



# MOCCA Schulungsevaluation DemenzCoach

Schlussbericht

**Eva Soom Ammann & Regula Blaser**  
8. April 2020



## Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	1
2	Methodisches Vorgehen	1
2.1	Begleitung der Entwicklung Pilotschulung 1	1
2.2	Quantitative Datenerhebung Pilotschulung 2	1
2.2.1	Stichprobe und Erhebungszeitpunkte	1
2.2.2	Erhebungsinstrumente	2
2.3	Qualitative Datenerhebung Pilotschulung 2	3
3	Ergebnisse aus der Prozessbegleitung Pilotschulung 1	3
4	Ergebnisse aus der Evaluation Pilotschulung 2: quantitative Befragung	4
5	Ergebnisse aus der Evaluation Pilotschulung 2: qualitative Befragung	6
5.1	Ergebnisse semistrukturierte Interviews und explorative Dokumentenanalyse	6
5.1.1	Neue Rolle DemenzCoach und ihre individuelle Umsetzung	6
5.1.2	Formen der Implementierung von DemenzCoaches in der Organisation	8
5.2	Ergebnisse Expertenworkshop	11
6	Fazit	12

# 1 Ausgangslage

Hintergrund: Das Zentrum Schönberg Bern (ZSB) hat, in Kooperation mit der BFH (Angewandte Forschung und Entwicklung Pflege (aF&E PFL) des Departements Gesundheit und Institut Alter (INA) des Departements Soziale Arbeit) eine Recovery-orientierte Weiterbildung für in der Demenzpflege tätige Pflegefachpersonen der SPITEX entwickelt. Die Weiterbildung basiert auf den im Rahmen des Vorprojektes RECAL (Kooperation BFH G, BFH INA, ZSB, 2015) gemeinsam erarbeiteten literaturbasierten Grundlagen, sowie der Prozessbegleitung BFH bei der Schulungsentwicklung und ersten Pilotumsetzung durch das ZSB (2016/17). Die BFH hat im Mai 2018 den Auftrag vom ZSB erhalten, die zweite Pilot-Umsetzung der Weiterbildung (2018/19) zu evaluieren.

Evaluationsgegenstand: Die Weiterbildung, welche vom ZSB als „DemenzCoach Trainingskurs“ geführt wird, bezieht sich auf die zweite Pilotumsetzung 2018/19; diese wird im vorliegenden Dokument als „Pilotschulung 2“ bezeichnet. Sie besteht aus drei Trainingstagen, drei Vertiefungstagen sowie drei individuellen Praxisbegleitungen.

Projektziel: Die kurz- und mittelfristige Wirksamkeit der Schulung auf das Fachwissen und die Haltung der Teilnehmenden ist bekannt, die Umsetzungsmöglichkeiten und organisationalen Kontexte bezuglich des Transfers der DemenzCoach-Rolle in die Praxis sind beschrieben.

Projekthinhalte: Die Evaluation fokussiert auf die Durchführung der Pilotschulung 2018/19. Durch vorher-/nachher-Messungen wird überprüft, ob die an der Weiterbildung teilnehmenden Pflegefachpersonen ein fundiertes Fachwissen in Demenzpflege und palliativer Geriatrie erwerben sowie sich eine Recovery-orientierte Haltung und entsprechende Kommunikationsskills aneignen konnten. Vertiefende Interviews mit Teilnehmenden ergänzen diese Überprüfung und dienen, zusammen mit der Dokumentenanalyse, der Beschreibung von Umsetzungsformen der DemenzCoach-Rolle in unterschiedlichen Spitex-Organisationen. In einem Workshop mit Geschäftsleitenden und Fachverantwortlichen aus den involvierten Spitex-Organisationen wurden die Evaluationsergebnisse diskutiert und gewichtet. Ergänzend werden im vorliegenden Bericht die Erhebungen im Rahmen der ersten Pilotierung der Schulung („Pilotschulung 1“, 2016/17), basierend auf Teilnehmender Beobachtung an Entwicklungsworkshops und an der Schulung, zusammenfassend beschrieben.

## 2 Methodisches Vorgehen

### 2.1 Begleitung der Entwicklung Pilotschulung 1

Die Begleitung der Entwicklung Pilotschulung 1 beinhaltete die Beobachtende Teilnahme an einem ExpertInnen-Workshop im Vorfeld der Schulung sowie an zwei Workshops mit den Leitungspersonen der am Projekt beteiligten Spitexorganisationen nach der Schulung. Die drei Trainings- und drei Vertiefungstage wurden mittels Teilnehmender Beobachtung begleitet. Die erstellten Beobachtungsprotokolle wurden thematisch ausgewertet. Während des ganzen Prozesses der Entwicklung, Durchführung und Nachbearbeitung der Pilotschulung 1 standen die Projektleitenden BFH mit den Projektleitenden ZSB in regelmässigem fachlichem Austausch. Die BFH hatte auch Einblick in die ZSB-internen Evaluationsdokumente (Feedbackformulare zu den Schulungstagen, Dokumentation der Praxisbegleitungen).

### 2.2 Quantitative Datenerhebung Pilotschulung 2

#### 2.2.1 Stichprobe und Erhebungszeitpunkte

Anhand verschiedener standardisierter Fragebogen wurde die Wissens- und Haltungsänderung der Schulungsteilnehmenden in den unterrichteten und geschulten Themenbereichen quantitativ abgebildet. Die Fragebogen wurden in unveränderter Form viermal im Projektverlauf eingesetzt:

- t1: vor Beginn der Schulung
- t2: nach Abschluss der Schulung
- t3: nach den Vertiefungstagen der Schulung
- t4: nach den individuellen Praxisbegleitungen

Zu jedem Untersuchungszeitpunkt wurde allen Schulungsteilnehmenden der Link zum Onlinefragebogen per Mail verschickt. Jeweils zwei Wochen später wurde an alle ein Reminder per E-Mail versandt.

Zu t1 füllten alle 16 Schulungsteilnehmenden den Fragebogen vollständig aus. Zu t2 und t3 füllten je 13 Personen den Fragebogen aus, zu t4 5 Personen. In den Längsschnitten t1 bis t2 und t1 bis t3 sind 7 vollständige Datensätze vorhanden, im Längsschnitt t1 bis t4 sind 4 vollständig ausgefüllte Datensätze vorhanden. Im Längsschnitt ist die im Vergleich zum Querschnitt kleinere Stichprobe darauf zurück zu führen, dass nicht alle Personen bei jeder Erhebung denselben Code verwendet haben und deshalb die Daten der einzelnen Erhebungen einander nicht zugeordnet werden konnten. Die Anweisung zur Erstellung des Codes war, dass die Personen zuerst die Initialen der Mutter, dann die des Vaters und als letztes das Geburtsjahr der Mutter schreiben sollten. Dieses Vorgehen hat grundsätzlich die Vorteile, dass die Personen sich keinen Code merken müssen und dass auch die Forschenden nicht vom Code auf die Identität des oder der Ausfüllenden schliessen können. Weshalb die Teilnehmenden sich nicht konsequent an die Vorgaben zur Erstellung des individuellen Codes gehalten haben, ist unklar.

### 2.2.2 Erhebungsinstrumente

Die nachfolgend beschriebenen Erhebungsinstrumente wurden für die Evaluation verwendet.

#### INSPIRE

Das Instrument besteht aus 20 Items, die die fünf CHIME-Prinzipien abbilden. In der Originalversion wird der Fragebogen durch den/die Klient\*in ausgefüllt.

In vorliegender Evaluation wurde der Fragebogen durch die Schulungsteilnehmenden ausgefüllt. Sie schätzen zuerst die Wichtigkeit der Bereiche von Recovery ein («ja»/»nein» Skala). Der Maximalwert hier ist 20. Bei positiver Antwort schätzten sie auf der fünfstufigen Likert-Skala («überhaupt nicht» bis «sehr stark») ein, wie sehr sie ihre Klient\*innen in diesem Bereich unterstützen können. Für die Auswertung der Skala wird zuerst die Anzahl der mit «ja» beantworteten Items gezählt. Dann wird von diesen bejahten Items der Mittelwert für die Einschätzung der Unterstützungsleistung berechnet.

#### Dementia Knowledge Assessment Scale (DKAS)

Das englischsprachige Instrument zur Erfassung des Demenzwissens, bestehend aus 27 Items, wurde für die Schulungsevaluation mittels der Methode der Übersetzung ins Deutsche und Rückübersetzung ins Englische übersetzt. Die Antwortalternativen in der Evaluation waren dichotom (richtig/falsch). Für die Auswertung des Instrumentes wurde die Anzahl der richtig beantworteten Items berechnet. Maximale Punktzahl ist 27.

#### Dementia Attitudes Scale (DAS)

Die ursprünglich englischsprachige Dementia Attitudes Scale (DAS) wurde von Peng, Moor und Schelling (2011)<sup>1</sup> für die schweizerischen Sprachräume (deutsch, französisch und italienisch) übersetzt und adaptiert. Das Instrument umfasst 20 Items in Form von Aussagen zu emotionalen/behavioralen, sowie kognitiven Aspekten von Einstellungen Menschen mit einer Demenzerkrankung gegenüber.

Die Antwortskala ist 7-stufig von «ich stimme überhaupt nicht zu» bis «stimme völlig zu». Die Summe aller Antworten wird zum Gesamtscore zusammengefasst, der Werte zwischen 20 und 140 annehmen kann.

#### MOVE2PC

Aus dem Instrument MOVE2PC, das zur Erfassung von Wissen und Einstellungen von Pflegefachpersonen zur Palliative Care entwickelt wurde, wurde für die vorliegende Evaluation die Skala «Opinions to Palliative Care» mittels der Methode der Übersetzung ins Deutsche und Rückübersetzung ins Englische übersetzt. Die Skala beinhaltet 11 Items mit Aussagen zu Palliative Care, die mit «richtig» oder «falsch» beurteilt werden mussten. Zur Auswertung wurden die richtig beantworteten Items gezählt, die maximale Punktzahl beträgt 11.

<sup>1</sup> Peng, A., Moor, C., & Schelling, H. R. (2011). *Einstellungen zu Demenz. Übersetzung und Validierung eines Instruments zur Messung von Einstellungen gegenüber Demenz und demenzkranken Menschen*. Unveröffentl. Schlussbericht zuhanden des Forschungsfonds der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Zentrum für Gerontologie: Universität Zürich.

### Inventar zur Messung sozialer Kompetenzen in Selbst- und Fremdbild (ISK-360)

Für die vorliegende Evaluation wurden die Skala «soziale Orientierung» (ISK-SO) mit 9 Items und die Skala «Reflexibilität» (ISK-REF) mit 7 Items je zur Selbstbeurteilung verwendet. Die Aussagen der Items werden auf einer 5-stufigen Likert-Skala, die von «trifft gar nicht zu» bis «trifft sehr zu» reicht, beantwortet. Die Skala «soziale Orientierung» bildet das Ausmass ab, in dem eine Person anderen Menschen offen und mit positiver Grundhaltung gegenübertritt, die Skala «Reflexibilität» das Ausmass, in dem sich eine Person mit sich und ihren Interaktionspartnern auseinandersetzt. Die Werte für die einzelnen Skalen entsprechen dem Mittelwert der zugehörigen Item-Werte.

### **2.3 Qualitative Datenerhebung Pilotschulung 2**

Im Frühling 2019 (März bis Mai) wurden vier Coaches aus der Pilotschulung 2 für vertiefende semi-strukturierte Interviews angefragt. Die Auswahl erfolgte, in Absprache mit dem ZSB, basierend auf unterschiedlichen Formen der Implementierung der DemenzCoach-Rolle in den jeweiligen Spitex-Organisationen und mit dem Ziel, darin eine sinnvolle Varianz abzudecken. Es wurden Coaches ausgewählt, deren Organisationen in der Implementierung der DemenzCoach-Rolle fortgeschritten sind oder diese abgeschlossen haben. Die Coaches wurden zudem gebeten, entsprechende schriftliche Dokumente ihrer Organisationen (Leitbilder, Implementierungskonzepte etc., z.T. im Entwurfsstadium) für die Evaluation zur Verfügung zu stellen.

Mittels eines Interviewleitfadens wurden die Interviews nach vier Themenbereichen strukturiert, in denen die Teilnehmenden mit drei bis fünf narrativ formulierten Fragen gebeten wurden, offen über ihre Erfahrungen mit dem DemenzCoach-Kurs an sich (Frageblock A), mit dem Transfer der Kursinhalte in die eigene Praxis (Frageblock B) und in die Organisation (Frageblock C), sowie mit dem Recovery-Konzept und seiner Umsetzung in der Praxis (Frageblock D) zu berichten. Die Interviews wurden audiodokumentiert, transkribiert und thematisch ausgewertet. Die zur Verfügung gestellten Dokumente wurden ebenfalls thematisch ausgewertet.

Basierend darauf wurden die Ergebnisse aufbereitet, es wurden Rollenverständnisse, Tätigkeitsfelder und Umsetzungstypen beschrieben und im Rahmen eines Workshops mit den in das Projekt involvierten Personen des Zentrums Schönberg und mit Führungs- und Fachverantwortlichen aus den Spitexorganisationen, welche Coaches in die Pilotschulung 2 geschickt hatten, diskutiert. Ziel war es, in diesem Workshop basierend auf den Ergebnissen aller bisherigen Evaluationselemente Kriterien zu definieren, welche die nachhaltige Implementierung von DemenzCoaches in Spitexorganisationen unterstützen. Es waren insgesamt 9 Spitexorganisationen vertreten. Die Diskussion wurde ad hoc von der Projektverantwortlichen des ZSB ausgewertet (Flipchart). Als Teil der Evaluation durch die BFH wurde die Diskussion audiodokumentiert und anschliessend thematisch ausgewertet.

## **3 Ergebnisse aus der Prozessbegleitung Pilotschulung 1**

Die Ergebnisse der Feldnotizen aus der Prozessbegleitung der Entwicklung und ersten Pilotierung (2016/17) können vier thematischen Schwerpunkten zugeordnet werden.

### Recovery-Ansatz

Die theoretische Vermittlung des Recovery-Ansatzes und die Befähigung der Schulungsteilnehmenden zur praktischen Umsetzung des Ansatzes in ihrem Arbeitsalltag waren wichtige Inhalte und Ziele der DemenzCoach-Schulung. Während der Schulung erwies es sich als schwierig, die Abgrenzung des Recovery-Ansatzes von anderen, den Teilnehmenden bereits bekannten Ansätzen, wie z.B. der Personenzentrierung deutlich zu machen. Zu Beginn der Schulung äusserten viele Teilnehmende den Eindruck, hier werde 'alter Wein in neuen Schläuchen' präsentiert. Sie waren der Meinung, dass sie bereits so arbeiten würden, wie der Recovery-Ansatz dies nahelege, nur dass sie es nicht mit dem spezifischen Vokabular benennen würden. Erst im Verlauf der Schulungstage, in denen die Inhalte des Recovery-Ansatzes aufgrund dieses anfänglichen Feedbacks geschärft und fokussiert präsentiert wurden, kristallisierte sich bei den Teilnehmenden ein klareres Bild dessen heraus, was Recovery ist. Am deutlichsten nahmen sie den Unterschied einer recovery-orientierten Haltung zu ihrer bisherigen Haltung bei der Präsentation und Übung der Pflegediagnosen wahr. Hier wurde ihnen bewusst, dass ihre bisherigen Pflegediagnosen aus Pflegenden-Sicht und defizitorientiert ausgerichtet waren, während recovery-

orientierte Pflegediagnosen aus Sicht der Klient\*innen und ressourcenorientiert gestellt werden. Insgesamt wurde deutlich, dass das theoretische Verständnis und insbesondere die Aneignung einer recovery-orientierten Haltung einen längeren Prozess benötigen.

### DemenzCoach

Es wurde deutlich, dass die Schulungsteilnehmenden die Rolle eines DemenzCoachs nicht zwangsläufig durch die Schulung erwerben. Dazu braucht es eine aktive Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit ihrer Stellung in der Organisation und ihren Wünschen und Bedürfnissen an eine Rolle als DemenzCoach. Sie müssen in diese Rolle hineinwachsen.

Auf Seite der Organisation heisst dies, dass dieses Wachstum und die dazu parallellaufenden Veränderungen in der Organisation ermöglicht, besser noch gefördert werden sollten. Es wurde einerseits deutlich, dass die Organisationen so unterschiedlich sind, dass jede für sich selbst die passende Ausgestaltung der Rolle eines DemenzCoachs erarbeiten muss. Andererseits wurde bemerkt, dass es aufwändig und ineffizient ist, wenn keine Synergien zwischen den Organisationen entstehen und genutzt werden. In den Workshops der Spitex-Leitungspersonen wurden mögliche Wege aus diesem Dilemma angedacht.

### Schulungs-Methodik

Die Methodik der Schulung ist auf Wissensvermittlung und Befähigung in der Praxis ausgerichtet. Die Schulungen wurden interaktiv gestaltet. Die Kursleitenden stellten den Praxisbezug anhand von Fallbeispielen her. Die Kursteilnehmenden brachten sich ebenfalls mit eigenen Fallbeispielen aktiv in die Schulungen ein. Von den Teilnehmenden wurde diese Methodik als überwiegend gelungen und zielführend eingeschätzt.

Die Projektverantwortlichen von ZSB und BFH beurteilten die Arbeit mit Fallbeispielen zwar als nützlich, jedoch noch nicht optimal hinsichtlich des gewünschten Praxistransfers. Von der Pilotschulung 2 an wurde das Thema Kommunikation deshalb im Kommunikationstraining mit Schauspieler\*Innen in spezifisch für die Schulung entwickelten Szenarien geübt.

Die Konzeption der Schulung mit 6 Unterrichtstagen, zwischen denen jeweils genügend grosse Zeitabstände lagen, damit der Transfer in die Praxis geübt werden konnte, und den 3 Praxisbegleitungen sind weitere zentrale Elemente der Schulung, die zur Befähigung der Teilnehmenden in der Praxis beitragen.

### Herausforderungen im Alltag

Die Wortmeldungen der Schulungsteilnehmenden zum Einstieg in einen Schulungstag, im Rahmen der Fallbesprechungen und in den Feedbackrunden zeigten deutlich Themen auf, die für die Pflegefachpersonen im Alltag eine Herausforderung darstellen: die Abrechenbarkeit/Finanzierbarkeit der von ihnen erbrachten Leistungen und der Umgang mit den Krankenkassen. Diese Themen stehen für sie unverbunden bzw. teilweise sogar im Widerspruch zum Recovery-Ansatz. Recovery-orientiertes Coaching sehen sie als Qualitätsverbesserung. Das sei aber nicht das Ziel der Geschäftsleitungen, sondern mehr Abrechnungsmöglichkeiten zu generieren. Mit der Aufnahme des Themas «Kommunikation mit Krankenkassen» in die Vertiefungstage wurde von den Kursleitenden hier eine Brücke geschlagen.

## 4 Ergebnisse aus der Evaluation Pilotschulung 2: quantitative Befragung

Die kleine Stichprobe im Längsschnitt verunmöglicht eine Analyse der Daten mittels inferenzstatistischer Verfahren. In den folgenden Tabellen 1 bis 3 sind die deskriptiven Gruppenstatistiken einerseits im Querschnitt jedes Erhebungszeitpunkts (Tabelle 1) sowie in den Längsschnitten t1 bis t3 (Tabelle 2) und t1 bis t4 (Tabelle 3) ersichtlich.

Die Schulungsteilnehmenden waren zu t1 im Durchschnitt 44 Jahre alt (Minimum 23, Maximum 58). Ihr Arbeitspensum betrug durchschnittlich 70% (Minimum 30%, Maximum 100%). Ihre Funktion beschrieben 7 Personen mit Teamleitung, 1 Person mit stellvertretende Teamleitung, 4 Personen mit Fallverantwortung Demenz und 4 Personen mit Pflegefachperson HF.

**Tabelle 1:** Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) im Querschnitt über die vier Erhebungszeitpunkte

	Inspire	Inspire Klient*in	DKAS	DAS	ISK_SO	ISK_REF	MOVE2PC
t1 (N=16)	15.9 (3.4)	3.6 (.46)	22.5 (2.0)	118.4 (8.9)	3.9 (.32)	4.2 (.35)	9.7 (1.4)
t2 (N=13)	17.5 (3.4)	3.6 (.40)	23.5 (1.8)	123.8 (9.1)	4.0 (.40)	4.3 (.39)	9.1 (.69)
t3 (N=13)	17.3 (2.4)	3.5 (.42)	22.4 (1.9)	122.7 (10.1)	3.9 (.37)	4.1 (.43)	10.1 (.86)
t4 (N=5)	17.8 (2.7)	3.5 (.67)	23.0 (1.9)	127.4 (5.7)	4.2 (.26)	4.3 (.31)	10.0 (1.0)

**Tabelle 2:** Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) im Längsschnitt über die Erhebungszeitpunkte t1 bis t3

N = 7	Inspire	Inspire Klient*in	DKAS	DAS	ISK_SO	ISK_REF	MOVE2PC
t1	15.7 (2.1)	3.4 (.51)	22.7 (1.8)	121.3 (8.2)	4.0 (.32)	4.2 (.23)	10.4 (.53)
t2	17.7 (2.7)	3.5 (.27)	23.1 (1.8)	124.9 (8.5)	4.0 (.24)	4.2 (.33)	9.4 (.53)
t3	17.9 (1.8)	3.3 (.46)	22.6 (2.2)	125.6 (5.1)	4.0 (.26)	4.2 (.30)	10.3 (.76)

**Tabelle 3:** Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) im Längsschnitt über die Erhebungszeitpunkte t1 bis t4

N = 4	Inspire	Inspire Klient*in	DKAS	DAS	ISK_SO	ISK_REF	MOVE2PC
t1	15.0 (2.6)	3.4 (.30)	22.0 (1.4)	120.5 (4.8)	3.9 (.38)	4.1 (.27)	10.5 (.56)
t2	19.3 (1.0)	3.6 (.23)	23.3 (1.3)	126.3 (6.2)	4.1 (.16)	4.0 (.21)	9.5 (.56)
t3	18.0 (2.2)	3.4 (.53)	21.5 (2.1)	128.3 (3.5)	4.2 (.10)	4.1 (.35)	10.5 (.56)
t4	17.2 (2.6)	3.4 (.72)	22.5 (1.7)	125.0 (2.2)	4.2 (.17)	4.1 (.20)	10.3 (.10)

Übereinstimmend zwischen den drei Tabellen ist ersichtlich, dass der Mittelwert im Instrument INSPIRE zwischen den Erhebungszeitpunkten t1 und t2 um mindestens 2 Punkte ansteigt und in den weiteren Erhebungen auf diesem höheren Wert bleibt. Dieses Ergebnis kann so verstanden werden, dass die Schulungsteilnehmenden durch die Schulung ein differenzierteres Verständnis dessen erlangt haben, was Recovery ist, und dass sie die Bedeutung von Recovery für mehr Lebensbereiche ihrer Klient\*innen erkennen als vor der Schulung.

Ein deutlicher und nachhaltiger Anstieg ist ebenfalls im Gesamtwert der DAS ersichtlich. Dieses Ergebnis weist darauf hin, dass sich die Einstellungen der Schulungsteilnehmenden Menschen mit einer Demenzerkrankung gegenüber verbessert haben. Aus der Forschung ist bekannt, dass Einstellungen sich indirekt aufgrund veränderter Erfahrungen wandeln. Auf das vorliegende Projekt übertragen kann das bedeuten, dass die Pflegefachpersonen in der Schulung Kompetenzen erworben haben, die ihnen helfen, in bisher als schwierig erlebten Situationen im Umgang mit Menschen mit einer Demenzerkrankung angemessener zu reagieren. Dies führt zu positiver erlebten Interaktionen mit demenzkranken Menschen und verbessert so indirekt die Einstellungen der Pflegefachpersonen zu diesen Menschen.

In allen anderen Skalen bleiben die Werte über die vier Erhebungszeitpunkte weitgehend konstant.

## 5 Ergebnisse aus der Evaluation Pilotschulung 2: qualitative Befragung

### 5.1 Ergebnisse semistrukturierte Interviews und explorative Dokumentenanalyse

Die Präsentation der Ergebnisse aus den vier Interviews mit DemenzCoaches, geführt zwischen März und Mai 2019, basiert auf den Interviewtranskripten sowie auf den Dokumenten, welche die Coaches der BFH in Absprache mit den Verantwortlichen in ihren Organisationen zur Verfügung gestellt haben.

Die Ergebnispräsentation orientiert sich an folgenden Fragen:

#### Neue Rolle DemenzCoach und ihre individuelle Umsetzung:

- a) Was verändert das Recovery-Konzept an der eigenen Rolle, der eigenen Arbeit?  
Welchen Platz hat der DemenzCoach in der jeweiligen Organisation?  
Was ist seine Aufgabe? Wie wird er dabei unterstützt?
- b) Wie verändert sich die Versorgung von Menschen mit Demenz durch die Implementierung von DemenzCoaches?  
Kommt das DemenzCoaching bei den Klient\*innen an? Bei welchen?
- c) Rückmeldungen zum Kurs:  
Was hat am Kursformat überzeugt, was weniger?  
Welche Elemente haben gefehlt? Wovon hätten die Teilnehmenden gern mehr gehabt?

#### Formen der Implementierung von DemenzCoaches in der Organisation:

- d) Kurzbeschreibung der (geplanten) Implementierung von DemenzCoaches in der jeweiligen Organisation
- e) Welches sind aus Sicht der Coaches die Erfolgsfaktoren, die zu einer erfolgreichen Implementierung dieser neuen Rolle in der jeweiligen Organisation beitragen?

Die Aussagen zur individuellen Rolle als DemenzCoach, deren Umsetzung in der Praxis und den Veränderungen in der Demenzversorgung werden, ebenso wie die Rückmeldungen zum Trainingskurs, zusammenfassend präsentiert. Die Organisationsformen werden als Typen beschrieben. In Absprache mit den involvierten Spitex-Organisationen werden die befragten Coaches und ihre Organisationen hier nicht namentlich erwähnt.

#### 5.1.1 Neue Rolle DemenzCoach und ihre individuelle Umsetzung

Insgesamt überzeugt die Recovery-Haltung als Element der Dementia Care, sie ist aber, so zeigen auch die Interviews, nicht einfach zu verstehen, in der eigenen Praxis umzusetzen und in der Organisation zu vermitteln.

Recovery war den Interviewten zum Teil bereits vor dem Kurs ein Begriff, bekannt aus der psychiatrischen Pflege, zum Teil neu. Die Ausführungen der Coaches in den Interviews verweisen (analog zu den Ergebnissen der Beobachtungen im Pilot 1, vgl. Kap. 3) darauf, dass einerseits der Transfer des Konzeptes aus der Psychiatrie- in die Demenzversorgung herausfordernd ist, sowie andererseits auch der Transfer einer recovery-orientierten Haltung in die eigene Praxis.

Ein Coach, vor der Schulung nicht spezifisch vertraut mit Recovery, umschreibt die persönliche Essenz der Recovery-Haltung in der Dementia Care durch die Spitex wie folgt:

*«Für mich ist Recovery einfach eine Haltung dem Menschen gegenüber. Ganz kurz. Wie ich dem Menschen begegne und wie ich ihn nehme. Ich muss nicht die Welt für ihn retten, aber ich kann schauen, dass die Welt um ihn herum gut funktioniert und dass die Leute, die um ihn funktionieren, auch gut in dieser Welt drin funktionieren können. Das ist für mich so chli Recovery. Man hat ja früher ganz einen anderen Fokus gehabt, ich sage, was dir guttut. Und heute ist das nicht mehr so, heute sagt mein Gegenüber mir, was ihm guttut. Und dass ich mich dort drinnen tue bewegen und schaue, von der Fachexpertise her, dass man es kann machbar machen und kann abschätzen: gefährdet's oder gefährdet's nicht? Ist es gut oder ist es nicht gut? Und ich merke einfach, diese Haltung muss man bei uns echli entwickeln.»*



Das Zitat macht im letzten Satz auch deutlich, dass die DemenzCoaches nicht nur herausgefordert sind, selber eine recovery-orientierte Haltung einzunehmen, sondern diese auch in der Spitex-Organisation zu vermitteln, so dass Entscheide gemeinsam getragen und von allen Beteiligten umgesetzt werden – und auch von anderen Teams in der Organisation verstanden werden.

In der Rolle als DemenzCoach eine recovery-orientierte Haltung in der Dementia Care einzunehmen, bedeutet auf der einen Seite also, anwaltschaftlich für den/die Betroffene\*n zu prüfen, wie deren angestrebte Lebenssituation ermöglicht werden kann, und andererseits auch, mit allen Involvierten passende Rahmenbedingungen zu schaffen und sie ggf. im 'Aushalten' unkonventioneller Arrangements zu unterstützen.

*«Für mich ist ein Demenzcoach ein Schnittstellenpartner und tut vor Ort schauen, was es braucht, beziehungsweise auch mit den Angehörigen, die brauchen vor allem die Begleitung und Betreuung. Und sie stärken in diesem Prozess drinnen, dass sie diese Situation aushalten können, zu Hause. Ist nicht immer einfach. Weil für den Menschen mit Demenz ist das gut, mehrheitlich, he. Und für die Angehörigen ist es sehr, sehr schwierig, dass wir die dort stärken und begleiten, oder, nicht nur die Angehörigen, es könnten auch die Nachbarn sein, dass man die vielleicht auch ins Betreuungssystem rein nimmt, je nach dem, wir haben jetzt gerade jemanden, wo der Abwart schaut, und ihn tun stärken in dem Prozess drinnen. Und ihm auch sagen "Das ist normal, dass es so ist", und es kann sich dann verändern, ehm die beratende Funktion und auch die ganze Schnittstelle gegen aussen, die Drehscheibe eigentlich, in dem drinnen. Für mich ist das ein Demenzcoach.»*

Ein besonders hilfreiches Element am Einnehmen einer recovery-orientierten Haltung in der Spitex-Versorgung ist laut den Interviewten das Reflektieren von Situationen und Entscheiden – allein oder in Interaktion mit anderen (Angehörigen und weitere an der jeweiligen Situation Beteiligten; Kolleg\*innen in der Organisation), welches in der Schulung auch geübt wird. Das bewusste Reflektieren, Situationen aus der jeweiligen Perspektive der Involvierten zu betrachten und zu prüfen, ob und wie die Dementia Care so gestaltet werden kann, dass die Wünsche und Anliegen der Betroffenen möglichst berücksichtigt werden können, hilft, so bezeichnet es einer der Coaches, insbesondere dabei, 'überstürztes Reagieren zu vermeiden'.

Dieses Element der bewussten Reflexion von Situationen, Perspektiven und Möglichkeiten scheint neu zu sein und die Praxis der Dementia Care in den Organisationen zu verändern:

*«Ich versuche wirklich immer in die Schuhe der Betroffenen zu stehen und mir zu überlegen, wie es für mich wäre, wenn einfach jemand sagen würde: 'Jetzt musst du ins Heim'. In meiner End-of-Life Phase. Ich versuche, es mir aus diesem Standpunkt zu überlegen. [...] Auch aus Sicht der Angehörigen zu überlegen, wen es überhaupt stört. Wir haben ja oft diesen Anspruch oder die Anforderung oder Erwartung. In diesen Belangen hat es mir am meisten geholfen. Das Fachwissen - ja - aber das kann man sich sonst auch holen. Aber es ist wirklich - [...] ich bin schon bewusster geworden für die Ressourcen - auf Ressourcen angewiesen, viel mehr als in der Somatik. Zu schauen, was geht denn alles, was hilft das zu tragen. [...] Das verändert die Praxis natürlich massiv, ob du so denkst, oder ob du von Anfang an sagst: nein, das geht nicht, das ist gefährlich. Auch für die Angehörigen beeinflusst es den ganzen Prozess massiv, was ein Coach denkt. Sie hören auch, wenn man sie zum Runden Tisch einlädt - sie haben manchmal auch ein bisschen Angst, dass wir sagen, dass es einen Heimeintritt gibt, oder dass wir nicht mehr helfen oder so.»*

Grenzen des Recovery-Ansatzes in der Dementia Care sehen die Coaches insbesondere bezüglich Selbst- und Fremdgefährdung. Auch wenn es laut Erzählungen der Coaches immer wieder gelingt, Care-Situationen so zu gestalten, dass ein selbstbestimmtes Wohnen zu Hause länger möglich ist, kommt irgendwann der Zeitpunkt, 'wo es nicht mehr geht'. Diesen Zeitpunkt klar zu definieren, ist auch für die DemenzCoaches herausfordernd. Dabei wird in den Interviews weniger der Umgang mit diesbezüglichen Grenzen Dritter (bspw. Angehöriger) thematisiert – hier scheinen die Coaches aus der Schulung eine gewisse Sicherheit im Aushandeln von Grenzen gewonnen zu haben –, als bezüglich der Einleitung entsprechender amtlicher Schritte durch die Spitex (Gefährdungsmeldung, FU): Abzuschätzen, wann der Zeitpunkt dafür da ist und auch mit einer recovery-orientierten Haltung die Selbstbestimmung nicht mehr respektiert werden kann, ist herausfordernd.

Konkrete Umsetzungsmöglichkeiten der DemenzCoach-Rolle in der eigenen Praxis ergeben sich – auch abhängig von der jeweiligen Implementierungsform in der Organisation (siehe unten) – auf drei Ebenen: 1) im direkten Kontakt mit Klient\*innen (falls die Coaches auch ‘an der Front’ eingesetzt werden), 2) in der Konzeption und Koordination der Spitex-Leistungen in konkreten Fällen intern (Abklärungsprozesse, Beratung und Weiterbildung des Personals) und mit Angehörigen (Beratung, Rundtischgespräche), sowie 3) im Transfer der Expertise in die Organisation. Letzteres gelingt den Coaches, so zeigen die Interviews, bezüglich Fachwissen sehr gut; der Transfer der Recovery-Haltung hingegen ist anspruchsvoller, in der konkreten Versorgungskoordination wie auch über Team- und Zuständigkeitsgrenzen hinweg (siehe dazu auch weiter unten).

Um ihre neue Rolle als DemenzCoaches in der Organisation auch umsetzen zu können, benennen die Coaches in den Interviews verschiedene Bedingungen:

- ▶ Rückhalt von Geschäftsleitung und Vorstand
- ▶ Handlungsspielraum erhalten, Durchsetzungsmöglichkeiten haben
- ▶ Gute Organisation von Schnittstellen (Abklärungen, Übergabe von der somatischen Pflege zu Demenzversorgung, Einsatzplanung, Kompetenzen in den somatischen Teams)
- ▶ Finanzierung/Abrechenbarkeit der Leistungen ist zentral
- ▶ Voraussetzungen dafür: Abklärung, Pflegeplanung/-umsetzung, Dokumentation, Argumentation gegenüber Krankenkassen
- ▶ Recovery-Haltung entwickeln und weitergeben braucht Zeit; vorleben, üben und (gemeinsam) reflektieren sind zentral
- ▶ Motivation und Kompetenzen der Mitarbeitenden
- ▶ Voraussetzungen Personal: Motivation Demenz, Kreativität, Mut zum Unkonventionellen, Flexibilität, Kommunikationsfähigkeit

Die im Rahmen der Interviews eingeholten Rückmeldung zu den Schulungsinhalten und zur Schulungsform machen deutlich, dass die Schulung insgesamt als fachlich hochstehend eingeschätzt wird und dass der Verständnissgewinn durch die Teilnehmenden als gut eingeschätzt wird. Besonders geschätzte Elemente waren die Fallbesprechungen, das Kommunikationstraining (Üben von Rundtischgesprächen) und die Praxisbegleitungen (Reflexion der konkreten Praxis, gemeinsames Ausloten von Handlungsalternativen). Insbesondere Letzteres scheint zentral dazu beizutragen, dass die recovery-orientierte Perspektive nicht nur verstanden wird, sondern auch umgesetzt werden kann (dies bestärken auch die Ergebnisse der Beobachtungen in der Pilotschulung 1 und die Selbstevaluation der Praxisbegleitungen durch das Zentrum Schönberg).

*«[...] für mich ist das noch so ein entscheidender Punkt gewesen, dass ich gewusst habe, es gibt Praxisbegleitungen. Weil das hat mich, an der BFH [in einer früheren Weiterbildung zu Demenz, Anm. d. A.] hat mir das eigentlich gefehlt. Es fehlt mir ganz häufig an den heutigen Weiterbildungen, dass du viel spannendes Zeug erfährst und nachher tschädderts dich wieder zruigg in deinem Berufsalltag. Und du nimmst echli etwas mit und einen Haufen lässt du unterwegs liegen und niemand hält den Finger hin und sagt: ‘Hey hast du dir eben nicht überlegt, und was heisst jetzt das für dich und könntest du nicht da und wäre das nicht etwas dort und so’.»*

Gefragt danach, was die Coaches in der Schulung vermisst oder sich zusätzlich gewünscht hätten, wurde einerseits der Wunsch nach noch mehr Fallbesprechungen und noch mehr Kommunikationstraining sehr explizit genannt, andererseits wurde deutlich, dass Wissen zu sozialrechtlichen Aspekten wie Ergänzungsleistungen, Hilflosenentschädigung etc. den Coaches zu fehlen scheint und in den Schulungen noch umfassender als bisher vermittelt werden sollte. Sehr deutlich ausgesprochen wurde in den vier Interviews auch der Wunsch nach einem ergänzenden Schulungsangebot für Fachfrauen/-männer Gesundheit (FaGe) und Assistenzen.

### 5.1.2 Formen der Implementierung von DemenzCoaches in der Organisation

Über eine kurze Skizzierung der jeweiligen Implementierungsformen von DemenzCoaching in den Organisationen, in welchen die vier Coaches tätig sind, soll aufgezeigt werden, welche Umsetzungsformen

angegangen werden, wie die DemenzCoaches ihre Rolle darin beschreiben und welche Vor- und Nachteile die unterschiedlichen Umsetzungsformen aufweisen können. Die Typisierungen und deren Beurteilung basiert in erster Linie auf den Interviews und Dokumenten, bezieht aber auch die Beobachtungen (Pilotschulung 1, Workshops mit Spitexverantwortlichen in der Konzeptionsphase) sowie die ZSB-internen Evaluationsdokumente (Feedbackformulare zu den Schulungstagen, Dokumentation der Praxisbegleitungen) mit ein. Die Typenbezeichnungen wurden durch die BFH formuliert.

Typ «Kompetenzteam»: Dieser Organisationstyp implementiert die DemenzCoaches im Rahmen eines Kompetenzteams Demenz, welches analog zu anderen, bereits bestehenden Kompetenzteams (Palliative Care, Psychiatrie) aufgebaut wird. Es ist geplant, dass im Kompetenzteam Demenz insgesamt drei DemenzCoaches tätig sind, wobei zwei davon zusätzlich auch in den anderen Kompetenzteams eingesetzt werden. Die Kompetenzbildung wird also transversal angestrebt. Die Hauptaufgaben des Kompetenzteams Demenz umfassen organisationsinterne konsiliarische Beratung und ggf. punktuelle Einsatzbegleitung bei Fällen mit beginnender Demenz (zur Abklärung, ob spezifische Massnahmen (schon) notwendig sind). Ebenfalls gehört die Netzwerkpflge und Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistern und Fachstellen in der Region zu den Aufgaben des Kompetenzteams, sowie Öffentlichkeitsarbeit und der Austausch in kantonalen Netzwerken. Des Weiteren soll das Kompetenzteam zur Qualitätssicherung beitragen durch Förderung der demenzspezifischen Kompetenzen im Team, über Schulungen, Fachaustausch und kollegiale Beratung. Der konkrete Einsatz der DemenzCoaches bei Klient\*innen steht nicht im Vordergrund, soll aber nach Möglichkeit für einen bis zwei der Coaches ermöglicht werden. Ein besonders wichtiges Element der Implementierung ist hier die Abwicklung aller Erstabklärungen über die Koordination der Kompetenzteams. Alle neuen Klient\*innen werden also von den Kompetenzteams evaluiert und entsprechend zugewiesen. Damit wird angestrebt, dass bei Bedarf die notwendige Kompetenz konsistenter in die Pflege und Betreuung involviert wird. Sobald das Kompetenzteam Demenz etabliert ist, wird in einem zweiten Schritt geprüft, ob zusätzlich ein 'Kernteam Demenz' aufgebaut werden soll, welches konstant vor Ort bei den Klient\*innen im Einsatz wäre.

Beurteilung des Typs «Kompetenzteam»: Der oben beschriebene Implementierungstyp betont die organisationsinterne Rolle der DemenzCoaches deutlich stärker als deren Rolle in der konkreten Versorgung. Durch die konsequente Einbindung der Kompetenz in die Erstabklärungen geht die Organisation ein Problem offensiv an, welches andere Organisationen ebenfalls erwähnen, nämlich die Sicherstellung, dass die entsprechende Kompetenz auch konsistent beigezogen wird, wenn dies angezeigt ist. Der interviewte Coach scheint ggw. stark involviert zu sein in den Aufbau des Teams und die Klärung der internen Prozesse. Dadurch, dass der Coach nicht 'an der Front' eingesetzt wird, entsteht möglicherweise eine gewisse Distanz zur konkreten Beeinflussung der Praxis. Im Interview zeigt sich, dass der Coach (noch) wenig Möglichkeiten sieht, die Schulungsinhalte in der alltäglichen Praxis anzuwenden und es als herausfordernd bezeichnet, die recovery-orientierte Haltung an Mitarbeitende zu vermitteln. Summativ scheint dieser Implementierungstyp durch die Fokussierung auf Organisationsstrukturen und -prozesse Stärken in der strukturellen Etablierung zu haben, auf Kosten der Etablierung einer durch die DemenzCoaches angeleiteten Praxis.

Typ «Fachgruppe mit Demenz-Tour»: In diesem Umsetzungstyp wird eine Fachgruppe Demenz gebildet, welche sich einerseits darauf fokussiert, Betriebsprozesse anzupassen, und andererseits darauf, bei allen Mitarbeitenden eine recovery-orientierte Haltung und ein entsprechendes Pflegeverständnis zu entwickeln. Bezüglich Betriebsprozesse wird vor allem investiert in die Anleitung aller Mitarbeitenden zu konsequenter Umsetzung des Pflegeprozesses, zur Dokumentation und damit zur Finanzierungssicherung. In Einzelfällen werden zudem 'Demenz-Touren' angeboten, d.h. spezifische Klient\*innen werden, zusätzlich zu den regelmässig geplanten Einsätzen, von Mitarbeitenden der Fachgruppe besucht. Dafür stehen zwei Nachmittage pro Woche zur Verfügung. Zum Zeitpunkt der Erhebung verfügte die Organisation über einen DemenzCoach, welcher für den Aufbau der Fachgruppe verantwortlich war und die 'Demenz-Touren' organisierte sowie auch hauptsächlich ausführte. Angestrebt wird ein Modell, in welchem Fachgruppe wie auch Demenz-Touren von Mitarbeitenden aus dem bereits bestehenden Psychiatrie-Team umgesetzt werden. Die Begründung dafür, die Dementia Care in der Psychiatriepflege anzusiedeln, liegt einerseits in der dort bestehenden Fachexpertise zur Planung und Umsetzung von Pflegeprozessen und entsprechender Dokumentation, um Finanzierungssicherung der Leistungen zu gewährleisten (basierend auf der Fachexpertise in der psychiatrischen Grundpflege), andererseits in der Grösse der Organisation. Kleine Organisationen, so die Überzeugung, seien besser handlungsfähig, wenn sie spezialisierte Kompetenz 'aus einer Hand' einbringen können.

Beurteilung des Typs «Fachgruppe mit Demenz-Tour»: Da die Fachgruppe Demenz in dieser Organisation nicht grundsätzlich involviert ist in die Leistungserbringung, hängt deren Beizug davon ab, dass Mitarbeitende ausserhalb der Fachgruppe die Initiative ergreifen. Es ist also, wie der interviewte Coach sagt, entweder abhängig von der Person, welche die Erstabklärung macht, oder abhängig davon, dass die regulär versorgenden Mitarbeitenden bei einsetzenden demenziellen Problematiken in bestehenden Klient\*innen-Verhältnissen die Fachgruppe beiziehen. Die starke Fokussierung auf Pflegeplanung und Dokumentation und die additive Durchführung von Demenz-Touren (zusätzlich zur regulären Leistungserbringung, ausgeführt von Mitgliedern der Fachgruppe und abgerechnet über psychiatrische Pflege) führt, so die Einschätzung der Autorinnen, auch dazu, dass der systematische Wissenstransfer bezüglich recovery-orientierter Dementia Care 'an die Front' (zu den Mitarbeitenden ausserhalb der Fachgruppe und in deren Praxis) fehlt. Ein Augenmerk wäre in diesem Typ auch darauf zu richten, dass eine Zusatzleistung zur üblichen somatischen Leistungserbringung, wie sie in Form der Demenz-Touren erbracht wird, nicht dazu beiträgt, Ruhe und personelle Konstanz in der Leistungserbringung zu etablieren. Diese Ruhe und personelle Konstanz werden breit als erwünschtes Ziel einer guten Demenzversorgung durch die Spitex benannt (bspw. auch im Rahmen der Beobachtungen Pilotschulung 1 und Workshops Entwicklung). Die eher geringe Grösse dieser Organisation macht auch einen weiteren Aspekt deutlich, welcher alle Organisationen betrifft: Die Konzentration von Fachexpertise auf wenige Personen erschwert eine nachhaltige Implementierung, insbesondere in Phasen hoher Personalfuktuation.

Typ «Fachgruppe mit Kernteam»: Auch in diesem Organisationstyp wird eine Fachgruppe Demenz etabliert, welche auch ein 'Kernteam' koordiniert, das in ausgewählten Fällen alle Einsätze 'an der Front' leistet. Die Fachgruppe in diesem Organisationstyp fokussiert auf Fachkoordination zum Thema Demenz in der gesamten Organisation (über interne Weiterbildungen und kollegiale Beratung) und baut Fachwissen zu spezifischen Assessments auf. Der Hauptteil der Fachgruppen-Arbeit fliesst in die 'Kernteams'. Diese übernehmen in ausgewählten Fällen die gesamte Leistungserbringung, und sie fokussieren in der Umsetzung darauf, personelle Einsatzkontinuität herzustellen und ein konsistentes Wissen über die jeweilige Klient\*innensituation aufzubauen. Regelmässige Rundtischgespräche mit den Klient\*innen und ihren Angehörigen sind ein festes Element davon. Zusätzlich tauscht sich das 'Kernteam' bei Bedarf in sog. 'Koordinationsrunden' aus. Das 'Kernteam' wird von einem DemenzCoach koordiniert und angeleitet, es verfügt über zwei weitere tertiäre Fachpersonen mit vertieftem Demenzwissen sowie vier bis fünf weitere Mitarbeitende auf Sekundär- und Assistenzstufe. Das 'Kernteam' agiert relativ autonom, und auch die Fachgruppe hat eine gewisse Autonomie; der Austausch mit einem ähnlich funktionierenden Psychiatrieteam in derselben Organisation ist noch minimal und soll ausgebaut werden.

Beurteilung des Typs «Fachgruppe mit Kernteam»: Im Interview mit dem DemenzCoach zeigt sich, dass diese Organisationsform erfolgreich eine konstante, gut dokumentierte und koordinierte Leistungserbringung aufbauen konnte, in ausgewählten Fällen, welche dem Kernteam zugewiesen wurden. Auch der DemenzCoach ist in diesem Kernteam im Einsatz. Ein Schwachpunkt ist, so zeigt das Interview, auch hier, dass das Kernteam nicht konsequent zum Einsatz kommt, da die Initiative zu dessen Beizug nicht beim Kernteam liegt. Dasselbe gilt für den Beizug der Fachexpertise: Diese ist in der Organisation eine Holschuld, die noch wenig geholt wird, berichtet der Coach. Grundsätzlich scheint die Fachgruppe mit Kernteam in dieser Organisation in sich zwar sehr erfolgreich zu agieren, ist aber schwach in die Organisation eingebunden. Der interviewte Coach weist darauf hin, dass seine Position in der Führungsstruktur schwach sei und es deshalb schwierig sei, etwas zu bewegen. Die Erfahrung, dass gerade transversal angelegte Implementierungen eine gewisse Durchsetzungsmacht brauchen, um greifen zu können, wurde auch im Interview zum oben beschriebenen Typ «Kompetenzteam» deutlich, wo der DemenzCoach eine Führungsfunktion innehat und so bspw. auch durchsetzen konnte, dass Erstabklärungen konsequent über die Kompetenzteams abgewickelt werden. Im Typ «Fachgruppe mit Kernteam» fehlt dem Coach diese Durchsetzungsmacht. Abschliessend lässt sich festhalten, dass die organisationale Verankerung der Fachkompetenz im Organisationstyp «Fachgruppe mit Kernteam» schwach ausgeprägt zu sein scheint, dass aber erfolgreich eine spezialisierte und recovery-orientierte Leistungserbringung für Menschen mit Demenz aufgebaut werden konnte. Die relative Autonomie der Teamorganisation und die Einbindung des DemenzCoach in die Leistungserbringung scheinen Erfolgskriterien dafür zu sein.

Typ «Eigenständiges Demenzteam»: Letzteres zeichnet auch den Typ «Eigenständiges Demenzteam» aus. In dieser Organisation wurde bei der Implementierung des DemenzCoachings von Beginn weg auf die volle Übernahme von Klient\*innen durch das neu gebildete Demenzteam gesetzt, und das Team hatte relativ viel Autonomie in der Ausgestaltung der Leistungserbringung. Das Demenzteam versorgt mehrere Gemeinden und ist innerhalb von 2 bis 3 Jahren auf ein Team von 14 Mitarbeitenden

angewachsen, welches in drei Untergruppen arbeitet. Jede Untergruppe verfügt über mind. einen DemenzCoach, der gleichzeitig auch Fallverantwortliche\*r ist. Die Organisation des Demenzteams zeichnet sich durch Autonomie gegenüber der Gesamt-Spitex und durch flache Hierarchien im Team aus. Gemäss dem interviewten Coach setzt das Demenzteam einen starken Fokus auf gemeinsame Haltungsentwicklung im Team, gleichzeitig werden die einzelnen Mitarbeitenden auf allen Funktionsstufen ermutigt, bei der Umsetzung individuellen Spielraum zu nutzen. Häufiger formeller und informeller Austausch unter den Coaches und den Fallverantwortlichen ist ein weiteres Element, das im Interview als wichtig bezeichnet wird. Darüber hinaus ist laut interviewtem Coach die Investition in Fallführung, Dokumentation und proaktive Kommunikation mit Krankenkassen ein Element, das sich bewährt hat und zu hoher Finanzierungssicherung, auch bei unkonventionellen Arrangements, geführt hat. Basis dafür ist eine extensive Beschreibung und Begründung von Pflegediagnosen und -massnahmen – auch dafür, so der Coach im Interview, war Investition in Kompetenzaufbau und Wissenstransfer ins gesamte Team notwendig, der sich jetzt bewährt. Der interviewte Coach unterstreicht demnach auch, dass der Aufbau des Typs «Eigenständiges Demenzteam», der von Coach und Organisation als sehr erfolgreich beurteilt wird, dadurch gefördert wurde, dass die Geschäftsleitung diesen Aufbau aktiv unterstützt und dafür auch personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt hat. Das Demenzteam in diesem Organisationstyp scheint gefestigt zu sein und investiert ggw. in die Etablierung von Kooperationen mit anderen Leistungserbringern, mit dem Ziel, dass die DemenzCoaches vermehrt auch schon in Versorgungsprozesse einbezogen werden, bevor eine regelmässige Spitexleistung notwendig wird. Insbesondere, so das Ziel gemäss interviewtem Demenzcoach, wird eine Einbindung der Coaches bei Diagnosestellung bspw. in einer Memory-Clinic angestrebt.

**Beurteilung** des Typs «Eigenständiges Demenzteam»: Im Vergleich zu den weiter oben beschriebenen Implementationstypen weist dieser Typ eine klare Prioritätensetzung auf spezialisierte, ‘aus einer Hand’ geleistete Dementia Care mit kleinen, eng kooperierenden Teams auf, die sich bewährt zu haben scheint. Koordinations- und Durchsetzungsaufwände, um eine Fachexpertise einerseits an alle Mitarbeitenden weiterzugeben und andererseits spezifisch beigezogen zu werden, fallen hier weg. Andererseits ist so die Expertise für die Gesamtorganisation nur auf Nachfrage verfügbar, ein Transfer in die somatischen Teams findet so nicht integral statt.

## 5.2 Ergebnisse Expertenworkshop

Ziel des Workshops mit Verantwortlichen aus den am Pilotprojekt beteiligten Spitex-Organisationen war zu diskutieren: Was braucht es von Seiten Organisation, dass man DemenzCoaches erfolgreich in einer Spitex integrieren kann? Folgende Inhalte wurden thematisiert:

- ▶ Die Umsetzung ist je nach Organisationsform, Grösse und zu versorgender Region unterschiedlich; das soll auch so möglich sein.
- ▶ Kleine Organisationen bauen eher auf enge Integration der DemenzCoaches in die somatische Versorgung und die direkte Klient\*innenversorgung; grosse Organisationen machen gute Erfahrungen mit eigenständigen Demenzteams.
- ▶ Die Integration der Demenz-Versorgung in die Psychiatrie-Versorgung hat sich weniger bewährt, dafür aber die enge Verknüpfung mit der somatischen Pflege und den Abklärungen. Auch eine geronto-psychiatrische Ausrichtung hat sich bewährt, welche Kenntnisse und Haltungen aus somatischer und psychiatrischer Versorgung kombiniert. Bedenken in der Organisation, dass sich Demenz-Teams isolieren und den somatischen Teams ‘etwas wegnehmen’, müssen beachtet werden.
- ▶ Coaching-Funktion soll nicht nur für die Kund\*innen, sondern auch für die Mitarbeitenden möglich sein. Regelmässige Reflexionsgefässe wie Fallbesprechungen, Qualitätszirkel etc. fördern dies.
- ▶ Die Coaches brauchen zeitliche Freiräume, um ihre Rolle ausfüllen zu können, damit sie nicht ‘im Alltag ersaufen’; gute Planung und Fallführung ist sehr wichtig, dafür müssen auch Ressourcen gestellt werden. Auch die Leitung der Coaches braucht genug Freiraum, um gestalten zu können. Investition in gute Administration, Dokumentation und Koordination lohnt sich auch bezüglich Abrechenbarkeit der Leistungen. Die erfahrenen Organisationen fokussieren zunehmend auf somatische Leistungen mit erhöhtem Zeitaufwand und auf anleitende, beratende,



koordinative Leistungen; Abrechnung über psychiatrische Leistungen bewährt sich langfristig offenbar weniger.

- ▶ Investition in nachhaltiges Aufbauen der Kompetenz, d.h. mehrere Mitarbeitende in die Weiterbildung schicken; ein angepasstes Weiterbildungsformat auf Sekundär- und Assistenz-Level wäre wünschenswert, auch weil dort mehr Personalressourcen vorhanden sind und damit Kontinuität in der Versorgung besser gewährleistet werden kann.
- ▶ Kritische Schnittstelle: Klärung des Prozesses, wann Fälle an das Demenzteam übergeben werden (i.d.R. dann, wenn Fälle komplex werden und mehr Koordination nötig wird).
- ▶ Coaches müssen 'einen Fuss drin haben': in der Tätigkeit 'an der Front' und in der somatischen Pflege bezüglich Übergabe von Fällen an die Coaches.
- ▶ Vernetzung mit anderen Anbietern wie bspw. Memory-Klinik, Alzheimervereinigung, Pro Senectute führt dazu, dass Anfragen für Klient\*innenbetreuung früher als vorher zur Spitex kommen.
- ▶ Organisationen, welche in der Implementierung fortgeschritten sind, beobachten insgesamt, dass Klient\*innen mit Coaching-Bedarf früher eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung bekommen, dass Angehörige durch das Coaching ihre Betreuungsanteile nachhaltiger leisten können und dass dadurch auch Heimeintritte hinausgezögert werden können.

**Fazit:** Die folgenden förderlichen Bedingungen für die Implementierung von DemenzCoaches wurden als Konsens aus der Evaluation (Selbstevaluation ZSB, Evaluation BFH) zusammengestellt.

- ▶ Konsens bezüglich Haltung: recovery-orientiert, ressourcenorientiert
- ▶ Kommunikation: Beziehung und Vertrauen als Fundament
- ▶ Kontinuität
- ▶ Koordination → DemenzCoaches als «Kümmernde»
- ▶ Kooperation und Vernetzung
- ▶ Kompetenz
- ▶ Kreativität
- ▶ Konzept und Commitment in der Organisation → verankerte Implementierung
- ▶ Kommunikation nach aussen: Öffentlichkeitsarbeit
- ▶ Motiviertes Personal, das sich für die Arbeit mit Menschen mit Demenz interessiert

## 6 Fazit

Von 2017 bis Ende 2019 haben insgesamt 30 diplomierte Pflegefachpersonen aus 12 öffentlichen Spitexorganisationen des Kantons Bern die Weiterbildung zum Demenz Coach besucht. Die Ergebnisse der Evaluation zeigen zusammenfassend, dass der Recovery-Ansatz für das Coaching von Menschen mit einer Demenzerkrankung als vielversprechend angesehen werden kann. Die recovery-orientierte Haltung ist, wie Haltungen grundsätzlich, anspruchsvoll zu vermitteln. Sie kann nicht nur kognitiv erlernt, sondern muss auch geübt werden. Die Fokussierung der Weiterbildung auf Fallbesprechungen, Rollenübungen sowie auf Praxisbegleitungen mit anschliessender Reflexion der eigenen Praxis ermöglicht dies besser als ein rein auf kognitive Vermittlung ausgerichtetes Format. Diese Vermittlungsstrategie ist zwar aufwändig, bewährt sich aber, wie alle Evaluationselemente nahelegen. Erst in der Anwendung im Berufsalltag und in der Reflexion darüber, so betonen einige der Teilnehmenden, werde nachhaltig verständlich, wo das Potenzial einer recovery-orientierten Haltung gegenüber Menschen mit einer Demenzerkrankung liegt und wie sich die Praxis der Spitex dadurch verändern kann.

Die Evaluation der Pilotkurse zeigt aber auch sehr deutlich, dass es nicht ausreicht, einzelne Demenz-Coaches zu schulen, um die Versorgungspraxis zu ändern und das Ziel einer bedürfnisorientierten, Lebensqualität fördernden Begleitung von Menschen mit einer Demenzerkrankung zu erreichen. Es braucht dazu auch gut koordinierte, motivierte und entsprechend gecoachte Teams, und es braucht ein Commitment und entsprechende Ressourcen von Seiten Organisation. Innerhalb der Spitexorganisa-

tionen müssen also entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit der Coaching-Prozess wirksam implementiert werden kann. Dies bedingt eine neue Versorgungsstruktur, in der die geschulten Fachpersonen die kontinuierliche Wegbegleitung von Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihren Angehörigen übernehmen und auch andere Mitarbeitende mit an Bord holen können. Die Schaffung von gut koordinierten Demenzteams und ein Augenmerk auf das Entwickeln einer gemeinsamen Haltung im Team scheinen sich zu bewähren. Regelmässige Rundtischgespräche mit Betroffenen und Involvierten tragen dazu bei, dass auch unkonventionelle Pflege- und Betreuungsarrangements vom ganzen Unterstützungsnetz mitgetragen werden. Zudem, so zeigt die Evaluation, braucht es Investition in sorgfältige Abklärung, Pflegeplanung, Dokumentation und Argumentation gegenüber den Krankenkassen, um die Abrechenbarkeit der dafür notwendigen Spitex-Leistungen zu gewährleisten.

Insgesamt beschreiben sich Organisationen, welche in der Implementierung der DemenzCoach-Rolle fortgeschritten sind, als besser in der Lage, eine früher einsetzende, die Wünsche von Betroffenen und die Ressourcen von Angehörigen berücksichtigende und nachhaltig tragbare Dementia Care zu leisten und damit auch Heimeintritte verhindern resp. verzögern zu können. Die Möglichkeit der kontinuierlich koordinierten Leistungserbringung und der Vernetzung mit anderen Anbietenden trägt dazu bei.