



Südwestfalen-Lippe



# Leitlinienempfehlungen implementieren – Überlegungen und erste Erfahrungen der PreVCo-Studie

Dorothea Sauter

Gefördert durch:



**Gemeinsamer  
Bundesausschuss**  
Innovationsausschuss

# Ablauf

1. Die Leitlinie
2. PreVCo – Ziel, Konzept, Vorgehen
3. Die „operationalisierte Implementierung“
  - 12 Handlungsempfehlungen
  - Einschätzung „PreVCo-Rating“
  - Implementierungsbegleitung
4. Erste Erfahrungen
5. Diskussion und Fazit



# Vorbemerkung

## ...warum Implementieren so wenig klappt....

- Implementierung ist die Überführung von Forschungswissen (Veränderungen) in dauerhaftes Verhalten der Anwender\*innen.
- Praktiker\*innen haben Routinen und wenden Erfahrungswissen an. Sie erlangen dadurch Handlungssicherheit. Neue Verfahren setzen bewährte Routinen aus.
- Kenntnisse über Implementierung sind genauso wichtig wie das Wissen um evidenzbasierte Praktiken.


The British Journal of Psychiatry (2017)  
210, 24–30. doi: 10.1192/bjp.bp.115.179093

Review article

### The evidence–practice gap in specialist mental healthcare: systematic review and meta-analysis of guideline implementation studies

Francesca Girlanda, Ines Fiedler, Thomas Becker, Corrado Barbui and Markus Koesters

**Background**

Clinical practice guidelines are not easily implemented, leading to a gap between research synthesis and their use in routine care.

**Aims**

To summarise the evidence relating to the impact of guideline implementation on provider performance and patient outcomes in mental healthcare settings, and to explore the performance of different strategies for guideline implementation.

**Method**

A systematic review of randomised controlled trials, controlled clinical trials and before-and-after studies comparing guideline implementation strategies v. usual care, and different guideline implementation strategies, in patients with severe mental illness.

**Results**

In total, 19 studies met our inclusion criteria. The studies did not show a consistent positive effect of guideline implementation on provider performance, but a more consistent small to modest positive effect on patient outcomes.

**Conclusions**

Guideline implementation does not seem to have an impact on provider performance, nonetheless it may influence patient outcomes positively.

**Declaration of interest**

None.

**Copyright and usage**

© The Royal College of Psychiatrists 2017.

Clinical practice guidelines have become a standard tool in the attempt to increase the quality of clinical care. Surprisingly, whereas the pathway from evidence generation to evidence synthesis and guideline development is highly developed and sophisticated, the pathway from evidence-based guidelines to evidence-based practice is much less developed.<sup>1</sup> Implementation methods range from simple interventions, such as dissemination of educational material, to more complex and multifaceted interventions, including tutorial and consultation sessions, use of treatment algorithms, reminder systems, audit and feedback and use of psychological theories to overcome obstacles.<sup>2</sup> Whether these implementation strategies are effective in terms of better provider performance and patient outcomes in severe mental illness has been researched in previous systematic reviews.<sup>3–6</sup> Although these reviews found insufficient high-quality evidence to draw firm conclusions on the effects of implementation of psychiatric guidelines, they report modest effects towards an improvement of healthcare provider performance and the clinical conditions of the patients.<sup>3–6</sup> In spite of these findings, guidelines are used to develop quality indicators for healthcare. These indicators usually measure adherence to guideline recommendation under the assumption that an increased adherence to an evidence-based guideline would subsequently lead to improved patient outcomes. Therefore, there is need for up-to-date evidence on guideline implementation in order to verify this assumption. Furthermore, it is relevant to understand how guidelines should be best implemented into practice. In order to shed light on these issues, the present systematic review updated previous research and summarised the evidence on the effects of guideline implementation on provider performance and patient outcomes.

was developed following the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA).<sup>7</sup>

**Study inclusion criteria**

**Types of studies and participants**

This systematic review included randomised controlled trials (RCTs), controlled clinical trials (CCTs) and before-and-after studies. We considered lack of a control condition an exclusion criterion. We included non-RCTs because guideline implementation is complex and often investigated in non-RCTs. Only including RCTs would therefore miss large parts of the evidence available. However, we only conducted the meta-analyses for the RCTs. Study participants were adults of either gender, with a primary diagnosis of schizophrenia or related psychotic disorder, unipolar and bipolar affective disorders and severe depression. As our main interest was the care of patients with severe mental illness, we only included studies with participants recruited and treated in specialist mental healthcare settings. We excluded studies in non-adult populations because of the different treatment process in children and adolescents, which may involve parents.

**Types of intervention**

We considered any active or passive guideline implementation strategy. For the purposes of this review, we defined guidelines as 'systematically developed statements (or algorithms, flow charts or tables) prepared to assist decisions about appropriate healthcare for specific clinical circumstances'.<sup>8</sup> An implementation strategy was defined as 'any planned process and systematic introduction of guidelines with the aim of giving them a structural place in professional practice'.<sup>4</sup> We classified the interventions for implementing guidelines according to a taxonomy developed by

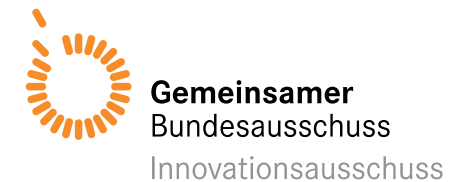


Südwestfalen-Lippe



# 1. Die Leitlinie

Gefördert durch:



# Die Leitlinie

- Publiziert am 24.07.2018.
- Ziel: Handlungsempfehlungen zu allen wichtigen Aspekten des Umgangs mit Zwang und Gewalt zu geben.
- Umfassende Literaturübersicht, 4 systematische Reviews
- Expert\*innenkonsens: Psychiater\*innen, Jurist\*innen, Pflegeexpert\*innen, Betroffene und Angehörige sowie 22 Verbänden und Fachgesellschaften.



# Die Leitlinie

## Empfehlungsgrad A (19x)

- 8x psychopharmakologische Interventionen
- 2x Vorhersageinstrumente/Risikoeinschätzung
- 1x Prävention
- 1x Beziehung und Pflege
- 1x Behandlungsvereinbarungen
- 2x MA-Schulungen und Deeskalation
- 1x Reduktion Zwangseinweisungen
- 1x Zwangsmaßnahmen
- 1x Nachbesprechung
- 1 x komplexe Behandlungsprogramme



# Die Leitlinie

## Empfehlungsgrad B (9x)

- 7x psychopharmakologische Interventionen
- 1x ZM-Festhalten
- 1x Beziehung und Pflege,

## Empfehlungsgrad O (15x)

- 14x psychopharmakologische Interventionen
- 1x Psychotherapie und psychosoziale Interventionen

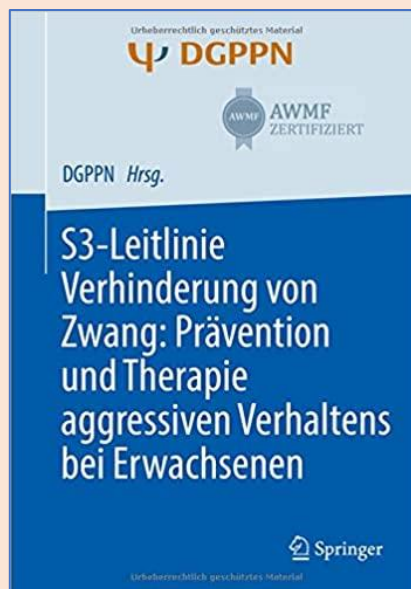
## Expertenkonsens (40x)

## Statements (6x)



## Leitlinienempfehlungen

- 19 Empfehlungen  
Empfehlungsgrad A
- 9 Empfehlungen  
Empfehlungsgrad B
- 15 Empfehlungen  
Empfehlungsgrad 0
- 40 Empfehlungen  
mit Expertenkonsens
- 6 Statements



Behandlung von  
Patienten

12 Implementierungsempfehlungen



Organisation, Handeln  
von Teams



Südwestfalen-Lippe



## 2. PreVCo –

# Ziel, Konzept, Vorgehen

Gefördert durch:



# PreVCo-Pilotstudie

- Vorgehen

5 psychiatrische Stationen; 3 Workshops in 6 Monaten, moderiert von je 2 Implementierungsberater\*innen; jeweils 3 Empfehlungen implementiert; Grad der Umsetzung im Studienzeitraum erhoben, finanziert durch DGPPN e.V.

- Ergebnisse

3 Stationen beenden, beschreibend verbessern sich alle Stationen in dem Grad der Umsetzung der Interventionen, positive Veränderungen auch „außerhalb der 3 Interventionen“, gute Teamprozesse, alle beschreiben Implementierungsprozesse als komplex, alle finden „Coaching“ bereichernd.

→ Machbarkeit bestätigt, Modell hat sich praktisch bewährt; Reduzierung von Zwang nicht untersucht

# PreVCo-Studie

- Ziel
  - Implementierung der Leitlinie und Wirkung bzgl. Reduktion von Zwangsmaßnahmen untersuchen
- Hypothese
  - Die Anzahl von Zwangsmaßnahmen auf psychiatrischen Stationen kann im Vergleich zu Kontrollstationen reduziert werden.
- Design Mixed Methods
  - Multizentrische 1:1 zufalls-gematchte verbundene Studie mit Wartekontrolldesign
  - qualitative Analyse durch Befragungen der Akteur\*innen

# PreVCo-Studie

- **Teilnehmende**
  - 52 (55) psychiatrische Stationen, die zwangseingewiesene Patienten versorgen
- **Intervention „operationalisierte Implementierung“**
  - Implementierungsplan mit drei von 12 umzusetzenden Implementierungsempfehlungen
  - Zielerreichungsscore 0-135 Punkte, gemeinsame Bewertung mit externen Implementierungsberater\*innen
  - Strukturierter, gecoachter Implementierungsprozess
- **Outcome**
  - Zahl von Zwangsmaßnahmen pro Bett und Jahr



Celine Cole



Nya Sliwinski



Rainer  
Muche



Felix Bühling-  
Schindlowski

Marie Kampmann

Stefan Weinmann

Sophie Hirsch

Tilman  
Steinert

Dorothea  
Sauter

Andreas  
Bechdorf

Lille Mahler

Johanna  
Baumgardt

Angelika  
Vandamme

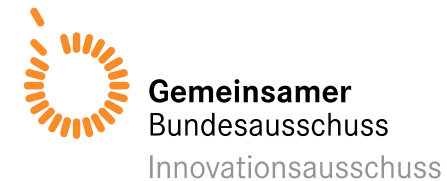


Südwestfalen-Lippe



### 3. Die „operationalisierte Implementierung“

Gefördert durch:



# Operationalisierte Implementierung:

## 12 Implementierungsempfehlungen

- Inhaltlich Abbildung der Leitlinieninhalte
- Konsentiert
- Realisierbar und pragmatisch
- Messbar / einschätzbar

### Empfehlungen für psychiatrische Stationen (12 Punkte-Programm)

1. Führen Sie eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen mit Möglichkeit der regelmäßigen Evaluation auf Stationsebene ein
2. Führen Sie interne, an die Vorgaben der Leitlinie adaptierte Standards bezüglich der Indikation, Durchführung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ein oder überprüfen Sie ggf. vorhandene Standards
3. Führen Sie eine monatliche Teambesprechung, geleitet von der Abteilungs- oder Stationsleitung, ein, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden
4. Führen Sie einen Schulungsplan für alle Beschäftigten mit Patient\*innenkontakt in Deeskalation/Aggressionsmanagement ein und stellen Sie sicher, dass alle Beschäftigten mindestens einmal in zwei Jahren eine entsprechende Schulung erhalten
5. Stellen Sie sicher, dass bei freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierungen) eine kontinuierliche persönliche Betreuung stattfindet
6. Stellen Sie sicher, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient\*innen verbindlich stattfinden und dokumentiert werden
7. Beschäftigen oder beteiligen Sie Genesungsbegleiter\*innen auf der Station
8. Erstellen Sie einen Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich
9. Führen Sie eine Risikoerkennung mit der Brøset Violence Checklist (BVC) oder einem anderen Instrument bei allen Risikopatient\*innen nach klinischer Einschätzung ein und stellen Sie sicher, dass daraus auch klinische Konsequenzen erfolgen, z.B. bei Punktwerten ab BVC 2 eine Kontaktaufnahme mit der/dem Patientin/Patienten zur Deeskalation innerhalb einer halben Stunde durch in der Regel mindestens zwei Personen
10. Empfehlen Sie allen Patient\*innen nach der Durchführung einer Zwangsmaßnahme die Erstellung einer Patientenverfügung oder bieten Sie ihnen eine Behandlungsvereinbarung zur Verhinderung weiterer Zwangsmaßnahmen an
11. Führen Sie Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ein (orientiert an der S3-Leitlinie in Bezug auf aggressives Verhalten, aber auch den störungsspezifischen anderen S3-Leitlinien zur „leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung“), z.B. einmal monatliche Überprüfung in Zufallsstichproben oder regelmäßige Besprechung im Rahmen von Visiten
12. Führen Sie Safewards oder andere komplexe Interventionen, die in einzelne Module operationalisierbar sind, ein

# Operationalisierte Implementierung:

## 12 Implementierungsempfehlungen

### Beispiel Empfehlung 3

Führen Sie eine monatliche Teambesprechung, geleitet von der Abteilungs- oder Stationsleitung ein, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden.

#### Empfehlungen für psychiatrische Stationen (12 Punkte-Programm)

1. Führen Sie eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen mit Möglichkeit der regelmäßigen Evaluation auf Stationsebene ein
2. Führen Sie interne, an die Vorgaben der Leitlinie adaptierte Standards bezüglich der Indikation, Durchführung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ein oder überprüfen Sie ggf. vorhandene Standards
3. Führen Sie eine monatliche Teambesprechung, geleitet von der Abteilungs- oder Stationsleitung, ein, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden
4. Führen Sie einen Schulungsplan für alle Beschäftigten mit Patient\*innenkontakt in Deeskalation/Aggressionsmanagement ein und stellen Sie sicher, dass alle Beschäftigten mindestens einmal in zwei Jahren eine entsprechende Schulung erhalten
5. Stellen Sie sicher, dass bei freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierungen) eine kontinuierliche persönliche Betreuung stattfindet
6. Stellen Sie sicher, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient\*innen verbindlich stattfinden und dokumentiert werden
7. Beschäftigten oder beteiligen Sie Genesungsbegleiter\*innen auf der Station
8. Erstellen Sie einen Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich
9. Führen Sie eine Risikoerkennung mit der Brøset Violence Checklist (BVC) oder einem anderen Instrument bei allen Risikopatient\*innen nach klinischer Einschätzung ein und stellen Sie sicher, dass daraus auch klinische Konsequenzen erfolgen, z.B. bei Punktwerten ab BVC 2 eine Kontaktaufnahme mit der/dem Patientin/Patienten zur Deeskalation innerhalb einer halben Stunde durch in der Regel mindestens zwei Personen
10. Empfehlen Sie allen Patient\*innen nach der Durchführung einer Zwangsmaßnahme die Erstellung einer Patientenverfügung oder bieten Sie ihnen eine Behandlungsvereinbarung zur Verhinderung weiterer Zwangsmaßnahmen an
11. Führen Sie Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ein (orientiert an der S3-Leitlinie in Bezug auf aggressives Verhalten, aber auch den störungsspezifischen anderen S3-Leitlinien zur „leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung“), z.B. einmal monatliche Überprüfung in Zufallsstichproben oder regelmäßige Besprechung im Rahmen von Visiten
12. Führen Sie Safewards oder andere komplexe Interventionen, die in einzelne Module operationalisierbar sind, ein

# Operationalisierte Implementierung:

## 12 Implementierungsempfehlungen

### Beispiel Empfehlung 6

Stellen Sie sicher, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient\*innen verbindlich stattfinden und dokumentiert werden.

#### Empfehlungen für psychiatrische Stationen (12 Punkte-Programm)

1. Führen Sie eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen mit Möglichkeit der regelmäßigen Evaluation auf Stationsebene ein
2. Führen Sie interne, an die Vorgaben der Leitlinie adaptierte Standards bezüglich der Indikation, Durchführung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ein oder überprüfen Sie ggf. vorhandene Standards
3. Führen Sie eine monatliche Teambesprechung, geleitet von der Abteilungs- oder Stationsleitung, ein, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden
4. Führen Sie einen Schulungsplan für alle Beschäftigten mit Patient\*innenkontakt in Deeskalation/Aggressionsmanagement ein und stellen Sie sicher, dass alle Beschäftigten mindestens einmal in zwei Jahren eine entsprechende Schulung erhalten
5. Stellen Sie sicher, dass bei freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierungen) eine kontinuierliche persönliche Betreuung stattfindet
6. Stellen Sie sicher, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient\*innen verbindlich stattfinden und dokumentiert werden
7. Beschäftigen oder beteiligen Sie Genesungsbegleiter\*innen auf der Station
8. Erstellen Sie einen Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich
9. Führen Sie eine Risikoerkennung mit der Brøset Violence Checklist (BVC) oder einem anderen Instrument bei allen Risikopatient\*innen nach klinischer Einschätzung ein und stellen Sie sicher, dass daraus auch klinische Konsequenzen erfolgen, z.B. bei Punktwerten ab BVC 2 eine Kontaktaufnahme mit der/dem Patientin/Patienten zur Deeskalation innerhalb einer halben Stunde durch in der Regel mindestens zwei Personen
10. Empfehlen Sie allen Patient\*innen nach der Durchführung einer Zwangsmaßnahme die Erstellung einer Patientenverfügung oder bieten Sie ihnen eine Behandlungsvereinbarung zur Verhinderung weiterer Zwangsmaßnahmen an
11. Führen Sie Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ein (orientiert an der S3-Leitlinie in Bezug auf aggressives Verhalten, aber auch den störungsspezifischen anderen S3-Leitlinien zur „leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung“), z.B. einmal monatliche Überprüfung in Zufallsstichproben oder regelmäßige Besprechung im Rahmen von Visiten
12. Führen Sie Safewards oder andere komplexe Interventionen, die in einzelne Module operationalisierbar sind, ein

# Operationalisierte Implementierung:

## 12 Implementierungsempfehlungen

### Beispiel Empfehlung 8

Erstellen Sie einen Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich.

#### Empfehlungen für psychiatrische Stationen (12 Punkte-Programm)

1. Führen Sie eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen mit Möglichkeit der regelmäßigen Evaluation auf Stationsebene ein
2. Führen Sie interne, an die Vorgaben der Leitlinie adaptierte Standards bezüglich der Indikation, Durchführung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ein oder überprüfen Sie ggf. vorhandene Standards
3. Führen Sie eine monatliche Teambesprechung, geleitet von der Abteilungs- oder Stationsleitung, ein, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden
4. Führen Sie einen Schulungsplan für alle Beschäftigten mit Patient\*innenkontakt in Deeskalation/Aggressionsmanagement ein und stellen Sie sicher, dass alle Beschäftigten mindestens einmal in zwei Jahren eine entsprechende Schulung erhalten
5. Stellen Sie sicher, dass bei freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierungen) eine kontinuierliche persönliche Betreuung stattfindet
6. Stellen Sie sicher, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient\*innen verbindlich stattfinden und dokumentiert werden
7. Beschäftigen oder beteiligen Sie Genesungsbegleiter\*innen auf der Station
8. Erstellen Sie einen Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich
9. Führen Sie eine Risikoerkennung mit der Brøset Violence Checklist (BVC) oder einem anderen Instrument bei allen Risikopatient\*innen nach klinischer Einschätzung ein und stellen Sie sicher, dass daraus auch klinische Konsequenzen erfolgen, z.B. bei Punktwerten ab BVC 2 eine Kontaktaufnahme mit der/dem Patientin/Patienten zur Deeskalation innerhalb einer halben Stunde durch in der Regel mindestens zwei Personen
10. Empfehlen Sie allen Patient\*innen nach der Durchführung einer Zwangsmaßnahme die Erstellung einer Patientenverfügung oder bieten Sie ihnen eine Behandlungsvereinbarung zur Verhinderung weiterer Zwangsmaßnahmen an
11. Führen Sie Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ein (orientiert an der S3-Leitlinie in Bezug auf aggressives Verhalten, aber auch den störungsspezifischen anderen S3-Leitlinien zur „leitliniengerechten Behandlung der Grunderkrankung“), z.B. einmal monatliche Überprüfung in Zufallsstichproben oder regelmäßige Besprechung im Rahmen von Visiten
12. Führen Sie Safewards oder andere komplexe Interventionen, die in einzelne Module operationalisierbar sind, ein

# Operationalisierte Implementierung:

## 12 Implementierungsempfehlungen

### Beispiel Empfehlung 12

Führen Sie Safewards oder andere komplexe Interventionen, die in Modulen operationalisierbar sind, ein - z.B. Weddinger Modell, Six Core Strategies.

#### Empfehlungen für psychiatrische Stationen (12 Punkte-Programm)

1. Führen Sie eine standardisierte Erfassung von Zwangsmaßnahmen und aggressiven Übergriffen mit Möglichkeit der regelmäßigen Evaluation auf Stationsebene ein
2. Führen Sie interne, an die Vorgaben der Leitlinie adaptierte Standards bezüglich der Indikation, Durchführung, Überprüfung, Dokumentation und Nachbesprechung von Zwangsmaßnahmen ein oder überprüfen Sie ggf. vorhandene Standards
3. Führen Sie eine monatliche Teambesprechung, geleitet von der Abteilungs- oder Stationsleitung, ein, in der die Daten zu Zwangsmaßnahmen und aggressiven Vorfällen analysiert und die Hintergründe besprochen werden
4. Führen Sie einen Schulungsplan für alle Beschäftigten mit Patient\*innenkontakt in Deeskalation/Aggressionsmanagement ein und stellen Sie sicher, dass alle Beschäftigten mindestens einmal in zwei Jahren eine entsprechende Schulung erhalten
5. Stellen Sie sicher, dass bei freiheitsbeschränkenden/-entziehenden Zwangsmaßnahmen (Fixierung, Isolierungen) eine kontinuierliche persönliche Betreuung stattfindet
6. Stellen Sie sicher, dass Nachbesprechungen nach Zwangsmaßnahmen mit den betroffenen Patient\*innen verbindlich stattfinden und dokumentiert werden
7. Beschäftigen oder beteiligen Sie Genesungsbegleiter\*innen auf der Station
8. Erstellen Sie einen Aktionsplan für die aggressionsmindernde Gestaltung der räumlichen Umgebung auf der Station und überprüfen Sie diesen jährlich
9. Führen Sie eine Risikoerkennung mit der Brøset Violence Checklist (BVC) oder einem anderen Instrument bei allen Risikopatient\*innen nach klinischer Einschätzung ein und stellen Sie sicher, dass daraus auch klinische Konsequenzen erfolgen, z.B. bei Punktwerten ab BVC 2 eine Kontaktaufnahme mit der/dem Patientin/Patienten zur Deeskalation innerhalb einer halben Stunde durch in der Regel mindestens zwei Personen
10. Empfehlen Sie allen Patient\*innen nach der Durchführung einer Zwangsmaßnahme die Erstellung einer Patientenverfügung oder bieten Sie ihnen eine Behandlungsvereinbarung zur Verhinderung weiterer Zwangsmaßnahmen an
11. Führen Sie Maßnahmen zur Sicherstellung einer leitliniengerechten Pharmakotherapie ein (orientiert an der S3-Leitlinie in Bezug auf aggressives Verhalten, aber auch den störungsspezifischen anderen S3-Leitlinien zur „leitliniengerechte Behandlung der Grunderkrankung“), z.B. einmal monatliche Überprüfung in Zufallsstichproben oder regelmäßige Besprechung im Rahmen von Visiten
12. Führen Sie Safewards oder andere komplexe Interventionen, die in einzelne Module operationalisierbar sind, ein

# Operationalisierte Implementierung: Einschätzungsinstrument „PreVCo-Rating“

## Beispiel Empfehlung 6

- (0) Es finden keine Nachbesprechungen statt.
- (3) xxx
- (6) xxx
- (9) Bei erfolgten Zwangsmaßnahmen werden den Patient\*innen regelmäßig Nachbesprechungen angeboten, diese werden gemäß einem Leitfaden\* durchgeführt und dokumentiert und es werden Vereinbarungen bezüglich der Vermeidung künftiger Zwangsmaßnahmen getroffen. Es nehmen der/die behandelnde Arzt/Ärztin und eine Bezugspflegeperson sowie auf Wunsch der/des Patientin/Patienten weitere Vertrauenspersonen oder an der Zwangsmaßnahme beteiligten Personen teil.

## Operationalisierte Implementierung II: Strukturierter Implementierungsprozess

- Erfolgsfaktoren sind Güte der Evidenz\*, gelingendes Barrierenmanagement, guter organisationaler Kontext, klare Strukturen, geeignete/kombinierte Implementierungs-strategien

\*Passung – zur Situation & kompatibel mit Werten / Aktualität / Anwendbarkeit?

(Grol / Grimshaw, 2003)

- Standardisiert & messbar

Implementierungsberatende

Gemeinsames Rating

Auswahl 3 von 12 Punkten

Einheitliches Vorgehen



## Operationalisierte Implementierung II: Strukturierter Implementierungsprozess

Beratung der Stationsteams bei Auswahl der drei Empfehlungen, Erarbeitung Implementierungsziele und –plan, Barrierenanalyse und –management, Monitoring und Messung Fortschritt, etc.

(Orientierung an OMRU, Logan & Graham, 2010)

Implementierungsberatende

Gemeinsames Rating

Auswahl 3 von 12 Punkten

Einheitliches Vorgehen





Südwestfalen-Lippe



## 4. Erste Erfahrungen

Gefördert durch:



## die 55 teilnehmenden Stationen

- Hohe Heterogenität bzgl. Häufigkeit Zwangs-maßnahmen und Umsetzung Leitlinien-empfehlungen; aber wohl auch „Deckeneffekt“
- hohe Heterogenität bzgl. Versorgungsauftrag/ Fachwissen / Konzeptualisierung / multiprof. Zusammenarbeit / und überhaupt...
- hoher Veränderungswille, Thematik ist bedeutsam
- Niemand will in eine Wartegruppe, wenn die Idee für die Veränderung da ist...

## die 55 teilnehmenden Stationen

- Rekrutierung und Auftaktworkshops zur Bestandsaufnahme wirken bereits als Intervention
- Dankbar für fachliches Input, Zuspruch zur Konzeptualisierung der Studienplanung  
Leitlinie/Leitlinieninhalte waren vielerorts nicht berufsgruppenübergreifend bekannt
- Dankbar für die „Abläufe & Schritte der Implementierungsprozesse“ Support zu haben
- Keine/marginale kritische Diskussion der 12 Empfehlungen

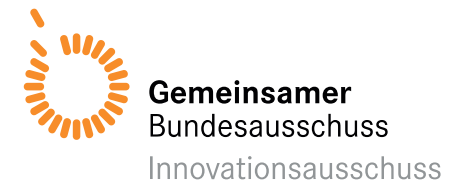


Südwestfalen-Lippe



## 5. Diskussion und Fazit

Gefördert durch:



## Bzgl. Leitlinien-Implementierung

### Feedbacks /Erfahrungen der Auftaktworkshops passen zu den Rückmeldungen der Pilotstationen

- Zentral: Gemeinsame Ziel- und Strategieerarbeitung, alle einbezogen, kein „top down“ (incl. ein geschmeidiger Umgang mit Barrieren), viele „setzen den Hut auf“.
- „Zusatzeffekte“: Verbesserte Reflektion, mehr multiprof. Kommunikation (Pilotstationen: veränderte Haltung)

GENERELL bestätigen die Auftaktworkshops, dass es in der Republik keine wirksamen flächendeckenden Verfahren gibt, um LL-Inhalte berufsgruppen-übergreifend bekannt und in der Praxis anwendbar zu machen!

## Bzgl. Implementierungsprozesse

- Individuell passend zuschneiden  
→ die „Evidenz“ UND die Strategie  
Dabei CAVE: „Leitlinien-Treue“ und „Standardisierbarkeit“ versus individueller Passung
- „Implementieren ist Barrierenmanagement, Barrierenmanagement ist Beziehung“
- Auch: ein konkretes strukturiertes gecoachtes Vorgehen scheint hohen Zuspruch zu finden

# Das aktuelle Fazit zur PreVCo-Studie

- Wohl eine der bislang umfänglichsten RCT zum Thema
- Möglicherweise werden wir belegen, dass die 12 Implementierungsempfehlungen zusammen mit strukturierter Implementierung ein kraftvolles und wirksames Tool für psychiatrische Stationen sind
- In jedem Fall werden wir viel über Leitlinienimplementierung lernen
- In jedem Fall macht die Zusammenarbeit mit engagierten Stationsteams viel Freude 😊...



Südwestfalen-Lippe



# Herzlichen Dank

Dorothea Sauter

[dorothea.sauter@zfp-zentrum.de](mailto:dorothea.sauter@zfp-zentrum.de)

[info@prevco.de](mailto:info@prevco.de)

[www.prevco.de](http://www.prevco.de)

Gefördert durch:

