann eben nicht griffig genug. Weil es nicht so in kleiner Zettelkasten ist, wo man sich nicht mal rausnimmt „Bedürfnis nach Beschäftigung“ oder „Bedürfnis nach Trost“ und das nachher noch einmal überlegen könnte.“ (Fokusgruppe 5: 77 stationär)

„[...] da könnte man ein Plakat von machen. [...] Ist natürlich etwas, um das für's erste ins Bewusstsein reinzukriegen. [...] Für die Fallbesprechung wäre das was, was gut wäre. Dann könnte man das Plakat aufhängen und anhand dessen vielleicht noch einmal überlegen.“ (Fokusgruppe 5: 107 stationär)

Nutzen für Pflegende im Alltag: Analog zur Pilotphase bestätigten die Pflegenden die besondere Eignung der Arbeitshilfe für unerfahrene und neue Mitarbeiter. Eine Interviewteilnehmerin regte an, die Arbeitshilfe in die Pflegeausbildung zu integrieren. Auf diese

Weise könnten den Schülern bereits von Beginn an die Inhalte einer bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz vermittelt werden.

„Also ich hätte ja die Idee, dass man das schon lernt in der Ausbildung. Also, dass es in die Altenpflegeausbildung gehört, genau so eine Bedürfnisanalyse auszufüllen. Also nicht mehr diesen Kram, wie wir ihn ja auch nicht mehr machen, zu überlegen AEDL, AEDL, AEDL, sondern mir wirklich zu überlegen, wenn ich mir eine Tagesstruktur auch überlege für einen Menschen: Was ist das Bedürfnis dahinter? Dass ich das in der Ausbildung schon lerne.“ (Fokusgruppe 5: 77 stationär)

Weitere – ebenfalls in der vorherigen Projektphase bereits erwähnte – Angaben beziehen sich auf die Eigenschaften des Instrumentes als Reflexionshilfe. So überdachten einige Mitarbeiter ihr tägliches Handeln und zeigten sich sensibilisiert für die Bedürfnisse der Betroffenen.

„Ja, dieses Nachdenken ist gut. Und dann ist man wirklich ein bisschen sensibilisiert, wenn alle noch mal drüber nachdenken. Was tun wir eigentlich? Was machen wir jeden Tag? Ist das richtig?“ (Fokusgruppe 6: 207 stationär)

Zudem wurden der fokussierte Blick auf bestimmte Aspekte im Rahmen der Anwendungsphase sowie der zusätzliche kollegiale Austausch zu bestimmten Versorgungsthemen positiv hervorgehoben.

P6: „Es macht ja immer Sinn, ich kann mal so ne Version mir durch den Kopf gehen zu lassen.“ P3: „Ja, bewusster.“ P6: „Ja, gucken, ne, so, das macht man ja nicht jeden Tag bei jeder Person, ne. Und das finde ich- von daher fand ich es schon echt sehr gut, sich immer so also aus einer Richtung kommend so mal so zu Gedanken dazu zu machen, das finde ich schon eigentlich sehr gut. Ja, und manche Umgangsweisen oder- werden einem BEWUSSTER.“ (Fokusgruppe 7: 134 ambulanz)

„Ich wollte gerade sagen: Was ich schön find, ist, dass man dann auch noch mal unter den Kollegen austauscht. [...] Also ich wäre jetzt nie auf die Idee gekommen, dich mal anzusprechen, hast du dasselbe Problem bei Frau X?“ (Fokusgruppe 4: 89 ambulanz)

Auswirkung auf die Versorgung (Bedürfnisanalyse): Die generellen Rückmeldungen der Interviewpartner zur durchgeführten Bedürfnisanalyse zeigten, dass die Pflegenden die Möglichkeit zur vertieften Auseinandersetzung mit dem einzelnen Menschen mit schwerer Demenz sehr positiv sahen. Die Anwendung der Arbeitshilfe ermöglichte es ihnen, sich einem Betroffenen intensiv über einen längeren Zeitraum zu widmen. Dabei konnte die Person individuell betrachtet und Gewohnheiten der Versorgung hinterfragt werden. Auf diese Weise wurden Neue und vertiefte Erkenntnisse gewonnen.

„Für die Patienten war das gut. Also, ne also jetzt hier die eine, die hat davon sehr profitiert und wir davon auch. Sonst hat man sich damit nicht SO auseinandergesetzt. Ich meine, klar, ein bisschen Biografie, ist immer wichtig. Aber so gezielt. Man findet einfach einen Zugang zu den Menschen, irgend- man weiß, wo man ihn abholen KÖNNTE.“ (Fokusgruppe 4: 87 ambulanz)

„Also alleine das TREFFEN und sich die Gedanken zu machen um das Thema, über die Leute, hat, finde ich, bringt schon was.“ (Fokusgruppe 6: 195 stationär)

Die Durchführung der Situationsanalyse zur Wissenssammlung über die ausgewählten Personen mit schwerer Demenz war für die Mitarbeiter zumeist leicht umzusetzen. Sie gaben an, mit der Beobachtung in der täglichen Versorgung vertraut zu sein.

„Der erste Schritt, der... und der zweite Schritt, diese Situationsanalyse, das habe ich als recht easy empfunden, weil es irgendwie doch das ist, was man täglich macht. Habe ich heute auch noch einmal mit dem Mitarbeiter gesprochen, ob man es eher gezielt macht oder eher im Vorbeigehen macht. Man beobachtet ja irgendwie doch ständig. Und zu dem einen oder anderen mal ein bisschen mehr und mal ein bisschen weniger. Aber, das ließ sich ganz gut handhaben.“ (Fokusgruppe 5: 4 ambulant)

Demgegenüber wurde die Identifikation und explizite Benennung der Bedürfnisse sowie deren Dokumentation als herausfordernd erlebt.

„Ich fand's sehr kompliziert, SEHR, sehr kompliziert (P4: Mhm (zustimmend)). Und ich meine, ich hab mich dann im Grunde- ich hab das versucht, relativ korrekt auszufüllen, was ist erfüllt, was ist nicht erfüllt. So bin ich erst mal vorgegangen, um dann diese nicht erfüllten Sachen dann noch mal mehr zu erklären. Aber mehr habe ich eigentlich in der Situationsanalyse geschrieben.“ (Fokusgruppe 6: 6 stationär)

„Und dann war es auch wirklich schwierig. Es dann auch wirklich einem Bedürfnis zuzuordnen: Ist das dann ein Bedürfnis, was ich eben glaube, was alle Menschen haben? Oder ist das ein Bedürfnis, das ich eben bei mir immer wieder sehe und das unterstelle ich dem anderen? (P4: Ja.) Oder ist das ein Bedürfnis, dass der wirklich hat? Woher weiß ich, wenn derjenige selber nicht mehr sprach- und auskunftsfähig ist, dass der wirklich dieses Bedürfnis hat und dass das das ist, was ich glaube? Oder was meins eigentlich ist?“ (Fokusgruppe 6: 41 stationär)

Letztendlich konnten zahlreiche Erkenntnisse der Bedürfnisanalyse auf den Versorgungsalltag übertragen werden. So berichteten die Pflegenden von konkreten Erfolgserlebnissen in Bezug auf das Erkennen und Erfüllen von Bedürfnissen.

„Also, das ist eine Person, die sitzt im Rollstuhl, bis vor kurzem noch. Hat eigentlich immer die Augen fest geschlossen gehabt. Dann sind wir mit ihr raus, auf den Weihnachtsmarkt zum Beispiel, da hatte sie plötzlich die Augen auf, war ganz interessiert. Oder wir haben ihr ihre Lieblingsmusik vorgespielt, klassische Musik, da war sie dann deutlich entspannter und hat auch mal die Augen geöffnet.“ (Fokusgruppe 5: 28 stationär)

P2: „Wir haben bei der einen Patientin auf jeden Fall einiges umsetzen können, den Tag- Nachrhythmus, verdeutlichen können, mit Bettenwechsel, Deckenwechsel, genau, Lichtwechsel, vom kleinen ins große Licht, außer wenn es zu dunkel ist, dann wird das kleine Licht an.“ P3: „Fernseher.“ P2: „Fernsehen, genau, Lieblingsserie rausgesucht, also erfragt [...].“ (Fokusgruppe 4: 6 ambulant)

„Wir haben das halt zum Beispiel mit der Decke angefangen, dass wir die Tagesdecke und Nachtdecke damit da so ein Wechsel ist. Und die meinte, es hat direkt funktioniert. Also es ist sofort, ja, ein Ergebnis dagewesen, (I: Ja) dass sie sagte, sie wurde ruhiger. Und sobald sie die dicke Decke hat, fängt sie an, ruhig zu werden. Und das hat schon- also wenn die Angehörigen das schon merken, finde ich das schon bemerkenswert.“ (Fokusgruppe 4: 45 ambulant)

Strukturen und Rahmenbedingungen: Ähnlich den Ergebnissen der Fragebogenerhebung beurteilten die Interviewteilnehmer die Einführungsveranstaltung als wichtig, um einen Einstieg in die Inhalte und die Anwendung der Arbeitshilfe zu erlangen. Als zentral wurde

dabei die Rolle einer Schlüsselperson angesehen, die mit dem Instrument vertraut ist und den Nutzen für die Versorgung überzeugend und für die Mitarbeiter motivierend vermitteln kann.

„Also ich glaube, es muss einer wissen. Ich weiß nicht, ob es eine Einführung dazu geben muss, aber einer muss sich auskennen damit. Und einer muss das als Instrument überzeugend den anderen nahebringen können. Sonst würde ich denken, so jetzt einfach mal ein Plakat da hinhängen und „So, jetzt arbeiten Sie mal damit.“, das geht nicht. Aber wenn sich einer oder zwei da auskennen würden, dann denke ich schon.“ (Fokusgruppe 5, 120 stationär)

Weiter wurde die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen als teilweise herausfordernd für die praktische Umsetzung der Erkenntnisse der Bedürfnisanalysen benannt. Eine Fokusgruppenteilnehmerin verdeutlichte dies am Beispiel eines Bewohners, für den die Medikation angepasst werden sollte.

„Dann sind wir eben, wie gesagt, dadurch begrenzt, dass da wir keine Mitarbeit von den Ärzten haben oder, wie gesagt, dass es dann wieder irgendwo Gespräche gab, wo es dann diese- diese Tablette eingesetzt wird dann auch, ne, wo wir dann wieder zu kämpfen haben, dass wir sagen, jetzt müssen wir erst mal gucken, wie das jetzt wirkt.“ (Fokusgruppe 6: 137 stationär)

Auch vorhandene finanzielle und räumliche Restriktionen wurden als Gründe für die erschwerte Umsetzung einer bedürfnisorientierten Versorgung angegeben. So konnte aus Sicht der Pflegenden das für eine Bewohnerin ermittelte Bedürfnis nach mehr Ruhe nicht zufriedenstellend erfüllt werden.

„Alles, was ich eben aufgezählt hab, ne, dass das wirklich störend für sie ist (I1: Ja), aber was wir jetzt eben bei uns nicht umgesetzt bekommen, weil letztendlich müsste sie umziehen. Ja, sie müsste umziehen, damit sie sich wohlfühlt.“ P9: „Ist auch ne Kostenfrage.“ P6: „Ja ja, aber es ist ne Kostenfr- wir haben es angesprochen, GEHT aber noch nicht. So, das ist eben leider Gottes das, da- da weiß man, woran man IST jetzt selber, ne.“ P5: „Das hängt von den äußeren Rahmenbedingungen.“ P6: „Genau.“ (Fokusgruppe 6: 167 ambulant)

3.3.4 Wirkung der Arbeitshilfe auf die Versorgung

Die im Rahmen der Implementierungsphase durchgeführten Bedürfnisanalysen unterschieden sich hinsichtlich Art und Umfang der Bearbeitung. Schriftlich fixiert wurden diese überwiegend anhand des zur Verfügung gestellten Dokumentationsbogens. Drei der Bedürfnisanalysen wurden durch einzelne Mitarbeiter erarbeitet, die weiteren gemeinschaftlich in Teams von zwei bis fünf Personen. Die Bearbeitung der Situationsanalysen erfolgte auf unterschiedliche Weise. Zum Teil wurden sehr differenzierte Beschreibungen mit vielschichtigen Informationen über die Betroffenen vorgenommen, was auf eine intensive Auseinandersetzung mit der jeweiligen Person schließen lässt. Andere Situationsanalysen hingegen waren eher kurz gehalten und beinhalteten lediglich stichpunktartige Notizen. Bei Letzteren war jedoch häufig eine umfassende Dokumentation der erfassten Bedürfnisse und

Handlungsmöglichkeiten vorzufinden, was darauf hindeutet, dass die Auseinandersetzung mit der Situationsanalyse ebenfalls intensiv geführt wurde.

Erfolgte die Erstellung mehrerer Bedürfnisanalysen durch ein Team, reduzierte sich der Umfang der schriftlichen Dokumentation ebenfalls deutlich. Dies kann auf einen Übungseffekt und hohen mündlichen Austausch hindeuten, die es den Mitarbeitern erlaubten, sich rascher und gezielter den unerfüllten Bedürfnissen zu widmen. Die von den Mitarbeitern in den Fokusgruppen benannte Schwierigkeit, die Bedürfnisse konkret zu benennen und zuzuordnen, ließ sich in den Unterlagen zur Bedürfnisanalyse nicht eindeutig entnehmen. Leerstellen in den Dokumenten könnten jedoch darauf hindeuten.

Ebenfalls festgehalten wurden die Handlungsmöglichkeiten zur Bedürfniserfüllung. Dabei ließ sich der prozesshafte Charakter des Vorgehens erkennen. Teilweise wurden mehrere Maßnahmen ergriffen bis ein Bedürfnis als erfüllt eingeschätzt werden konnte. Darüber hinaus erfolgte eine Rückmeldung weiterer nicht dokumentierter Maßnahmen innerhalb der Fokusgruppen. Dies bestärkte wiederum den Stellenwert des Austausches unter den Mitarbeitern.

3.3.5 Analyse der Forschungsnotizen

Neben den in Fokusgruppen und Fragebögen beschriebenen Rückmeldungen der Versorgenden wurde der gesamte Implementierungsprozess umfassend dokumentiert. Hierzu wurden die einzelnen Schritte zur Einführung und Anwendung der Arbeitshilfe bei den verschiedenen Kooperationspartnern hinsichtlich fördernder und hemmender Faktoren begutachtet.

Detaillierte Prozessplanung: Als förderlich für den weiteren Verlauf des Vorhabens stellte sich die detaillierte Planung des Implementierungsprozesses mit den zuständigen leitenden Mitarbeitern und Schlüsselpersonen heraus. So konnte bereits vorab geklärt werden, welche eigenen Ziele die jeweiligen Kooperationspartner mit der Einführung der Arbeitshilfe verfolgten (z.B. Kompetenzvermittlung zur Demenzversorgung bei unerfahrenen Mitarbeitern, Schulung zur Palliativversorgung von Menschen mit schwerer Demenz). Dies gab bereits Hinweise darauf, welche Mitarbeiter für eine Teilnahme angefragt werden konnten. Weiter wurden die verfügbaren Ressourcen der Einrichtungen und Pflegedienste sowie der zeitliche Rahmen zur Umsetzung des Vorhabens vor Ort geregelt.

Einführung der Arbeitshilfe: Die Einführungsveranstaltung bei den jeweiligen Kooperationspartnern brachte alle Studienteilnehmer, Schlüsselpersonen und das Forschungsteam zusammen und bildete die zentrale Basis für das Gelingen des Implementierungsprozesses. Im persönlichen Kontakt konnten die Inhalte der Arbeitshilfe schrittweise erörtert und offene Fragen im direkten Austausch geklärt werden. Ein gemeinschaftlich festgelegter Zeitrahmen

für die Anwendungsphase der Arbeitshilfe schaffte Verbindlichkeit und wirkte sich positiv auf die Anwendung der Arbeitshilfe aus. Weiterhin konnten Zuständigkeiten im Projekt geklärt und – falls nicht schon vorab geklärt – eine Schlüsselperson benannt werden.

Das Konzept der Einführungsveranstaltung wurde durch das Forschungsteam im Projektverlauf stetig weiterentwickelt und an die jeweiligen Anforderungen der Kooperationspartner angepasst. Ein Beispiel hierzu bezieht sich auf den in der Arbeitshilfe dargestellten Fall zur Verdeutlichung der Bedürfnisanalyse. In den ersten Einführungsveranstaltungen wurde dieser den Teilnehmern vorgelegt und gemeinsam durchgearbeitet. Dieses Vorgehen schien jedoch wenig geeignet, da den Pflegenden das Fallbeispiel zu konstruiert und fernab der eigenen Arbeit erschien. Es stellte sich heraus, dass die Veranschaulichung der Bedürfnisanalyse vielmehr über konkrete Beispiele aus dem Versorgungsalltag der Mitarbeiter gelingen kann. Dieses Vorgehen führte zu angeregten Diskussionen über die betroffenen Bewohner und konnte eine große Gruppendynamik entwickeln. Zum Teil zeigten sich die Pflegenden positiv überrascht davon, welches Wissen innerhalb eines so kurzen Zeitrahmens zu generieren sei. Auf diese Weise konnte die Sinnhaftigkeit der Arbeitshilfe und die Motivation zu deren Einsatz erhöht werden.

Schlüsselperson: Für die erfolgreiche Implementierung konnte die Bedeutung einer internen Schlüsselperson bestätigt werden. Diese diente als Ansprechpartner für alle am Prozess beteiligten Mitarbeiter und übernahm die Terminkoordination und Moderation innerhalb der Einrichtungen und Pflegedienste. Darüber hinaus stand die Schlüsselperson im engen Kontakt zu den Forschenden.

Anwendbarkeit der Arbeitshilfe: Die überarbeitete Version der Arbeitshilfe, insbesondere die Anleitung zur Bedürfnisanalyse wurde von den Studienteilnehmern positiv aufgenommen. Insbesondere Leitungspersonen, die den Prozess der Entwicklung verfolgen konnten, äußerten sich positiv zur Umgestaltung. Die entwickelte prozesshafte Anleitung zur Bedürfnisanalyse gab eine am Versorgungsalltag orientierte Struktur vor, die von den Pflegenden gut angenommen wurde. Wie schon in der Pilotphase beobachtet, erwies sich die Anwendung der Arbeitshilfe in Kleingruppen als besonders geeignet. Vor allem eine multiprofessionelle Zusammensetzung, z.B. aus Pflegefachkräften und Mitarbeitern des psychosozialen Dienstes, schien die Bedürfnisanalyse zu bereichern. Im Rahmen der Situationsanalyse wurden zudem Angehörige von Menschen mit schwerer Demenz zur Informationsgewinnung einbezogen.

Austausch und Fallbesprechungen: Durch Anwendung der Arbeitshilfe wurde der Austausch in den jeweiligen Teams angeregt. Die Pflegenden schätzten die Möglichkeit, sich intensiv einem Menschen mit Demenz zuwenden zu können und erweiterten gemeinsam ihr Wissen

über die betroffene Person. Die Bedürfnisanalyse im Rahmen von Fallbesprechungen durchzuführen, stellte sich dabei als besonders vorteilhaft heraus. Die Vorankündigung einer solchen Fallbesprechung gab den Mitarbeitern Gelegenheit zur intensiven Vorbereitung. Zudem profitierten sie von einem strukturierten und moderierten Ablauf.

Einbindung in bestehende Versorgungskonzepte: Mit dem Dementia Care Mapping [30, 31] und der mäeutischen Fallbesprechung [32] vertrauten Mitarbeitern fiel die Umsetzung der Bedürfnisanalyse leichter. Diese Mitarbeiter erkannten vertraute Aspekte einer personenzentrierten Versorgung.

3.4 Implikationen für die Weiterentwicklung der Arbeitshilfe

Entsprechend den Ergebnissen der begleitenden Evaluation des Implementierungsprozesses wurde die in der Pilotphase umfassend überarbeitete Arbeitshilfe kontinuierlich weiterentwickelt. In der Anwendung erwies sich die Einteilung in voneinander abgegrenzte Bausteine als gewinnbringend. Im Konzept wurden die Bausteine beibehalten und erweitert, eine Einführung ist den Bausteinen weiterhin vorangestellt. Diese führt in die Ziele der Arbeitshilfe, ihren Aufbau und ihren Einsatz ein. Weiterhin gibt sie eine Beschreibung der Zielgruppe an Hand der Kriterien der Reisbergskala (GDS – Grade 6 und 7) sowie der möglichen Anwender der Arbeitshilfe und enthält Empfehlungen für Schlüsselpersonen zur Implementierung der Arbeitshilfe.

Die weiteren Bausteine der Arbeitshilfe zu den Merkmalen der bedürfnisorientierten Versorgung (Baustein I), dem Gesamtprozess zur Bedürfnisanalyse (Baustein II) und der Gesamtübersicht zu den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz (Baustein III) wurden beibehalten. Den Rückmeldungen bezüglich einer Kurzversion der Arbeitshilfe nachkommend wurden eine Kurzversion im Format der Kitteltasche und ein entsprechendes Poster entwickelt. Diese Medien enthalten die Grundzüge der bedürfnisorientierten Versorgung sowie eine Kurzübersicht zu den Bedürfnissen. Im Alltag sollen sie die Möglichkeit bieten, sich rasch an die Inhalte der Arbeitshilfe zu erinnern.

Für die erfolgreiche Einführung der Arbeitshilfe in die Arbeitspraxis stellten sich die Prozesskoordination und die Rolle der Schlüsselperson als sehr vorteilhaft heraus. Aus den Erfahrungen der bisherigen Anwender gehen die Empfehlungen zur Etablierung einer Schlüsselperson hervor, die den Prozess innerhalb der Einrichtung koordiniert. Für diese Schlüsselperson wurde eine Verfahrensanleitung eingefügt, die zur Orientierung in der Vorbereitung und Umsetzung des Implementierungsprozesses genutzt werden kann.

4 Arbeitsphase III: Erarbeitung der Verfahrensanleitung

Neben der Konkretisierung der Arbeitshilfe war im Projektverlauf die Erarbeitung einer Verfahrensanleitung zur Implementierung der Arbeitshilfe vorgesehen. Aufgrund der Ergebnisse der Evaluation der Pilot- und Implementierungsphase wurde eine Verfahrensanleitung für die Zielgruppe der Schlüsselpersonen erarbeitet. Diese Entwicklung geschah wiederum im engen Austausch mit den Praxisanwendern.

4.1 Expertenworkshop

Mit Fortschreiten der Implementierungsphase fand ein Expertenworkshop zur Evaluierung des Implementierungsprozesses mit Mitarbeitern aus acht der teilnehmenden Einrichtungen statt. Neben dem Erfahrungsaustausch sollte das überarbeitete Konzept der Arbeitshilfe vertiefend diskutiert und ergänzt werden. Im Fokus des Treffens stand die Entwicklung einer Verfahrensanleitung zur Verstetigung der Anwendung der Arbeitshilfe in der Einrichtung. Die Diskussionen zielten auf Aspekte der Rolle der Schlüsselperson, der Fallanalyse und der Dokumentation.

Schlüsselpersonen: Die Rolle der Schlüsselperson und ihrer notwendigen Kompetenzen wurden erörtert. Der Schlüsselperson obliegt die sorgfältige Planung und Begleitung des Implementierungsprozesses, um den Prozess der Bedürfnisanalyse im Arbeitsalltag möglichst gut zu manifestieren. Die Person sollte Fachwissen in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz haben und eine hohe Sensibilität für die Belange der Mitarbeiter aufweisen. Seitens der Schlüsselpersonen erfordere dies eine gute Vernetzung innerhalb der Organisation sowie einen stetigen Austausch mit allen Beteiligten. Zudem sei die Unterstützung der Schlüsselpersonen durch die Leitungsebene unabdingbar. Nur so könne gewährleistet werden, dass möglichst viele Mitarbeiter das Instrument annehmen und im Praxisalltag anwenden. Dabei sei es zentral, den Gesamtprozess der bedürfnisorientierten Versorgung adäquat zu vermitteln. Nur so könne verhindert werden, dass Mitarbeiter das Instrument als reine Checkliste betrachten und unter Umständen nicht anwenden. Eine kontinuierliche Evaluation des Prozesses erleichtert es, Anpassungen im Prozess vorzunehmen.

Fallbesprechungen: Ein weiterer zentraler Punkt zur Umsetzung der Implementierung betraf die Eignung von Fallbesprechungen zur Umsetzung der Arbeitshilfe. Vielfältige Konzepte von in den Einrichtungen bereits bestehenden Fallbesprechungen wurden vorgestellt. Als Ergänzung könne die Bedürfnisanalyse im Rahmen von Fallbesprechungen den Austausch unter den Versorgenden zu den Bedürfnissen des Menschen mit schwerer Demenz

intensivieren. Fallbesprechungen bedürfen bestimmter Voraussetzungen, wie der strukturierten Vorbereitung, z.B. durch eine Bezugspflegekraft, einem strukturierten Vorgehen z.B. mittels Leitfaden und Moderation des Fallgesprächs sowie einer Dokumentation der Ergebnisse. Im Rahmen einer Fallbesprechung ist die aktive Einbindung der Angehörigen von Menschen mit schwerer Demenz denkbar.

Dokumentation: Eng verbunden mit der Durchführung von Bedürfnisanalysen und den Fallbesprechungen ist die Dokumentation der Ergebnisse der Bedürfnisanalyse. Mit Blick auf die dafür einzusetzenden Ressourcen wurde die Bedeutung der Dokumentation innerhalb der Einrichtung sowie an Schnittstellen zu anderen Versorgungsbereichen erörtert. Die Vielfalt der Dokumentationssysteme und die Notwendigkeit individueller Lösungen wurden dabei deutlich. Wiederum wurde die Entwicklung einer technischen Lösung eingebracht, z.B. in Form einer App als Hilfestellung zur Bedürfnisanalyse. Bei der Entwicklung einer solchen technischen Lösung wäre die Balance zu finden, einer rascheren, technikgestützten Identifikation der Bedürfnisse und dem Anliegen der Individualität des Menschen mit schwerer Demenz näher zu kommen.

4.2 Verfahrensanleitung

Aus den Erfahrungen der Praxisanwender sind Hinweise hervorgegangen, die im Prozess der Implementierung der Arbeitshilfe hilfreich sein können. Als wesentlich stellte sich die Prozesskoordination durch eine einrichtungsinterne Schlüsselperson heraus. An diese Schlüsselpersonen richtet sich die Verfahrensanleitung vorrangig.

So individuell die Voraussetzungen der einzelnen Einrichtungen sind, so vielfältig sind die Einsatzmöglichkeiten der Arbeitshilfe. Der Einführung der Arbeitshilfe sollte in jedem Fall eine sorgfältige Planung vorausgehen, um geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen und mit der Einführung verbundene Ziele zu klären. Dies beinhaltet eine Bestandsaufnahme durch die Schlüsselperson im engen Austausch mit der Leitung. Anhand der Merkmale einer bedürfnisorientierten Versorgung kann eine Bestandsaufnahme stattfinden hinsichtlich der Institutionskultur und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, der Haltung des Teams, der vorhandenen Kompetenzen und Qualifikationen sowie der Betrachtung, wie ein Zugang zum Menschen mit schwerer Demenz gefunden werden kann und wie Bedürfnisse erkannt und ihnen begegnet wird. Die Verfahrensanleitung bietet für jeden der genannten Bereiche Reflexionsfragen an. Dabei können sich wichtige Anhaltspunkte für die Einführung der Arbeitshilfe und Ansätze für die Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz ergeben.

Darauf aufbauend kann der weitere Prozess der Implementierung geplant werden. Dabei ist unter anderem zu klären, welche Mitarbeiter die Arbeitshilfe anwenden, wie die

Einführung in die Arbeitshilfe gestaltet und wie die Arbeitshilfe genutzt werden soll. Langjährige und erfahrene Mitarbeiter erkennen und erfüllen die Bedürfnisse meist sehr routiniert. Die Arbeitshilfe kann sie unterstützen, ihr Wissen erneut zu reflektieren und unerfahrene Mitarbeiter in der Bedürfniserkennung anzuleiten.

Eine Einführungsveranstaltung zum Start der Anwendung und Durchführung von Bedürfnisanalysen stellte sich in der Praxis als sehr empfehlenswert heraus. Hier können Fragen der Mitarbeiter geklärt, zeitliche Rahmenbedingungen gesteckt und eventuelle Anpassungen des Vorgehens vorgenommen werden. Für die Anwendung der Arbeitshilfe bestehen verschiedene Nutzungsmöglichkeiten. So kann die Arbeitshilfe im Rahmen von bereits bestehenden Fallbesprechungen und Teambesprechungen oder auch separat von diesen genutzt werden. Hierbei ergibt sich ebenfalls, ob die Anwendung durch Einzelpersonen oder im Team, z.B. wohnbereichsbezogen, stattfinden soll. Die kontinuierliche Begleitung und Evaluation der Anwendung kann die Anwender unterstützen, Ansätze zur Verbesserung der Anwendung zu identifizieren, um die Anwendung langfristig sicher zu stellen.

Seitens der Schlüsselperson wurden von den Anwendern die folgenden Voraussetzungen als sinnvoll erachtet: Die Schlüsselperson sollte mit der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz vertraut sein, Mitarbeiterbelange sensibel im Blick haben und für einen stetigen Austausch innerhalb der Institution gut vernetzt sein. Die Schlüsselperson sollte einen guten Rückhalt bei der Leitung haben oder selbst z.B. als Wohnbereichsleitung dem Leitungsbereich angehören.

5 Diskussion und Beurteilung der Forschungsergebnisse

5.1 Anwendbarkeit der Arbeitshilfe

Das dargestellte Forschungsprojekt „Implementierung einer Arbeitshilfe zum Erkennen und zur Erfüllung der Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz in der Versorgungspraxis der ambulanten und stationären Altenhilfe mit dem Ziel einer bedürfnisorientierten Versorgung“ beabsichtigte die Konkretisierung und Überprüfung der Handhabbarkeit dieser Arbeitshilfe und die Entwicklung einer Verfahrensanleitung zu deren Implementierung in die ambulante und stationäre Altenhilfe.

Mit diesem Forschungsprojekt konnten in der Pilot- und Implementierungsphase wichtige Erkenntnisse zur Anwendung gewonnen werden. Es wurde bestätigt, dass die Arbeitshilfe die Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz und deren Versorgungsrealität abbilden. Aufgrund des Entwicklungsprozesses unterliegen vergleichende Aussagen zu den Wirkungen des Einsatzes der Arbeitshilfe jedoch zum jetzigen Stand methodischen Einschränkungen.

Die Gestaltung der Arbeitshilfe konnte durch die Anregungen der Teilnehmer optimiert werden, so dass sie von diesen als ein in der Praxis gut einsetzbares Instrument angesehen wurde. Die Arbeitshilfe wurde an die Komplexität und vor allem an die Prozesshaftigkeit der pflegerischen Versorgung angepasst. Die Bewertungen der Arbeitshilfe fielen im Vergleich zur Pilotphase in der Implementierung wesentlich positiver aus, was für die überarbeitete Version der Arbeitshilfe spricht.

Besonders Menschen mit schwerer Demenz, die in die ambulante oder stationäre Versorgung neu eintreten, profitieren von dem strukturierten und differenzierten Vorgehen, welches die veränderte Arbeitshilfe ermöglicht. So ist eine rasche und individuenzentrierte Erfassung ihrer Bedürfnisse möglich. Teilnehmer des Expertenworkshops bewerteten die Arbeitshilfe in der vorliegenden Form als gut geeignet für die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz. Vor allem jüngere Pflegende wünschten sich eine IT-gestützte Lösung, wie z.B. in Form einer App für ein Smartphone oder ein Tablet.

Die Bedürfnisanalyse mit ihrem gesteuerten Prozess der Auseinandersetzung mit dem einzelnen Menschen mit schwerer Demenz ist gut geeignet, um die Person in ihrer Individualität und ihren Bedürfnissen wahrzunehmen. Dieser individuellen Beschäftigung mit einem Betroffenen wurde große Bedeutung beigemessen. Ein weiterer Gewinn der Arbeitshilfe bestand in der Anregung und Intensivierung des fachlichen Austausches unter den Versorgenden. Statt eines statischen Bedürfnis-Assessments wurden Erkenntnisse der einzelnen Teammitglieder kommunikativ geteilt beziehungsweise neu erarbeitet. Offenbar bedarf es dieses Anstoßes zum Austausch innerhalb und außerhalb der eigenen Berufsgruppe. Dies kann die Arbeitshilfe ebenfalls gut leisten.

Langjährig erfahrene Mitarbeiter erkennen und erfüllen die Bedürfnisse zumeist. Die Arbeitshilfe wirkt dahingehend unterstützend, das erworbene Wissen aufzufrischen, neue Impulse zu setzen sowie Anregungen für die tägliche Arbeit zu geben. Darüber hinaus wird mit der Arbeitshilfe die Einarbeitung neuer, noch unerfahrener Mitarbeiter wesentlich unterstützt und erleichtert.

Bei den teilnehmenden Mitarbeitern sind eine Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Demenzerkrankungen und ein hohes Engagement zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz anzunehmen. Die insgesamt hoch bewertete Arbeitszufriedenheit, geringe Veränderungsmüdigkeit und mittlerer bis hoher Handlungsspielraum deuten darauf hin. Dies kann die positive Aufnahme der Arbeitshilfe begünstigt und Einfluss auf die Bewertung genommen haben. Die Nutzung der Arbeitshilfe durch Versorgende mit geringeren Qualifikationen und Kompetenzen in der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz oder in Einrichtungen ohne Schwerpunkt in der Demenzversorgung könnte durchaus anders ausfallen. Gerade für diese Fälle erscheint die sorgfältige Prozessbegleitung ratsam, wie sie in der Arbeitshilfe dargelegt ist.

Bedauerlicherweise ist es nicht - wie beabsichtigt - gelungen, die Angehörigen als wichtige Personen der Versorgung in größerem Maße einzubeziehen. Sie waren allerdings in ihrer wichtigen Rolle der Informationsgewinnung im Zuge der Situationsanalyse eingebunden. Überraschenderweise waren im Bereich der ambulanten Versorgung kaum Betroffene mit schwerer Demenz und ihre Angehörigen zu finden. Diese waren vor allem in ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz bzw. stationären Einrichtungen anzutreffen. Insgesamt meldeten die Versorgenden eine starke Belastung der Angehörigen zurück, was ihren Einbezug erschwerte. Weiterhin liegen Hinweise vor, die eine umfangreiche Anpassung der Arbeitshilfe auf die Belange der Angehörigen nahelegen. Hier wäre zu untersuchen, wie die Arbeitshilfe für Angehörige von Menschen mit schwerer Demenz aufbereitet werden kann und wie sich die Verwendung einer solchen Arbeitshilfe auf die Angehörigen sowie die von ihnen versorgten Menschen mit schwerer Demenz auswirken.

5.2 Wirkungen der Projektergebnisse

Die Implementierung der Arbeitshilfe in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe ist ein komplexer Prozess. Die Evaluation der Pilotierungs- und Implementierungsphase ermöglichte es, die Arbeitshilfe als praxisnahes Instrument zu gestalten. Die positiven Rückmeldungen der Anwender weisen auf die Bereitschaft der teilnehmenden Versorgenden, die Arbeitshilfe weiter anzuwenden bzw. nach individuellen Wegen zu suchen, diese in die Einrichtung zu integrieren. Insbesondere bei großen Trägern mit mehreren Einrichtungen der Altenhilfe kann eine interne Verbreitung der Arbeitshilfe angenommen werden. Die Nutzung

der Arbeitshilfe kann die Einrichtungen in der Ausrichtung auf eine bedürfnisorientierte Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz unterstützen.

Auf Ebene der einzelnen Mitarbeiter sensibilisiert die Arbeitshilfe die Versorgenden für die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. Sie eröffnet Möglichkeiten, sich intensiv mit den Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz auseinanderzusetzen, diese besser zu erkennen und individuell zu begegnen. Es ist davon auszugehen, dass dieser Reflexionsprozess sich nach Projektabschluss fortsetzt und weiterentwickelt.

Trotz des notwendigen Verzichts auf ein strukturiertes Vorher-Nachher-Design zur Erfassung der Wirkungen ist aufgrund der Rückmeldungen der Teilnehmenden und der Experten anzunehmen, dass die Anwendung der Arbeitshilfe die Lebensqualität von Menschen mit Demenz verbessert. So wurden im Zuge der Bedürfnisanalyse unerfüllte Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz entdeckt und mit den ergriffenen Maßnahmen im Verlauf erfüllt, so dass sich wahrscheinlich bei ihnen ein erhöhtes Wohlbefinden der Betroffenen eingestellt hat.

Ausgehend von den Erkenntnissen der begleitenden Implementierung ist in den einzelnen teilnehmenden Einrichtungen ein sich fortsetzender Prozess zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz anzunehmen. Durch die in Gang gesetzten Prozesse der Reflexion sind mittelfristige und langfristige Wirkungen hinsichtlich der Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit schwerer Demenz, der subjektiv empfundenen Belastungen der Angehörigen und der Versorgenden zu erwarten.

5.3 Verbreitung der Projektergebnisse

Das Forschungsprojekt zur Implementierung der Arbeitshilfe zur bedürfnisorientierten Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz wurde auf verschiedenen Fachkongressen vorgestellt, was das große Interesse an dieser Thematik verdeutlicht. Ergebnisse zu Bedürfnissen von Menschen mit schwerer Demenz wurden in Fachzeitschriften veröffentlicht. Weitere Publikationen zur Darstellung des Implementierungsprozesses sind zeitnah geplant.

Vorträge auf Fachkongressen

Klaus Maria Perrar (2015): Über die letzte Lebensphase von Menschen mit schwerer Demenz. 10. Fachtagung Palliative Geriatrie. Union-Hilfswerk Berlin. 9.-10. Oktober in Berlin.

Holger Schmidt (2016): Bedürfnisorientierte Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase. Studiendesign zur Implementierung einer Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis der Altenhilfe. 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), 07. bis 09. September in Leipzig.

Yvonne Eisenmann (2016): Kölner Arbeitshilfe für eine bedürfnisgerechte Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz. 9. Kongress der Deutschen Alzheimergesellschaft, 29. September bis 01. Oktober in Saarbrücken.

Klaus Maria Perrar (2017): Über die Bedürfnisse am Lebensende von Menschen mit schwerer Demenz. Fachtagung: Das Phänomen Schmerz in der Versorgung alter Menschen. Lehrstuhl Akutpflege. Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar. 30.-31. März in Vallendar.

Posterbeiträge auf Fachkongressen

Holger Schmidt, Yvonne Eisenmann, Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar (2016): Bedürfnisorientierte Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase. Studiendesign zur Implementierung einer Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis der Altenhilfe. 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), 07. bis 09. September in Leipzig.

Yvonne Eisenmann, Holger Schmidt, Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar (2016): Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz erkennen und ihnen begegnen – Kölner Arbeitshilfe für eine bedürfnisgerechte Versorgung. 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP), 07. bis 09. September in Leipzig.

Yvonne Eisenmann, Holger Schmidt, Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar (2016): Herausforderungen für die Forschung mit Menschen mit schwerer Demenz. Symposium Forschungsethik und ethnographische Feldforschung. LMU, 30. Juni in München.

Holger Schmidt, Yvonne Eisenmann, Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar (2017): Kölner Arbeitshilfe zur bedürfnisorientierten Betreuung von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase. 13. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie e.V. (DGGPP), 10. bis 12. Mai in Essen.

Yvonne Eisenmann, Holger Schmidt, Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar (2017): Prozessevaluation der Implementierung einer Arbeitshilfe für die Versorgung von Menschen mit schwerer Demenz in der Altenhilfe. 16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF), 04. bis 06. Oktober in Berlin.

Projektbezogene Publikationen / Zeitschriftenartikel

Yvonne Eisenmann, Holger Schmidt*, Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar* (2016). Expression and perception of needs in severe dementia – A case study. *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 18, No 3.

Holger Schmidt, Yvonne Eisenmann*, Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar*. Needs of people with advanced dementia in their final phase of life: A multi-perspective qualitative study in nursing homes (accepted *Palliative Medicine*).

Die aktuelle Arbeitshilfe wird in der Lang- und in der Kurzversion mit dem dazu gehörenden Poster auf der Homepage des Zentrums für Palliativmedizin der Uniklinik Köln (<https://palliativzentrum.uk-koeln.de/>) kostenlos zum Download zur Verfügung gestellt.

6 Literaturverzeichnis

1. Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016. London: Alzheimer's Disease International; 2016.
2. Bickel H. Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft; 2014 [Zuletzt abgerufen am 29.03.2017 unter: https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzerkrankungen_dalzg.pdf].
3. Davies E, Higginson IJ. Better Palliative Care for Older People. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe; 2004.
4. Bundesministerium für Familie S, Frauen und Jugend. Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bonn 2002.
5. Bickel H. The last year of life: a representative study of deceased patients. Living arrangement, place of death and utilization of health resources. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 1998;31(3):193-204.
6. Pinzon LC, Claus M, Perrar KM, Zepf KI, Letzel S, Weber M. Dying with dementia: symptom burden, quality of care, and place of death. Deutsches Ärzteblatt international. 2013;110(12):195-202.
7. Hendriks SA, Smalbrugge M, Hertogh CM, van der Steen JT. Dying with dementia: symptoms, treatment, and quality of life in the last week of life. Journal of pain and symptom management. 2014;47(4):710-20.
8. Birch D, Draper J. A critical literature review exploring the challenges of delivering effective palliative care to older people with dementia. Journal of clinical nursing. 2008;17(9):1144-63.
9. Mitchell SL, Kiely DK, Hamel MB. Dying with advanced dementia in the nursing home. Archives of internal medicine. 2004;164(3):321-6.
10. Mitchell SL, Black BS, Ersek M, Hanson LC, Miller SC, Sachs GA, et al. Advanced dementia: state of the art and priorities for the next decade. Annals of internal medicine. 2012;156:45-51.
11. World Health Organization. Dementia: a public health priority. WHO. United Kingdom: World Health Organization; 2012.
12. Gove D, Sparr S, Dos Santos Bernardo AM, Cosgrave MP, Jansen S, Martensson B, et al. Recommendations on end-of-life care for people with dementia. The journal of nutrition, health & aging. 2010;14(2):136-9.
13. van der Steen JT, Radbruch L, Hertogh CM, de Boer ME, Hughes JC, Larkin P, et al. White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. Palliative medicine. 2014;28(3):197-209.
14. Perrar KM, Schmidt H, Eisenmann Y, Cremer B, Voltz R. Needs of people with severe dementia at the end-of-life: A systematic review. Journal of Alzheimer's disease : Journal of Alzheimers Disease. 2015;43(2):397-413.
15. Schmidt H, Eisenmann Y, Voltz R, Perrar KM. Development of a needs-oriented guidance tool for the end-of-life care of people with severe dementia. In: Association IP, editor. IPA International Congress; Berlin 2015.
16. Schmidt H, Eisenmann Y, Perrar KM, Voltz R. Arbeitshilfe für die Versorgungspraxis der stationären Altenhilfe. Bedürfnisse von Menschen mit schwerer Demenz in der letzten Lebensphase erkennen und ihnen begegnen. Köln. 2015 [Zuletzt abgerufen am 31.08.2017 unter: <https://palliativzentrum.uk-koeln.de/forschung/arbeitshilfe-bei-demenz/>].

17. Leo SD, Bono L, Romoli V, West E, Ambrosio R, Gallucci M, et al. Implementation of the Liverpool Care Pathway (LCP) for the Dying Patient in the Inpatient Hospice Setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*. 2013;31(1):61-8.
18. Becker S, Kaspar R, Kruse A. Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker. Bern: Huber Verlag; 2010.
19. Gehring UW, Weins C. Grundkurs Statistik für Politologen und Soziologen. Wiesbaden: GWV Fachverlage; 2009.
20. Haslbeck JW. Mitverantwortung in existentiellen und krisenhaften Situationen - Erfahrungen von Angehörigen in der häuslichen Sterbebegleitung mit palliativen Versorgungsstrukturen. In: Schnell MW. (Hrsg). *Ethik in der Interpersonalität Die Zuwendung zum anderen Menschen im Licht empirischer Forschung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft; 2005. S. 65-100.
21. Bartholomeyczik S. Sachbericht zum Projekt „Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen“ (InDemA) 2010 [zuletzt abgerufen am 29.08.2017 unter: https://www.uni-wh.de/fileadmin/media/u/forschung/izvf/InDemA_Abschlussbericht_incl._Anhang_07.10.10.pdf].
22. Büssing A, Ferrar KM. Die Messung von Burnout. Untersuchung einer Deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*. 1992;38:328-353.
23. Bernerth JB, Walker HJ, Harris SG. Change fatigue: Development and initial validation of a new measure. *Work & Stress*. 2011;25(4):321-37.
24. Richter P, Hemmann E, Merboth H, Fritz S, Hansgen C, Rudolf M. Das Erleben von Arbeitsintensität und Tätigkeitsspielraum - Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur orientierenden Analyse (FIT). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie A&O*. 2000;44(3):129-39.
25. Dichter M, Halek M. Die Lebensqualität verbessern. Das QUALIDEM – ein Instrument zur Erfassung der pflegebezogenen Lebensqualität von Menschen mit Demenz. *Pflegen: Demenz*. 2011;18:44-8.
26. Graessel E, Berth H, Lichte T, Grau H. Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatrics*. 2014;14:23.
27. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Verlag; 2015.
28. Hoben M, Bär M, Wahl HW. (Hrsg). *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*. Stuttgart: Kohlhammer; 2016.
29. Hoben M. Einflussfaktoren in Implementierungsprozessen. In: Hoben M, Bär M, Wahl HW. (Hrsg). *Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung - Ein Handbuch*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer; 2016. S. 150-66.
30. Algar K, Woods RT, Windle G. Measuring the quality of life and well-being of people with dementia: A review of observational measures. *Dementia*. 2014;15(4):832-57.
31. Müller-Hergl C. Wohlbefinden und Methode: Dementia Care Mapping. Zur Analytik zentraler Begriffe. In: Bartholomeyczik S, Halek M. (Hrsg). *Assessmentinstrumente in der Pflege, Möglichkeiten und Grenzen*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft; 2004. S. 115-29.
32. van der Kooij C. Die Magie der Bewohnerbesprechung. Die Mäeutik-Toolbox für Teams in der stationären Langzeit-, Alten- und Behindertenbetreuung. Bern: Hogrefe; 2015.

Anhang

A.1 Übersicht Mitglieder wissenschaftlicher Beirat

Monika Bischoff

Gesellschaft für Organisationsentwicklung und Sozialplanung mbH

Regierungsdirektorin Dipl. Phys. Adelheid Braumann

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Gerda Graf

Ehrevorsitzende Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V.

JProf. Dr. Margareta Halek, MScN

Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen e.V., Universität Witten / Herdecke

Anselmo Knoblauch

Cellitinneninstitut für Qualitätssicherung

Gerlinde Kremers

Wohnanlage Sophienhof gGmbH

Christina Kuhn, M.A.

Demenz Support Stuttgart gGmbH

Dipl.-Soz.-Päd. Helga Schneider-Schelte

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Selbsthilfe Demenz

Dipl. Päd. Gerlinde Strunk-Richter

Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.

Katharina von Croy

Malteser Hilfsdienst e.V. Fachstelle Demenz

Ministerialrätin Dipl. Psych. Petra Weritz-Hanf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Prof. Dr. Dipl. Psych. Susanne Zank

Universität zu Köln, Humanwissenschaftliche Fakultät, Department für Heilpädagogik und Rehabilitation, Rehabilitationswissenschaftliche Gerontologie

A.2 Übersicht teilnehmende Einrichtungen und Pflegedienste

Träger	Teilnehmende Einrichtung
Ambulante Alten-, Behinderten- und Krankenpflege Düsseldorf GmbH	Altentagespflegestätte Aachener Str. 81a 40223 Düsseldorf
Alexianer Köln GmbH	Haus Rafael Urbacher Weg 93 51149 Köln
ASB Alten- und Pflegeheime Köln GmbH	Seniorenzentrum Zollstockhöfe Gottesweg 85 50969 Köln
AWO Köln	Arnold-Overziert-Haus Severinswall 43 50678 Köln
Clarenbachwerk Köln gGmbH	Heinrich Püschel Haus Neuer Grüner Weg 25 50933 Köln
Deutscher Orden Ordenswerke	Matthias Pullem Haus Grüner Weg 23 50999 Köln
Diakoniestation der Ev. Kirchengemeinden Wermelskirchen	WG Lotte Berliner Str. 22a 42929 Wermelskirchen
LEBENSBAUM GmbH - Ambulante Pflege	Lebensbaum Bergisch Gladbach Eichelstraße 16 51429 Bergisch Gladbach
Seniorenwohnheim Brühl GmbH	Haus Wetterstein Kölnstraße 74-84 50321 Brühl
Stiftung der Cellitinnen zur hl. Maria	Seniorenhaus Burg Ranzow Hausgemeinschaften St. Monika Kirchweg 1 47533 Kleve-Materborn
St. Katharinen-Hospital GmbH	St. Katharinen Stift Frechen Krankenhausstr. 10 - 12 50226 Frechen
TLS Häusliche Alten- und Krankenpflege	TLS Häusliche Alten- und Krankenpflege Hammesberger Straße 7 42855 Remscheid
Wohnanlage Sophienhof gGmbH	Wohnanlage Sophienhof Am Weiherhof 23 52382 Niederzier
365° Häusliche Kranken- und Fachpflege Marianne Weiß GmbH	365° Ambulanter Pflegedienst Remscheid Taubenstraße 4 42857 Remscheid