



universität
wien

Fakultät für Sozialwissenschaften
Institut für Pflegewissenschaft

ENDBERICHT

Forschungsprojekt „Innovation Landespflegeheime“ in Niederösterreich (INOP-NÖ)

Projektleitung:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Wissenschaftliche Planung und Bearbeitung:

Christiane Hildebrandt, MA

Mag. Eva Faul

Institut für Pflegewissenschaft

Alser Straße 23/12

1080 Wien – Österreich

T +43-1-4277-498 01

hanna.mayer@univie.ac.at

Wien, 18. Oktober 2015

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort	7
2	Hintergrund und Projektziel.....	8
3	Theoretische Überlegungen zur Konzeption eines Rahmenkonzeptes.....	10
4	Methodische Vorgehensweise.....	11
5	Ergebnisse	15
5.1	Das Rahmenkonzept – ein Überblick.....	15
5.1.1	Ressourcen	17
5.1.2	Modell der Grundprinzipien.....	17
5.1.3	Interventionen.....	39
5.1.4	Outcomes	41
5.1.5	Impact.....	47
6	Resümee Innovationspotential.....	47
7	Angehörige.....	48
8	Ausblick	52
9	Literaturverzeichnis	54

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Zwei-säuliges Forschungsmodell	8
Abbildung 2 Abstraktion eines Rahmenkonzepts	10
Abbildung 3 (in Anlehnung an die W.K. Kellogg Stiftung, 2004)	11
Abbildung 4 Empirische Vorgehensweise bei der Entwicklung des Rahmenkonzepts.....	12
Abbildung 5 Modell der Grundprinzipien	18
Abbildung 6 Ausschnitt Rahmenkonzepttabelle zu Interventionen	40
Abbildung 7 Ausschnitt Rahmenkonzepttabelle zu (Qualitäts)Outcomes/Indikatoren/Mess- bzw. Assessmentinstrumente	41

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Interventionen zur Personenzentrierung	21
Tabelle 2 Interventionen für individuell angepasste Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege.....	23
Tabelle 3 Interventionen für eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden	32
Tabelle 4 Interventionen für frei sein in Entscheidungen.....	34
Tabelle 5 Interventionen für Identität und Selbstwert erhalten und entfalten	35
Tabelle 6 Interventionen für bedeutungsvoll den Alltag und das Leben gestalten.....	37
Tabelle 7 Interventionen für angemessen an der Gesellschaft und dem Zeitgeschehen teilhaben können	39
Tabelle 8 Interventionen zur Förderung der Angehörigeninklusion.....	49

1 Vorwort

Das vorliegende Forschungskonzept wurde in einem Gespräch mit Herrn Dir. Mattersberger und Frau Mag. Lattacher und Vertreterinnen des Instituts für Pflegewissenschaft als Teil des Projektes „Innovation Landespflegeheime in Niederösterreich“ initiiert.

Hintergrund des Projekts ist eine Gesamtkonzeption zur Innovation der Landespflegeheime in NÖ mit dem Schwerpunkt kognitiv beeinträchtigter (demenzkranker) BewohnerInnen. Ausgehend von dieser sollte ein Rahmenkonzept für die Betreuung von (demenzkranken) BewohnerInnen entwickelt werden, bei welchem vor allem der Kontext - Niederösterreich mit seiner regionalen und kulturellen Vielfalt – berücksichtigt werden muss. Dabei ist neben der wissenschaftlichen Fundierung die Perspektive der MitarbeiterInnen, als zukünftige Hauptakteure für die Umsetzung des Betreuungskonzeptes, wichtig, weshalb diese als eine zentrale Datenquelle in das Projekt einbezogen wurde. Aus diesem Grund wurde für die Entwicklung eines 2-säuligen Forschungsmodells gewählt. Mit diesem Vorgehen können aktuelle, internationale und evidenzbasierte Forschungsliteratur mit regionalem Praxiswissen und Handlungserfahrungen der MitarbeiterInnen aus den Regionen verknüpft werden.

Das resultierende Konzept sollte Innovationscharakter haben, wissenschaftlich basiert sein sowie „best practice“ berücksichtigen und ausreichend flexibel sein, um die Einbeziehung bereits vorhandener regionaler Gegebenheiten und damit zukünftig eine nachhaltige Strukturierung der Betreuungsvielfalt für alle 48 öffentlichen Landespflegeheime in Niederösterreich zu ermöglichen.

Das Projekt INOP-NÖ beinhaltet bisher:

- Die Entwicklung des Rahmenkonzepts (als zentrales Projekt).
- Die wissenschaftliche Hinterlegung von Indikatoren, die grundsätzlich den Erfolg des Gesamtprojektes „Innovative Pflegeheime NÖ“ abbilden können.
- Eine Vollerhebung der Arbeitszufriedenheit und spezifischen Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal sowie eine Vollerhebung zur Beurteilung der Pflegeheime durch die Angehörigen, die u. a. als Basisdaten für einen Veränderungsprozess dienen.

2 Hintergrund und Projektziel

Im Rahmen der Umsetzung eines Innovationprojektes wurde die Arbeitsgruppe "Leben entfalten - Zukunft gestalten" gegründet. Aus dieser Gruppe entstammte die Idee eines Rahmenkonzeptes für alle 48 Landespflegeheime in Niederösterreich. **Zwei Perspektiven** sind für die Entwicklung und Umsetzung zentral - die der Wissenschaft und der Praxis (s. Abbildung 1). Dies garantiert, dass sowohl aktuelle, internationale und evidenzbasierte Studienergebnisse mit regionalem Praxiswissen und innovativen Ideen und Visionen der MitarbeiterInnen aus den Regionen Umsetzung finden.

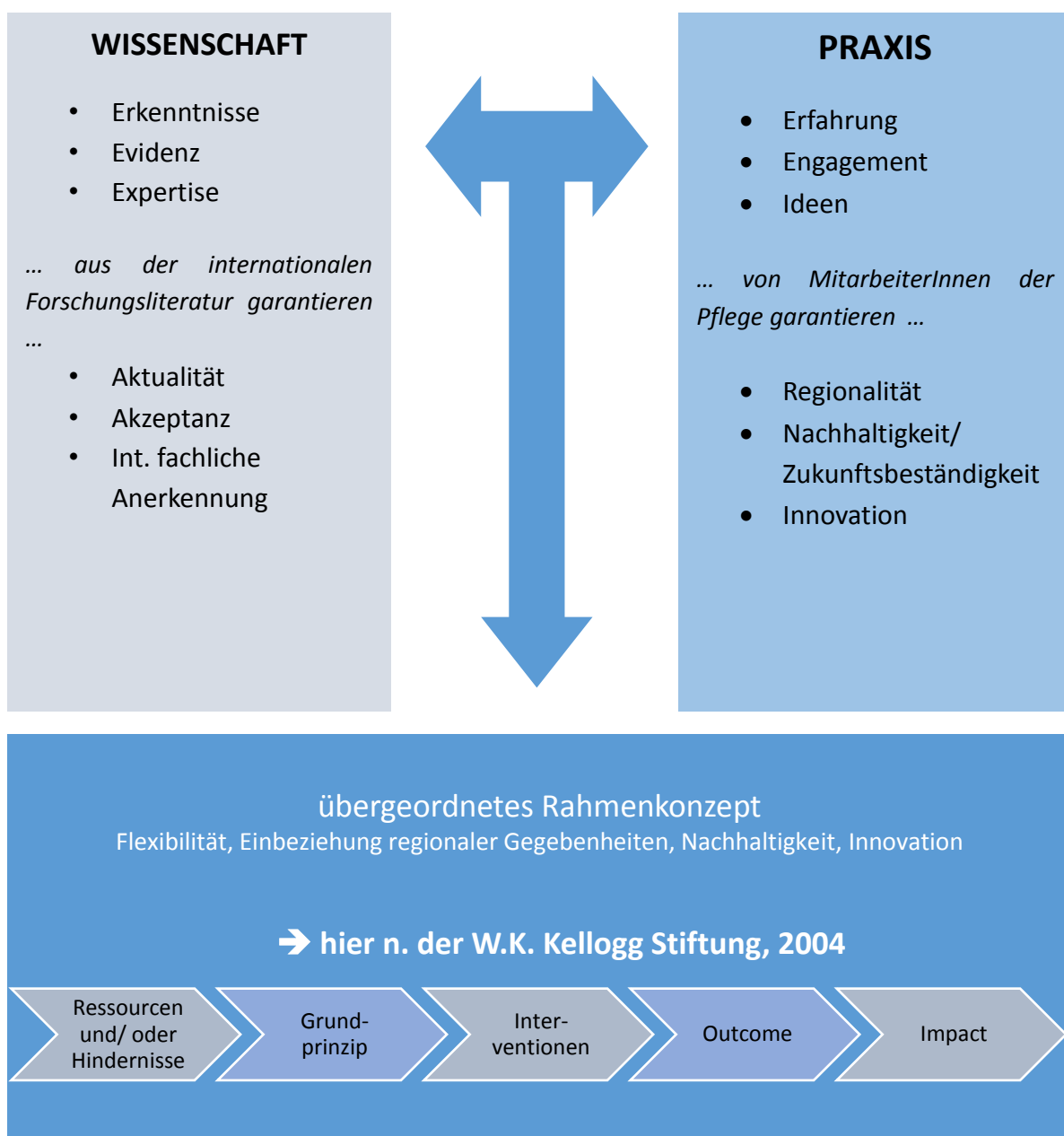


Abbildung 1 Zwei-säuliges Forschungsmodell

Regionale Gegebenheiten, kulturelle Vielfalt und bestehende Betreuungskonzepte bis hin zur demenzgerechten Versorgung in Kleinwohngruppen (z. B. von Kleinwohngruppen für BewohnerInnen mit schwerer Demenz) finden in diesem innovativen Pflege- und Betreuungskonzept Berücksichtigung.

Laut der Pflegedienstleistungsstatistik lebten im Jahr 2012 in Österreich rund 71.800 Personen in stationären Pflegeeinrichtungen (15 % der PflegegeldbezieherInnen in NÖ), wobei demenzielle Erkrankungen mit rund 43 Prozent der häufigste Grund für die Einweisung in ein Pflegeheim ist (BMASK; S. 106). Bis zum Jahr 2050 wird (im Vergleich zum Jahr 2000) ein Anstieg demenzieller Erkrankungen um einen Faktor 2,8 angenommen und den Prognosen zufolge wird die Anzahl an demenzerkrankten Personen von 90.500 im Jahr 2000 auf 262.200 im Jahr 2050 ansteigen (ebd.; S. 19ff.). Zudem kann man davon ausgehen, dass die Prävalenz und Inzidenz demenzkranker Menschen ab einem Lebensalter von 60 Jahren deutlich zunehmen (ebd.; S. 27). Daher gilt im vorliegenden Projekt ein besonderes Augenmerk den **BewohnerInnen mit kognitiven Beeinträchtigungen** (demenzerkrankter BewohnerInnen mit unterschiedlichen Schweregraden).

Auch die demenzgerechten (Klein)wohngruppen sollen durch das Pflege- und Betreuungskonzept Berücksichtigung finden, da sich in Studien positive Effekte im Vergleich zu traditionellen Pflegeheimen feststellen lassen. So sind BewohnerInnen zum Beispiel selbständiger, erhalten weniger freiheitseinschränkende Maßnahmen (te Boekhorst et al., 2009), mehr Aufmerksamkeit und angemessene Anregungen (Heeg, Kuhn & Radzey, 2004). Auch die wohnliche Umgebungsgestaltung bietet dadurch Handlungsspielraum sowie Überschaubarkeit und Alltagsnähe, die das Gefühl des „Zuhause-Seins“ fördert (ebd., 2004). Dadurch ist eine *individuelle und personenzentrierte Demenzversorgung in Verbindung mit speziellen Betreuungskonzepten möglich* (BMASK, 2008; S. 12), weshalb Hausgemeinschaften und Wohngemeinschaften Betreuungsformen sind, *die das Erleben von Alltagssituationen stärken und fördern und somit für demenzbetroffene Menschen vorteilhaft sind.* (ebd., 2008; S. 16).

Auftrag und zugleich **Projektziel** stellt die Vorlage eines Rahmenkonzeptes dar, welches den anfänglich geschilderten Erfordernissen entspricht und zugleich Innovation, Umsetzbarkeit und langfristige Nachhaltigkeit garantiert. Das Konzept kann an den Anforderungen zukünftiger Generationen angepasst werden und in Übereinstimmung mit den MitarbeiterInnen der NÖ Landespflegeheime Anwendung finden.

3 Theoretische Überlegungen zur Konzeption eines Rahmenkonzeptes

Ein Rahmenkonzept sagt aus, dass es nicht um konkrete Handlungsanweisungen geht, sondern um einen Rahmen, der Grundsätze und Kernelemente beschreibt, in dem das konkrete Handeln stattfindet (Bartholomeyczik et al., 2006).

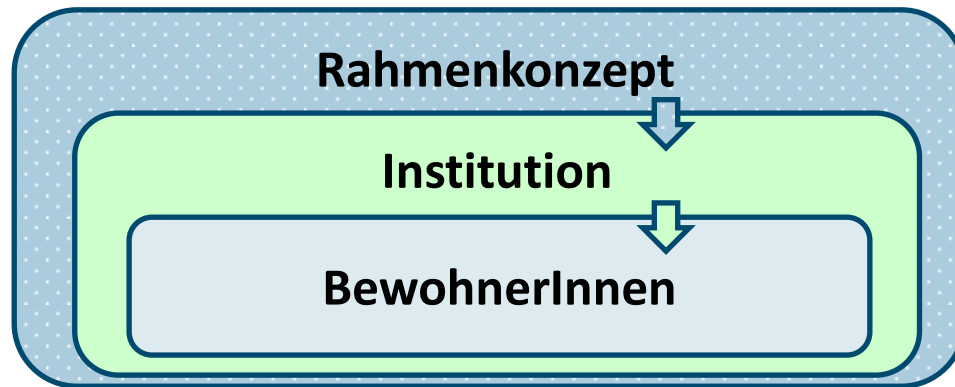


Abbildung 2 Abstraktion eines Rahmenkonzepts

Das Konzept kann dabei auf einzelne Institutionen, in denen die einzelnen Aspekte des Rahmenkonzepts mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten, wie zum Beispiel die Ausrichtung an das entsprechende Klientel oder auch regionale Anforderungen und Gegebenheiten, herunter-gebrochen werden. Außerdem kann das Rahmenkonzept auf den einzelnen Bewohner/die einzelne Bewohnerin übertragen werden, wie sich zum Beispiel bei der Aufnahme neuer BewohnerInnen die jeweiligen Grundprinzipien in der direkten pflegerischen Betreuung umsetzen lassen. Jede Institution kann dabei definieren, wie das Rahmenkonzept ausgeformt und welche individuellen Parameter festgelegt werden. Das Konzept bietet aber auch den notwendigen gemeinsamen Rahmen und Qualitätsausrichtung, in dem man sich bewegt (→ ein Merkmal für Innovation).

Dabei existieren verschiedene Arten, wie man solche Konzepte entwickeln kann. Im vorliegenden Projekt basieren die theoretischen Überlegungen einer Rahmenkonzeptentwicklung auf dem Logik-Modell in Anlehnung an die W.K. Kellogg Stiftung (2004), in dem geplante Maßnahmen der Landespflegeheime (Einsatz notwendiger Ressourcen um Interventionen auszuführen) mit den beabsichtigten Ergebnissen (Outcome, Impact) verbunden werden. Anhand des Logik-Modells gliedert sich das Rahmenkonzept in

Ressourcen, Grundprinzipien (im Original „Ziele“), Interventionen, Outcomes¹ und den Impact (s. nachfolgende Grafik).

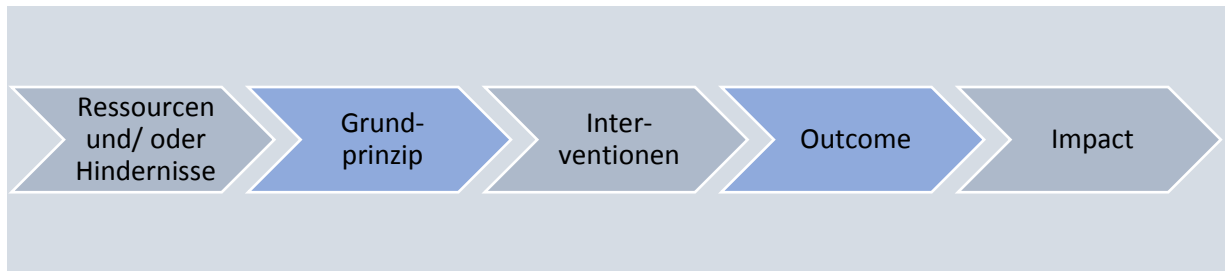


Abbildung 3 (in Anlehnung an die W.K. Kellogg Stiftung, 2004)

4 Methodische Vorgehensweise

Der Prozess wurde aktionsorientiert (d.h. in abwechselnden Phasen der Erarbeitung und des Feedbacks, der Reflexion), partizipativ (d.h. unter größtmöglicher Mitbeteiligung der Pflegenden) gestaltet. Dabei wurden bewusst ganz unterschiedliche Datenquellen (Literatur, Besichtigungen, ExpertInnengespräche, Fokusgruppen, Panel-Veranstaltungen) der Analyse zugrunde gelegt (s. Abbildung 4).

¹ Parameter an denen der Erfolg von Interventionen sichtbar gemacht werden kann.

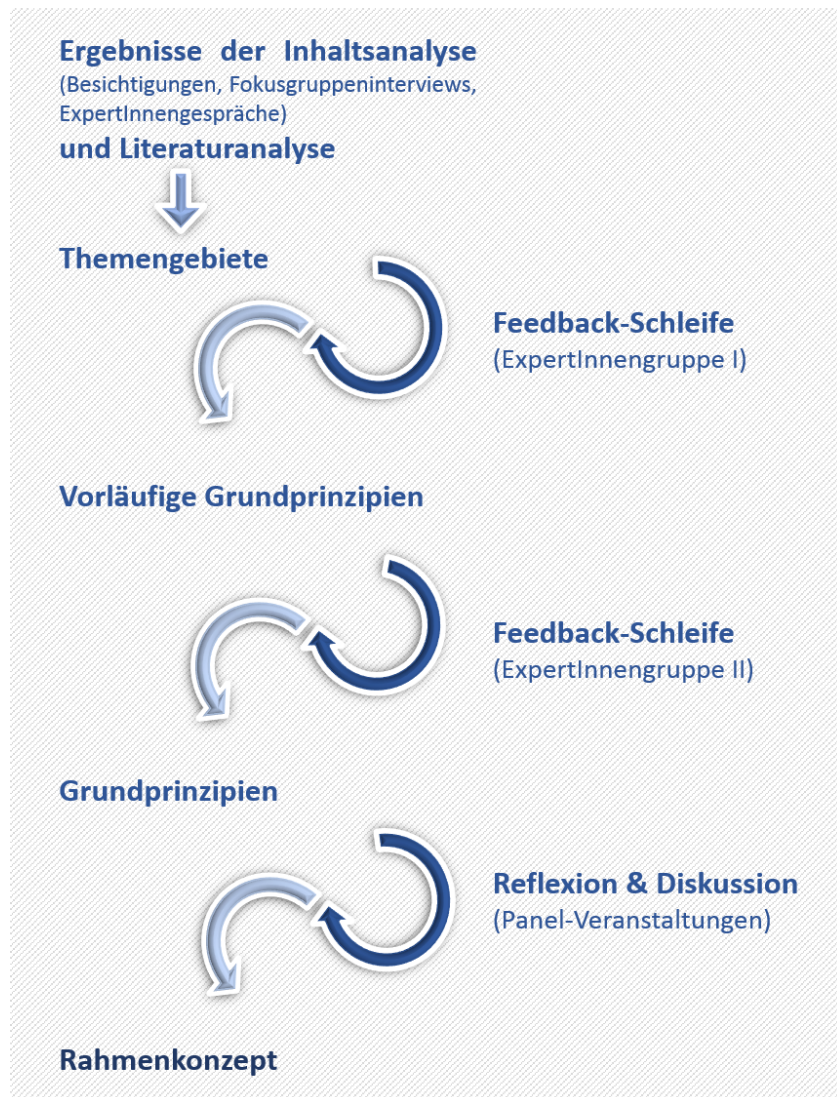


Abbildung 4 Empirische Vorgehensweise bei der Entwicklung des Rahmenkonzepts

Die kontinuierliche Literaturrecherche wurde von 2014 bis 2015 in internationaler Literaturdatenbanken wie CINAHL oder Pubmed, bzw. in Google Scholar durchgeführt (Suchzeitraum zwischen 2005 bis 2015). Nach einer ersten groben Ordnung von möglichen Themenbereichen anhand dieser Literatur wurden Interviewleitfäden mit Fragenkomplexen für die FokusgruppenteilnehmerInnen erstellt.

Gruppen-Interviews und ihre Auswertungen

Die Auswahl der TeilnehmerInnen wurde im Hinblick auf eine möglichst hohe Heterogenität bezüglich der beruflichen Tätigkeit, der Lage und Größe des Landespflegeheims in NÖ, sowie

der verschiedenen Betreuungs- und Pflegeformen ausgewählt, die schlussendlich an der jeweiligen Fokusgruppe teilnahmen (43 Personen; zwischen 9 und 13 TeilnehmerInnen je Gruppe). Dabei erhielten alle potentiellen TeilnehmerInnen ein Informationsschreiben zu dem Hintergrund des Projektes und den Zielen der Fokusgruppen-Interviews per E-Mail zugesendet.

Die Fokusgruppen-Interview wurden durch die ModeratorInnen zunächst durch eine allgemeine Vorstellung des Forschungsvorhabens und der Zielsetzung der Interviews eingeleitet. Danach wurden Initialfragen gestellt, um eine Diskussion in Gang zu setzen, entstehende Gespräche aufrechtzuerhalten und zu moderieren (Mayer, 2015). Der Ablauf der Fokusgruppen-Interviews war wie folgt:

- 1.) Begrüßung und Vorstellung
- 2.) Warming-up und thematische Einstiegsphase
- 3.) Hauptdiskussions- und Fokussierungsphase
- 4.) Abschlussphase und Zusammenfassung (Mayer, 2015; S. 229).

Die Interviews wurden erzählerorientiert mit anregenden und leitenden Fragen mit einer Dauer von jeweils circa 3 Stunden durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte im Oktober 2014 in den vier Regionen Niederösterreichs und die Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie war seitens der UmsetzerInnen sehr groß.

Nach dieser anfänglichen Einführung startete die Moderatorin mit der Frage nach den Angeboten der einzelnen Heime an Betreuungs- und Pflegeangeboten und den Erfahrungen mit diesen (Ist-Analyse). Die TeilnehmerInnen hatten so die Möglichkeit, alle für sie wichtigen Bereich anzusprechen, unabhängig davon, ob diese als gut oder als verbesserungswürdig eingestuft wurden. Die zweite Moderatorin notierte derweilen die genannten Themen mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen auf Kärtchen. So konnten im Anschluss der Hauptdiskussion noch einmal die wichtigsten Themen für alle TeilnehmerInnen zusammengefasst, zugänglich gemacht und bezüglich ihrer Relevanz diskutiert werden. Die Ergebnisse wurden an einem Flipchart befestigt und von der Moderatorin fotografiert und die TeilnehmerInnen erhielten per E-Mail, in Form eines in

unregelmäßigen Abständen erstellten Newsletters, die wichtigsten Ergebnisse und Vorschritte des Projekts. Nach diesem Zusammenfassen und Einordnung in eine Rangliste der einzelnen Themengebiete zu Betreuungs- und Pflegeangeboten wurde von der Moderatorin noch die Frage nach Umsetzungsmöglichkeiten und -anforderungen einer optimalen und vor allem innovativen Versorgung gestellt (Soll-Analyse), die als Abschluss der Fokusgruppen fungierte.

Alle während der vier Fokusgruppen genannten Themen wurden in Anlehnung an die qualitativ-inhaltsanalytische Vorgehensweise nach Mayring und mittels der Software MAQDA 10 zur Datenanalyse qualitativer Daten paraphrasiert, thematisch zusammengefasst (*induktive Analyse*) und anschließend mit den identifizierten Themengebieten der kontinuierlich durchgeführten Literaturrecherche abgeglichen. Die Analyse wurde zusätzlich mit *partizipativen Anteilen*, unter anderem durch zwei ExpertInnenrunden und zwei Panel-Veranstaltungen, erweitert. Ziel der Panel-Veranstaltungen war es, zuvor erhobene Daten mit den gleichen TeilnehmerInnen der Fokusgruppen zu *reflektieren* und *diskutieren* (konkrete Erarbeitung von Begrifflichkeiten) sowie mit dem aktuellen, wissenschaftlichen Forschungsstand abzugleichen. Dieser Forschungsansatz ist dabei bereits ein entscheidender Teil der *Innovation* des zu entwickelnden Rahmenkonzepts.

Auf Grund der guten Fundierung durch die methodische Vorgehensweise, die partizipativen Anteile in Kombination mit der Literaturanalyse, ist das Rahmenkonzept flexibel, adaptierbar und flächendeckend, sodass regionale und kulturelle Gegebenheiten, unterschiedliche KlientInnengruppen aber auch Pflegepraktiken (z. B. Pflegemodelle) einbezogen werden können. Der theoretische Rahmen durch das Kellog-Modell bietet aber dennoch eine abstrakte, nicht zu kleingliedrige Einrahmung für gesamt Niederösterreich.

5 Ergebnisse

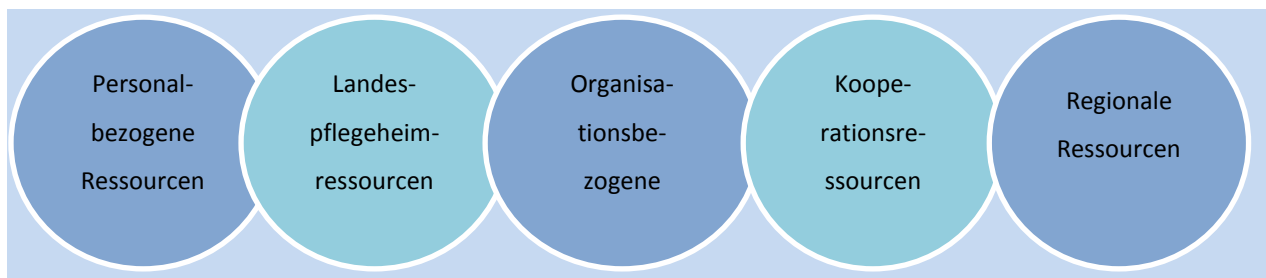
5.1 Das Rahmenkonzept – ein Überblick

Das Rahmenkonzept ist in Anlehnung an das Kellog-Modell aufgebaut und beschreibt die Ressourcen, die Grundprinzipien, die dazugehörigen Interventionen und zentrale Outcomes sowie den Impact, d.h. die zentrale Aussage bzw. das übergeordnete Ziel (s. nachfolgende Abbildung der Rahmenkonzepttabelle).

Ressourcen/ Hindernisse	Ausgangspunkt & Grundprinzipien	Beispiele für Interventionen	(Qualitäts)Outcomes & Beispiele für Indikatoren	Beispiele für Mess- bzw. Assessmentinstrumente	Impact (Metaebene)
Personalbezogene Ressourcen Personalschlüssel Kreativität Flexibilität Qualifikation Expertise/ Erfahrungen Motivation	Personenzentrierung Individuell angepasste Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege	Emotionsorientierte Pflege, klientenzentrierte Versorgung, bedarfsorientierte Betreuung (Reminiszenz-Therapie, Validation oder kreative Aktivitäten wie Musik, sensorische Stimulation, Gartentherapie, Familienpflegeinterventionen etc.) Musiktherapie, Eins-zu-eins-Interaktionen, Gruppenaktivitäten (u. a. Buchpräsentation, malen, wandern), multisensorischen Stimulation (Kunst-/ Musiktherapie, Aromatherapie, tiergestützte Therapie, Massagen), Gartentherapie, Tanztherapie, Lichttherapie, Validation	Zielgruppengerechte Unterstützung/Pflege (Sicherheit) bis hin zur Förderung/Forderung der Selbstpflege	Kognition: Saint Louis University Mental Status-Test (Gatterer, 2007) Verhalten/physikalische Indikatoren: interRAI LTCF (Onder et al., 2012) Fürsorge: Caregiving Burden Scale (Macera et al., 1993) Lebensqualität: Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (Becker et al., 2011); Quality of Life Scale for Nursing Home Residents (Kane et al., 2003) Autonomie: Client Satisfaction Questionnaire (Attkisson & Greenfield, 2004) Beziehungen: Friendship Scale (Hawthorne, 2006) Wohnqualität: Environmental Support for Person-Directed Care scale (ES-PDC; White et al., 2008)	„Mensch sein“ bei größtmöglichem Wohlbefinden unter krankheits-, alters- & strukturspezifischen Bedingungen bei bestmöglicher Pflegequalität
Landespflegeheimressourcen Fortbewegungsmittel Materielle Mittel Koordinierungsgruppen für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung; Hilfs- und Entfallungsmöglichkeiten Unterstützung / Förderung d. MitarbeiterInnen Kommunikationskultur (z. B. Küche)	Bedeutsame Beziehungen individuell gestalten und leben können Vertraut-häusliche & bewohnergerechte Umgebung vorfinden	Bedeutsame, die dem/der BewohnerIn wichtigen Beziehungen fördern (z. B. Familie, Freunde) und soziales Engagement des Bewohners unterstützen Privatsphäre, gemütliche, kleine, häusliche und heimelige Umgebung; einsehbares Wohnumfeld (geradliniges Layout ohne Richtungsänderungen); (nicht einschränkende) Sicherheitsmerkmale; kleine BewohnerInnenzahl pro Wohnbereich; adaptierbare Zimmer für individuelle Einrichtungsgegenstände; angepasste Gartenanlage	Beziehungsförderung bis hin zum Recht auf persönlichen Rückzug Individuelle Umgebungsgestaltung/ Wohnlichkeit bis hin zu einer bedarfsgerechten Umgebungsgestaltung (institutioneller Schutzraum)		
Organisationsbezogene Ressourcen (Pflege)Philosophie Finanzielle Mittel Betriebliche Gesundheitsförderung Kommunikationskultur Weiterentwicklungskultur	Bedeutungsvoll den Alltag und das Leben gestalten Frei sein in Entscheidungen (Persönliche Kontrolle und Selbstbestimmung)	Selbsterfüllung/Sinnhaftigkeit (ein Sinn im Leben), eine Rolle haben/ausleben können (z. B. den Haushalt führen/ Mithilfe bei Alltagstätigkeiten), Förderung des Selbstbildes, Rückzugsmöglichkeiten, Lebensgewohnheiten zulassen; Geschätztwerden, bedeutungsvolle Aktivitäten als kognitive und soziale Förderung von BewohnerInnen; Eden Alternative™ Angemessene (geistig und körperlich anregende Aktivitäten, spirituelle, natur- / & tierverbundene Angebote), regelmäßige Aktivitäten (vertraute Alltagsroutinen)	Selbsterfüllung bis hin zur institutionellen Fürsorgepflicht Personengerechte Aktivierung bis hin zur Forderung/Förderung der Eigeninitiative (z. B. der Interessen)		
Kooperative Ressourcen Ehrenamt, Schulen, TherapeutInnen, Angehörige	Angemessen an der Gesellschaft und dem Zeitgeschehen teilhaben können	Entscheidungsfreiräume in der Alltagsgestaltung (Bewegungsfreiheit, eigenes Zimmer, genügend Aufbewahrungsplatz), Selbst-/ Mitbestimmung (z. B. durch Informationstransparenz), Möglichkeit der weitgehend autonomen Tagesgestaltung (n. B. Begleitung & Unterstützung in der individuellen Tagesgestaltung); interaktionsorientierte Pflegeheorie von Peplau und fünf „Säulen des Supports“ von Petzold; Handlungspfad zur Unterstützung der Entscheidungsfindung im Spannungsfeld (innerhalb der mündlichen BewohnerInnenbesprechung)	Personengerechte Entlastung bis hin zur Erhaltung der individuellen Autonomie		
Regionale Ressourcen Anbindung Regionalität/ Regionalkultur Freizeitmöglichkeiten		Förderung von sozialen, gemeinschaftlichen Aktivitäten (Beziehungsförderung zu Anderen/Familie); Austausch in der Gemeinschaft (Austausch zwischen Jung & Alt), Einbindung der Region (durch u.a. Ehrenamt, Schulen etc.)	Einbindung in die Gemeinschaft (soziale Integration) bis hin zur Erhaltung individueller Freiräume/Privatheit		
			Pflege- und Betreuungsqualität <ul style="list-style-type: none"> • Kognitionsfähigkeit (kognitive Funktionalität, Gedächtnisleistung, Orientierung) • Verhalten (demenzassoziierte Verhaltensauffälligkeiten) • Selbstständigkeit/ Symptome/Funktionsfähigkeit (Stürze/Frakturen, Aktivitätsniveau, Immobilität/Mobilität, Medikamentengabe, Schmerzen, (Essens)eingabe) Lebensqualität (u. a. Wohlbefinden/ Zufriedenheit/ Selbstwirksamkeit) <ul style="list-style-type: none"> • Depression/Angst/ Gemütszustand • (Lebens)zufriedenheit • Würde/ Selbstbestimmtheit/ Autonomie • Soziale Integration Wohnqualität <ul style="list-style-type: none"> • Umgebungseigenschaften (Musik, Beleuchtung, Licht) • Innenarchitektur (Umgebung/ Atmosphäre wie zu Hause, multisensorische Umgebung, funktionale Anpassung der Einrichtungsgegenstände) • Baumerkmale (Wohneinheiten für Kleingruppen) 		

5.1.1 Ressourcen

Laut dem Kellog-Modell wurden bestehende **Ressourcen** im Rahmen der Fokusgruppen zwar berücksichtigt, aber nicht explizit erhoben, weshalb diese für den vorliegenden Beitrag nicht näher beleuchtet werden. In der Literatur sind Ressourcen wie Fachkompetenz oder zwischenmenschliche Fähigkeiten (Kommunikationsfähigkeiten und interaktive Fähigkeiten), welche positive Auswirkungen auf BewohnerInnen haben können (Haugan et al., 2013), aber auch Ressourcen wie Arbeitsmotivation, Eigenwahrnehmung der MitarbeiterInnen, und das Kennen eigener Überzeugungen und Werte (McCormack et al., 2012) zu finden.



5.1.2 Modell der Grundprinzipien

Die **Grundprinzipien**, die das Kernstück und die Grundidee „innovativer Landespflegeheime“ in Niederösterreich bilden, wurden aus den Fokusgruppentranskripten und der Literaturrecherche entwickelt, sind übergeordnet und bestehen unabhängig von einer speziellen Pflegephilosophie, bestimmten Pflegekonzepten/-modellen oder anderen Ansätzen für Maßnahmen, die bereits in den einzelnen Landespflegeheimen umgesetzt werden.

Diese Grundprinzipien stützen sich alle auf den Ansatz der *Personenzentrierung* unter der ein ganzheitliches Modell zu verstehen ist, dass auf der Perspektive der BewohnerInnen aufbaut (Morgan & Yoder, 2012) und im Vordergrund aller Prinzipien und Maßnahmen steht. Werte, Erfahrungen und Überzeugungen von älteren BewohnerInnen, wie sie ihr (Alltags)leben gestalten wollen, stehen im Zentrum aller personenzentrierter Pflegeansätze (McCormack & McCane, 2010). Die Grundprinzipien bauen aber auch in weiterer Folge auf dem Verständnis einer *individuell angepassten Betreuung und Therapie bzw. einer qualitativ hochwertigen Pflege* auf. Nur durch diesen Ansatz und dieses Verständnis sind die Grundprinzipien sinnvoll und können zu den gewünschten Outcomes (wichtige Betreuungsergebnisse) führen.

Der zentrale Ausgangspunkt der **Personenzentrierung**, die **individuell angepasste Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege** sowie die **sechs Grundprinzipien** sind Kernelemente des Handlungsrahmens und bieten jedem Landespflegeheim individuelle Ausgestaltungsmöglichkeiten an Rahmenbedingungen und Situationen vor Ort.

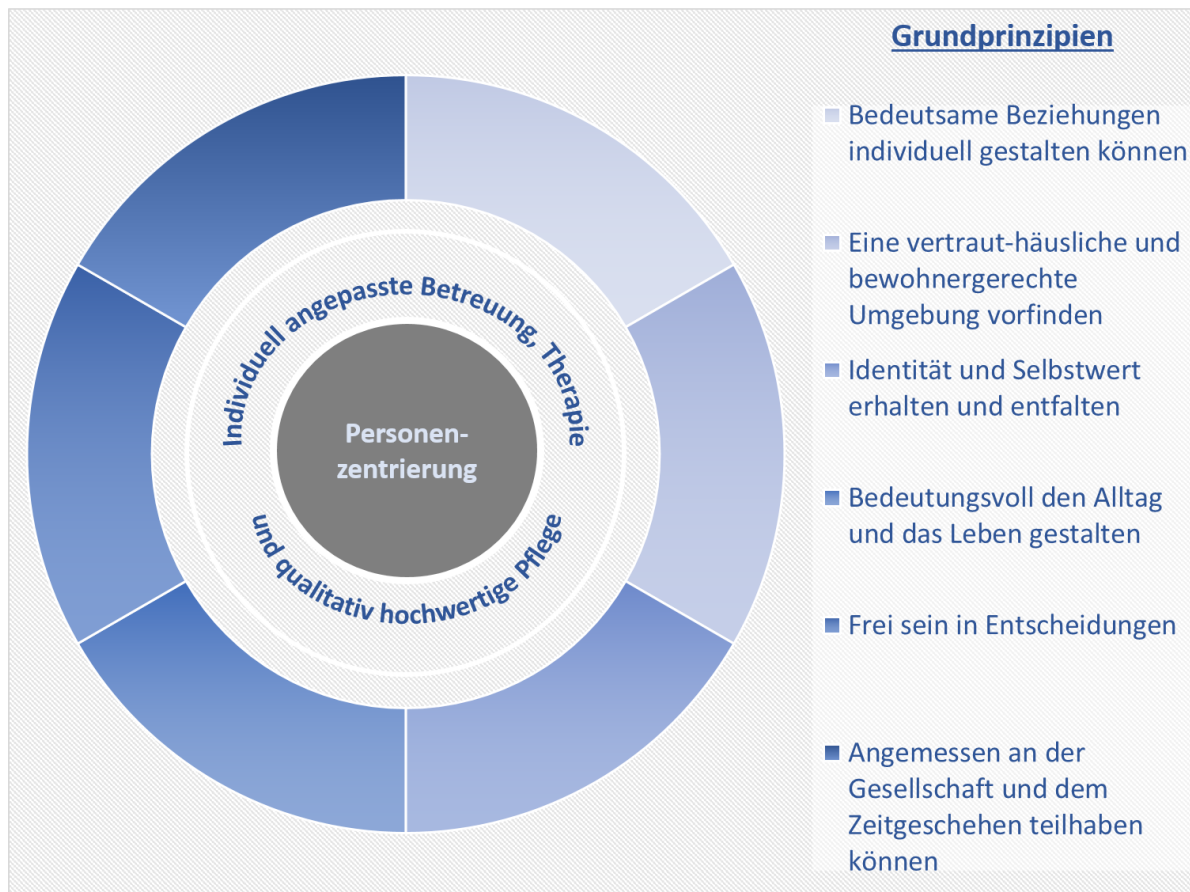


Abbildung 5 Modell der Grundprinzipien

Dabei wird jede/ jeder BewohnerIn in ihrer/seiner Individualität und Einzigartigkeit und unabhängig von seiner Erkrankung anerkannt, respektiert und gefördert, wofür eine partnerschaftliche Beziehung zwischen MitarbeiterInnen aber auch Angehörigen² und BewohnerInnen eine wesentliche Anforderung darstellt.

²Angehörige sind hierbei Personen, die in einem besonderen (sozialen) Verhältnis zu dem/der Bewohner/In stehen (setzt kein Verwandtschaftsverhältnis voraus).

5.1.2.1 Personenzentrierung

Die wichtigsten Formen der personenzentrierten Pflege, die derzeit in Pflegeheimen zum Einsatz kommen, wurden im Review von Van den Pol-Grevelink und Kollegen (2012) als emotionsorientierte Pflege³, klientenzentrierte Versorgung⁴, bedarfsorientierte Betreuung⁵ und integriert emotions-orientierte Pflege⁶ identifiziert. Zu den Personenzentrierten Ansätzen zählen beispielsweise Methoden wie die Reminiszenz-Therapie (Woods et al., 2005) oder kreative Aktivitäten wie die Musiktherapie (Sherratt, Thornton & Hatton, 2004). Auch die kognitive Stimulationstherapie (Orrell et al., 2005), die sensorische Stimulation (Aromatherapie und Snoezelen für eine Reduktion von agitiertem Verhalten) (Ballard et al., 2002; Chung, Lai, Chung & French, 2002), Methoden die auf Montessori basieren (Erinnerungs- oder sensorische Stimulation) (Brenner & Brenner, 2004), Therapiepuppen (James et al., 2006) oder Gartentherapie (Gigliotti & Jarrott, 2005) können zu den personenzentrierten Ansätzen gezählt werden (s. Tabelle 1). Die Evidenzlage für die meisten dieser Methoden ist allerdings immer noch schwach (Cohen-Mansfield, 2013; Verkaik, Van Weert & Francke, 2005).

Eine personenzentrierte Versorgung ist unerlässlich, ein Synonym für eine hohe Pflegequalität (Li & Porock, 2014), und ebenso wichtig wie die medizinischen Aspekte der Betreuung (Kitwood, 1997). Im Wesentlichen berücksichtigt der Ansatz der personenzentrierten Pflege das medizinische Modell von Krankheit, Behandlung und Pflege (randomisierte kontrollierte Evidenz) und zudem die notwendige lebensweltliche, subjektive Perspektive (Bedürfnisse und Vorlieben) in der Entscheidungsfindung für die Behandlung und Pflege. Dazu gehört die Einbeziehung des biographischen Wissens, Krankheitserfahrungen, unterschiedliche Phasen im Alltagsleben, Rollenbilder und Beziehungen. (McCormack & McCance 2006; Edvardsson et al. 2010; Sidani & Braden, 2011) Alle Ansätze fokussieren dabei auf die Beziehungen, die soziale und persönliche Identität sowie die Umwelt (McCormack, 2004).

³ Pflege baut auf vier grundlegenden Werten auf: Gleichheit, Zusammengehörigkeit, Angemessenheit und Autonomie (Pool et al., 2004 in Van den Pol-Grevelink et al., 2012).

⁴ Pflege als komplexer und kontextbezogener Prozess der einen kontinuierlichen Austausch zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen bedarf (Schoot et al., 2006 in Van den Pol-Grevelink et al., 2012).

⁵ BewohnerInnen können Einfluss auf die vorgesehene Gesundheitsversorgung nehmen (Verbeek, 2003 in Van den Pol-Grevelink et al., 2012).

⁶ Kombination von Methoden und Techniken für die 24 h Versorgung (Van der Kooij, 2001 in Van den Pol-Grevelink et al., 2012).

Eine allgemeingültige Definition von personenzentrierte Pflege findet man in der Literatur derzeit nicht, doch existieren einige Anforderungen für eine personenzentrierte Pflege und Betreuung wie die:

- Verwendung der BewohnerInnenbiografie und Vorgeschichte, um die Versorgung zu individualisieren,
- Berücksichtigung der Rechte, Werte und Überzeugungen eines/einer Bewohners/Bewohnerin,
- Maximierung individueller Potentiale,
- Einbeziehung der BewohnerInnen in die gemeinsame Entscheidungsfindung,
- Das Anbieten von Wahlmöglichkeiten bzw. das Respektieren der BewohnerInnenwahl (Edvardsson et al., 2008; McCormack, 2004) wie beispielsweise die flexible Zeiteinteilung des Essens, Badens, der Aktivitäten bzw. der bewohnerInnengesteuerten Routinen (Rahman & Schnelle, 2008),
- Bedingungslose positive Wertschätzung und Respekt gegenüber der BewohnerInnen (Edvardsson et al., 2008), und
- Beziehung und Kommunikation zwischen MitarbeiterInnen und BewohnerInnen (Van den Pol-Grevelink, Jukema & Smits, 2012).

Alle Ansätze fokussieren dabei auf die Beziehungen, die soziale und persönliche Identität und die Umwelt (McCormack, 2004). So ist neben dem Schaffen von Sicherheit, Alltäglichkeit und Gemeinschaftlichkeit für BewohnerInnen, ihre Angehörigen und die MitarbeiterInnen in den Pflegeheimen die Entwicklung von authentischen Beziehungen und Kooperationspartnerschaften wichtig und können Grundlage für eine personenzentrierte Pflege sein (Sjögren et al., 2015). Dazu bedarf es wichtiger Informationen zu den BewohnerInnen, um eine umfassende und personenzentrierte Pflege durchführen zu können.

Dazu zählen erforderliche Informationen wie:

- Biografie und Erfahrungen
- Gesundheit und Wohlbefinden
- Wichtige Beziehungen und soziale Kontakte (auch Einbeziehung der Familie)
- Gemeinschaftsleben (z. B. in einer personalisierten Umgebung)
- Vorlieben, Flexibilität und Kontinuität (z. B. bedeutungsvolle Aktivitäten)

- Rituale und Routinen
- Kommunikationsstrategien
- Hoffnungen und Ängste
- Grad der Selbstbestimmung (Magito-McLaughlin et al., 2002; vgl. auch Edvardsson et al., 2010).

Eine personenzentrierte Versorgung ist unerlässlich, ein Synonym für eine hohe Pflegequalität (Li & Porock, 2014), und ebenso wichtig wie die medizinischen Aspekte der Betreuung (Kitwood, 1997). Im Wesentlichen berücksichtigt der Ansatz der personenzentrierten Pflege das medizinische Modell von Krankheit, Behandlung und Pflege (randomisierte kontrollierte Evidenz) und zudem die notwendige lebensweltliche, subjektive Perspektive (Bedürfnisse und Vorlieben) in der Entscheidungsfindung für die Behandlung und Pflege. Dazu gehört die Einbeziehung des biographischen Wissens, Krankheitserfahrungen, unterschiedliche Phasen im Alltagsleben, Rollenbilder und Beziehungen. (McCormack & McCance 2006; Edvardsson et al. 2010; Sidani & Braden, 2011) Dabei ist der Ansatz aber auch ein zeitintensiver Prozess (Emerson & Stancliffe, 2004). Außerdem wird dem personenzentrierten Ansatz eine eher politische, anwenderorientierte Ausrichtung für die Altenpflege nachgesagt (Packer, 2003) und ein zu starker individualistischer Fokus (Nolan et al., 2004).

Tabelle 1 Interventionen zur Personenzentrierung

Interventionen		Outcomes
Literatur	Fokusgruppen	Literatur
<p><u>Zum Beispiel:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionsorientierte Pflege • Klientenzentrierte Versorgung • Bedarfsorientierte Betreuung (s. Van den Pol-Grevelink et al., 2012) <p>(Reminiszenz-Therapie, Validation, kreative Aktivitäten wie Musik, Sensorische Stimulation, Gartentherapie Antidepressiva, Familienpflegeinterventionen, Ausbildung des Personals etc.) (z. B. Cooper et</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Individuell angepasste Unterstützungsangebote:</u> von personengerechter Unterstützung/ Pflege (Sicherheit) bis zur Forderung/Förderung der Selbstpflege • Individuell angepasste Alltagsgestaltung • Individuell angepasste Unterstützungsangebote • Individuell partizipative Entscheidungsfindung • Individuelle Einbeziehung • Bedeutungsvolle Beziehungspflege • Individuell angepasste Um- 	<p><u>Effekte Personenzentrierter Pflege:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • verbesserte Interaktion und Beziehungen mit MitarbeiterInnen, • positive Veränderungen in Stimmung und Verhalten, • erhöhtes Wohlbefinden und erhöhte Selbstbestimmung (Bosman et al, 2008; Edvardsson et al., 2008)

al., 2012; Raina et al., 2008; Woods et al., 2012)	gebungsgestaltung <ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Auslebung der Persönlichkeit 	
--	---	--

Im vorliegenden Projekt konnte des Weiteren festgestellt werden, dass neben der Personenzentrierung als zentrales Element die „individuell angepasste Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege“ ein Kernelement für eine ganzheitliche Versorgung von BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen ist. Ohne eine qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung, vor allem von physischen Einschränkungen, verlieren auch die Grundprinzipien an Wichtigkeit.

5.1.2.2 Individuell angepasste Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertigen Pflege

Hierunter sind alle Maßnahmen und Tätigkeiten inkludiert, die ein therapeutisches Team rund um den Bewohner/die Bewohnerin durchführt. Das Team besitzt dabei fachliche, soziale aber auch methodische Kompetenzen um:

- Den individuellen Pflegebedarf zu erheben bzw. festzustellen, aber auch die Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Pflege zu ermöglichen
- Die Pflege zu evaluieren und damit eine hochwertige Pflegequalität zu gewährleisten
- Zu pflegende BewohnerInnen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und unterschiedlichem Unterstützungsbedarf, sowie ihre Angehörigen in der individuellen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit anzuleiten, zu beraten und zu unterstützen.

Beispiele aus der Betreuungspraxis (s. auch Tabelle 2):

- Pflege nach Krohwinkel/Kitwood/Bauer
- Therapeutische Angebote wie basale Stimulation, Snoezelen, Aromatherapie (körperliche Verbesserung)
- Biografiearbeit, Validation
- Stärkung von Kompetenzen des Bewohners/der Bewohnerin (Unterstützung damit BewohnerInnen ihre Situation bewältigen können)
- Qualitätsmonitoring

- Kontakt mit anderen BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und Angehörigen

Tabelle 2 Interventionen für individuell angepasste Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege

Interventionen		Outcomes
Literatur	Fokusgruppen	Literatur
<p>Musiktherapie Eins-zu-eins-Interaktion: (u. a. Handmassagen, spazieren gehen, Blumenbinden, essen, Handarbeit)</p> <p>Gruppenaktivitäten: (u. a. Buchpräsentation, Ball werfen, malen, wandern)</p> <p>Multisensorischen Stimulation: Kunst-/ Musiktherapie, Aromatherapie, tiergestützte/ Haustiertherapie, Massagen (Gellis et al., 2009)</p> <p>Treatment Routes for Exploring Agitation⁷</p> <p>Gartentherapie; Tanztherapie; Lichttherapie; Validation</p> <p>Strukturierte Aktivitäten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • soziale Kontakte (real oder simuliert) • medizinische / Krankenpflege- Interventionen, Umweltmaßnahmen, • Verhaltenstherapie, die Ausbildung des Personals und Kombinationstherapien (Cohen-Mansfield, 2013) <p>Reflexion mit KollegInnen:</p>	<p>Biografikarbeit, basale Stimulation, Kinästhetik, Validation Fallbesprechungen (Austausch über BewohnerInnen (bewohnerzentriert) im Team, n. Kitwood) Früheres Lebensumfeld in die Biografikarbeit einbeziehen Förderung der Selbstständigkeit n. Böhm Eden-Alternative Aromatherapie/ Öle Rüdiger Bauer Validation</p> <p><u>Gedächtnistraining/Orientierungsförderung:</u> Saisonale Angebote/ Spezialitäten (z. B. Feste/Messen im Jahreskreis oder Spezialitäten wie Pilze, Lavendelanbau → Orientierung am Jahreskreis), saisonale Dekoration</p>	<p>BewohnerInnen-MitarbeiterInnen-Beziehung; Lebensqualität (Bangerter et al., 2015)</p> <p><u>Interne MitarbeiterInnenkommunikation:</u> Würdigung & Wertschätzung der MitarbeiterInnen und ihrer Tätigkeit seitens der Organisation; Einflussnahme und Kontrolle über die Arbeitssituation; sinnvoller Arbeitsalltag (Pfabigan & Kaceti, 2010)</p> <p><u>Musiktherapie:</u> (kurzfristiger) Rückgang von Unruhezuständen (Vink et al., 2013; Ridder et al., 2013); Verbesserung des emotionalen Wohlbefindens (Solé et al., 2014); moderater Effekt auf Angst (Ueda et al., 2013) und kleiner Effekt auf Verhaltenssymptome (Ueda et al., 2013; Cohen-Mansfield et al., 2015)</p> <p><u>Eins-zu-eins-Interaktion:</u> hoher Einfluss auf Verhaltensauffälligkeiten (Cohen-Mansfield et al., 2015)</p> <p><u>Gruppenaktivitäten:</u> hoher Einfluss auf Verhaltensauffälligkeiten (Cohen-Mansfield et al., 2015)</p> <p><u>Multisensorischen Stimulation:</u> Verringerung von problematischem Verhalten (Ward-Smith et al., 2009); keine Veränderungen auf</p>

⁷ Dabei werden Bedürfnisse, Fähigkeiten, Biografie und Präferenzen von agitierten Menschen durch Datensammlung von MitarbeiterInnen und Angehörigen (Beobachtung des Verhaltens und des Umfeldes der agitierten Menschen) identifiziert → daraus personalisierte Interventionen.

<ul style="list-style-type: none"> • entlastende Funktion • eröffnen weitere Perspektiven • für Entscheidungs- und Handlungsmöglichkeiten • fördert die Arbeitsautonomie, Sicherheit im Arbeitshandeln (Teamgespräche, Supervision, regelmäßiges Feedback von Vorgesetzten) • passende Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten (Pfabigan & Kacetl, 2010) 		<p>Stress/Verhalten bei Demenz durch multisensorischen Snoezelen-Raum (Goto et al., 2014); keine Veränderung auf die Stimmungslage bei Demenz (Anderson et al., 2011); zeigen erste erfolgreiche Behandlungsansätze von Depressionen bei Demenz (Gellis et al., 2009)</p> <p><u>Treatment Routes for Exploring Agitation:</u> Rückgang an unerfüllten Bedürfnissen, Aggressivität, verbaler Agitation; Anstieg an Freude und Interesse (Cohen-Mansfield et al., 2012)</p> <p><u>Gartentherapie:</u> Stressreduktion und geringe Verhaltensänderungen bei Demenzerkrankten (Goto et al., 2014)</p> <p><u>Tanztherapie:</u> problematische Verhaltensweisen konnten teilweise reduziert werden; Förderung der sozialen Interaktionen (Guzmán-García et al., 2013)</p> <p><u>Lichttherapie:</u> Positive Auswirkungen auf die Kognition (Royer et al., 2012), Depression und Schlaf (Royer et al., 2012; Wu et al., 2014)</p> <p><u>Validation:</u> Keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Validation und üblicher Therapie (Neal & Wright, 2003; Rieckmann et al. 2009)</p> <p>Verhaltensstörungen; Langeweile; sensorische Verluste; Entspannung (Cohen-Mansfield, 2013)</p>
---	--	--

Dabei sollten Überzeugungen und Werten der BewohnerInnen und eine partizipative Entscheidungsfindung angestrebt werden, um eine ganzheitliche Betreuung zu ermöglichen (Berücksichtigung der physiologischen, psychologischen, soziokulturellen,

entwicklungsorientierten und spirituellen Dimensionen der BewohnerInnen). (McCormack et al., 2012; S. 289)

Das *Professionsverständnis* der MitarbeiterInnen kann als ein wichtiger Indikator der „individuell angepassten Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege“ gesehen werden. Unter dem Professionsverständnis werden unter anderem das Rollenverständnis der MitarbeiterInnen (Tätigkeiten die an eine bestimmte Position geknüpft sind), die Schaffung von Freiräumen für das Ausleben der Rolle auf Seiten des Unternehmens (z. B. Entscheidungsfreiräume), die Stellung von MitarbeiterInnen im Unternehmen (z. B. Anerkennung) und die Kultur im Unternehmen gesehen (Zusammenarbeit in multiprofessionellen Teams), welche auch vom Ausbildungsgrad, der Berufserfahrung und der Persönlichkeit (z. B. Engagement, Empathievermögen etc.) geformt werden.

Dazu gehört zum Beispiel die Unterstützung der BewohnerInnen in ihren Bewältigungsstrategien⁸ zur Anpassung an das Leben im Pflegeheim (Andersson et al., 2007), was unter anderem durch das Rollenverständnis, die Ausbildung und Erfahrungen geprägt werden können. So ermöglicht eine personenzentrierte Pflege, als Element qualitativ hochwertiger medizinischer Versorgung (Bangerter et al., 2015), dass Selbstbestimmung und Wünsche der BewohnerInnen erkannt und respektiert werden (Andersson et al., 2007). Zur Umsetzung dieser speziellen Pflege bedarf es im Rahmen des Professionsverständnisses unter anderem Kompetenz zur professionellen, zwischenmenschlichen Interaktionen und Kommunikation (z. B. durch Kommunikationstraining) (Matusitz et al., 2013) und sich Zeit für BewohnerInnen nehmen, was bei BewohnerInnen zu einer Reduktion von Hilflosigkeit, Vulnerabilität (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012) und einem Gefühl von zu Hause sein führen kann (Bangerter et al., 2015). In unseren Häusern werden zur Förderung des Professionsverständnisses unter anderem Arbeitskreise (z. B. Palliativbetreuung bei Demenz), Informationsveranstaltungen (für Zivildienstler, Angehörige, ehrenamtliche MitarbeiterInnen), Vorträge, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen (z. B. Validation, interdisziplinäre Schulungen) angeboten.

Beispiele für Indikatoren des Professionsverständnisses:

- Fachliche Kompetenz (Gaugler et al., 2004) wie
 - Kenntnisse zum Bewohner und zu Bewohnerbedürfnissen/-vorlieben (Brown-

⁸ Darunter wird zum Beispiel das Verhalten eines Menschen verstanden, (schwierige) Situationen zu meistern.

Wilson & Davies, 2009)

- Kontinuierliche Wahrnehmung der Pflegekräfte von *Caring-Bedürfnissen* der BewohnerInnen
- BewohnerInnen in die Pflege mit *einbeziehen*
- *Übereinstimmung* zwischen BewohnerInnen- und MitarbeiterInnenwahrnehmungen bzgl. der *Caring-Bedürfnisse* (Indikatoren anhand des *caring dimensions inventory*: McCance et al., 2009)
- Betreuungskultur wie
 - Fürsorgliche Haltung (Bradshaw et al., 2012) und verständnisvolle Pflege (Gaugler et al., 2004)
 - Verständnis für die Lebensgeschichte (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012)
 - MitarbeiterInnen sollten den gleichen Ansatz verfolgen (McCormack, Karlsson et al., 2010).

Die *Fachkraftquote* und die *Betreuungsrelation* zwischen BewohnerInnen und Pflegefachkräften können als Strukturindikator, die *Personalfuktuation* und der *Auslastungsgrad*⁹ als Ergebnisindikatoren auf der Organisationsebene im Rahmen der Pflegequalität gesehen werden (3Q-Studie).

Ein weiterer wichtiger Indikator, neben dem Professionsverständnis der MitarbeiterInnen, kann die *Pflegequalität* als ein wichtiger Indikator der „individuell angepassten Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege“ gesehen werden.

Anhand der Bestimmung von Indikatoren, also ein quantitativer Parameter der das professionelle Qualitäts- und Leistungsniveau der Pflege widerspiegeln und als Messgröße für Pflegemonitoring und –evaluation dient (Nakrem, Vinsnes, Harkless, Paulsen, & Seim, 2009; Joint Commision on Accreditation of Healthcare Organization, 2007), ist eine Abbildung von Qualität möglich (Zorn & Ollenschläger, 1999).

Bei der Definition für „Pflegequalität“ und „Organisationsqualität“ wird sich an der Einteilung Donabedians (1966) orientiert. Sie sind gut messbare Parameter, die ein Ereignis in Zahlen oder Zahlenverhältnissen darstellen (3Q-Studie). Strukturindikatoren spiegeln die Bewohnerstruktur einer Einrichtung wider und Ergebnisindikatoren spiegeln die Qualität der pflegerischen Versorgung von BewohnerInnen (durch pflegerisches Handeln Veränderungen des Gesundheitszustandes von BewohnerInnen) (3Q-Studie).

⁹ Relation zwischen der potenziellen und der realisierten Bettenbelegung (3Q-Studie).

So können Bewohnerstruktur-Indikatoren anhand von „*Pflegestufenverteilung, Pflegekennziffer, Anzahl der BewohnerInnen mit Demenz/Inkontinenz/chronischen Wunden/perkutane endoskopische Gastrostomie*“, und pflegesensitive Ergebnisindikatoren anhand von „*Integrität der Haut mittels Dekubitus, Ernährungsstatus mittels BMI-Erfassung, Mobilität/Beweglichkeit über das Vorhandensein von Kontrakturen, Bewohnersicherheit über die Indikatoren zum Sturz sowie Freiheitseinschränkende Maßnahmen durch richterliche Beschlüsse*“ bestimmt werden (3Q-Studie; S. 20ff.).

In der systematischen Übersichtsarbeit von Allen und Kollegen (2014; S. 2) waren Qualitätsindikatoren für hochwertige Pflege:

- Effektivität für Pflegeempfänger durch Evidenz,
- Effizienz mit optimalem Ressourceneinsatz,
- Rechtzeitige Pflege ohne Wartezeiten für BewohnerInnen und Angehörige,
- Sicherheit und ein geringes Risiko für BewohnerInnen, Angehörige und das Personal,
- Gerechtigkeit unabhängig von z. B. Geschlecht, Alter, sozioökonomischem Status,
- Personen-/familienzentrierte Pflege und Erfahrungen, um Vorlieben, Werte und Ziele von BewohnerInnen und Angehörigen in die Versorgung einzubeziehen, als auch die gemeinschaftliche Entscheidung.

Pflegequalitätsindikatoren und ihre Instrumente:

- **Kognition**

- Erinnerungsfähigkeit
- Akute Veränderungen des geistigen Zustandes
- Verhaltenssymptome die andere beeinflussen/ Inzidenz von kognitiven Beeinträchtigung

Beispiele für international bestehende Instrumente:

- interRAI LTCF
- Mini- Mental State Examination (MMSE)
- Cognitive performance related items in the Minimum Data Set (MDS) (Folstein, 1975)
- SLUMS-Test (Gatterer et al., 2007)
- Confusion Assessment Method (Inouye, 1990)
- Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)
- Dementia Care Mapping
- Dutch Behavior Observation Scale für Psycho-geriatric Inpatients (GIP) (Verstraten & van Eekelen, 1987)
- Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) (Cohen Mansfield, 1986)

- **Wohlbefinden/Lebensqualität**

- Soziale Beziehungen (u. a. durch bedeutungsvolle Konversationen) (Bergland & Kirkevoold, 2008; Nakrem et al., 2011; Grant et al., 1996)
- Große Stressereignisse
- Bedeutungsvolle Aktivitäten (Grant et al., 1996)
- Ansprache der BewohnerInnen beim Namen (Grant et al., 1996)
- Privatsphäre der BewohnerInnen respektieren (Grant et al., 1996)
- Wahlmöglichkeiten/Mitspracherecht der BewohnerInnen (Grant et al., 1996)

Beispiele für international bestehende Instrumente:

- interRAI LTCF
- Dementia Quality of Life instrument (D- QoL)
- Adaptierte Quality of Life-Alzheimer's Disease (QoL-AD) (Ruckdeschel & Van Haitsma, 2001)
- Quality of Life Scale for Nursing Home Residents (Kane et al., 2003)
- Quality of Life in Late-stage Dementia scale (Weiner et al., 2000)
- Geriatrische Depressionsskala (Yesavage, 1983)
- Soziale Situation (Nikolaus et al., 1994)

- Psychologische Outcomes (Depression, Einsamkeit, Hilflosigkeit , Langeweile)

- Gemütslage und Verhalten wie die selbstberichtete Gemütslage oder Verhaltenssymptome

Beispiele für international bestehende Instrumente:

- interRAI LTCF
- Geriatric Depression Scale (GDS)
- Cornell Depression in dementia
- UCLA loneliness scale

- Physikalische Outcomes und bewohnerstruktur- und/oder pflegesensitiven Ergebnisindikatoren (n. 3Q-Studie)

- Pflegestufenverteilung¹⁰ & Pflegekennziffer
- Sensorische Verluste: Seh- und Hörvermögen
- Harn- und Stuhlkontinenz
- Kontrakturen
- Schlaf
- Chronische Wunden
- Hautzustand durch Dekubitus
- Sturz-/Sturzverletzungsereignisse
- Mobilitäts- und/ oder Fortbewegungseinschränkungen
- Funktionsstatus durch Eigenleistung der ADLs/ Hilfe bei täglichen Aktivitäten hat zugenommen
- Diagnosen und Krankheiten je BewohnerInn durch Schmerzsymptome,

¹⁰ Zusammenhang zwischen Pflegeaufwand und Pflegeabhängigkeit von BewohnerInnen.

Schwankungen des Gesundheitszustands, eigenen Angaben zum Gesundheitszustand

- Ernährungszustand durch Körpergröße, Gewicht, Ernährungsform (PEG-Sonde)
- Hydratation
- Medikation
- Präventionsmaßnahmen und Behandlungen (siehe z. B. Nakrem et al., 2009; Nakrem et al., 2011; Spilsbury et al., 2011; 3Q-Studie)

Beispiele für international bestehende Instrumente:

- interRAI LTCF (alle zuvor genannten Aspekte)
- Barthel-Index; Functional Independence Measure
- Instrumentelle Aktivitäten nach Lawton und Brody
- ADL-Index nach Katz (1963)
- Pflegeabhängigkeitsskala (Lohrmann, 2004)
- MUST für den Ernährungszustand (Stratton et al., 2004)
- Pflegestufen
- Betreuungsindex (Koppitz, Dreizler, Hediger, Voss & Imhof, 2013)

• **„Caring“**

- MitarbeiterInnen - BewohnerInnen-Interaktion als wichtiger Faktor der Pflegequalität (Perry, 2009) (Outcomes z. B. Depressionen und Angst)
- Verhalten der MitarbeiterInnen gegenüber der BewohnerInnen (Grant et al., 1996)
- Pflege, Aufmerksamkeit, Interesse der MitarbeiterInnen an den BewohnerInnen (Grant et al., 1996)
- Einsatzbereitschaft (Grant et al., 1996) und Empathiefähigkeit (Billmann et al., 2009) der MitarbeiterInnen

Beispiele für international bestehende Instrumente:

- Caregiving Burden Scale (Macera et al., 1993)

• **Soziale Integration**

- Zwischen der Notwendigkeit für soziale Kontakte und dem alleine sein variieren (Haggstrom et al., 2010; Nakrem et al., 2011); Austausch der BewohnerInnen mit Familie und/oder Angehörigen, Humor, Wissen über BewohnerInnen, gegenseitiger Respekt (Grant et al., 1996)
- Erhaltung des sozialen Netzwerks (Nakrem et al., 2011)

• **BewohnerInnen/Angehörigenzufriedenheit.**

Caring (Fürsorge) gilt als zentrale Anforderung für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung in Langzeitbetreuung (Lin, Wang, Yarbrough, Alfred & Martin, 2010) und bedarf professioneller, helfender Fähigkeiten und zwischenmenschlicher Kommunikationsfähigkeiten, um die Sicherheit der BewohnerInnen zu gewährleisten und ihre Bedürfnisse ganzheitlich zu behandeln (Hwang, 2015).

Im Folgenden werden die sechs Grundprinzipien vorgestellt.

5.1.2.3 Die sechs Grundprinzipien

Grundprinzip: Bedeutsame Beziehungen individuell gestalten und leben können

In diesem Grundprinzip ist die Beziehungsqualität, die Beziehungen zu den für den Bewohner/die Bewohnerin wichtigen Personen, aber auch die Beziehungsförderung inkludiert.

Dabei ist die Förderung des Gemeinschaftslebens ebenso bedeutsam wie die Förderung von ihm wichtigen Beziehungen zu Angehörigen, Freunden, aber auch dem Personal.

Beispiele aus der Betreuungspraxis:

- Förderung des Engagement der BewohnerInnen Kontakte aufrecht zu erhalten
- Einbeziehung der Angehörigen in die Betreuung, um Beziehungen zu fördern

Möglicher Maßnahmenbereich (Interventionen):

- Der Maßnahmenbereich reicht von einer Beziehungsförderung bis hin zum Recht auf persönlichen Rückzug der BewohnerInnen.

Dieses Grundprinzip beschreibt die Beziehungen, die für BewohnerInnen wirklich wichtig sind und die sie selbst wählen können. Durch die Förderung dieser Beziehungen soll das Gefühl der Verbundenheit mit Angehörigen gestärkt werden, es sollen BewohnerInnen aber auch beim Knüpfen von neuen Beziehungen und Freundschaften unterstützt werden. (vgl. Bowers et al., 2009). Enge Beziehungen zwischen den BewohnerInnen, Familienangehörigen, MitarbeiterInnen und der Gemeinde sollten gepflegt und gelebt werden (z. B. Schaffung eines Gemeinschaftsgefühls durch generationenübergreifende Programme), um die gegenseitige Vertrautheit und die Fürsorge zu steigern (z. B. durch konsistente Bezugspflege) (Spector et al., 2006; vgl. auch Rahman & Schnelle, 2008).

Grundprinzip: Vertraut-häusliche & bewohnergerechte Umgebung vorfinden

Ein wichtiger Indikator für Wohnqualität ist eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung (Atmosphäre). Unter Wohnqualität sind dabei bestimmte Merkmale und Eigenschaften des Pflegeheims zu verstehen wie Lage, Ausstattung oder der Komfort.

Gerade ältere Menschen mit Demenz haben kognitive, körperliche und sensorische Einschränkungen, sodass die physische Umgebung unterstützend¹¹ beziehungsweise hinderlich für ein erfüllendes Leben sein kann (Cohen-Mansfield & Werner, 1998). So können durch Reduktion von Umweltreizen, besonders lärmende Geräuschkulissen (Marshall, 1998; Fleming & Purandare, 2010), Verhalten wie Wandern, Unruhe oder Aggressivität reduziert werden (Aman & Thomas, 2009). Andererseits kann eine zu geringe Stimulation wiederum zu eingeschränkter Aktivität der BewohnerInnen mit Demenz im Laufe des Tages führen (Cohen-Mansfield & Werner, 1998).

In diesem Grundprinzip sind die Umgebung/das Setting, in dem der Alltag stattfindet, zu verstehen. Dabei existieren zwei Schwerpunkte: Die institutionelle und heimische Umgebung, die dem Bewohner/der Bewohnerin Sicherheit vermitteln soll, aber auch die private Umgebung in der er/sie sich geborgen, privat und wohl fühlt, um ein Wohnen und Leben mit Atmosphäre zu schaffen.

Die Institution bietet somit eine professionelle Umgebung und Sicherheit, in der BewohnerInnen im unterschiedlichen Ausmaß Hilfe- und Unterstützungsbedarf erhalten können. Die Umgebung ist dabei gesundheitsfördernd (z. B. Licht- & Farbkonzepte) und auf unterschiedliche Bedürfnisse angepasst (behindertengerechtes Wohnen, medizintechnische Hilfsmittel). Dem gegenüber werden die BewohnerInnenzimmer möglichst individuell mit eigenen Gegenständen und nach den Wünschen der BewohnerInnen eingerichtet bzw. gestaltet. Die BewohnerInnen werden aber auch, je nach ihren Fähigkeiten, in die Gestaltung des Landespflegeheims einbezogen und es werden ihnen räumliche Rückzugsmöglichkeiten für sich und Angehörige geschaffen.

Beispiele aus der Betreuungspraxis:

- Landespflegeheime als Sicherheit (u. a. unter „Gleichgesinnten“ leben) und damit Schutz vor der Außenwelt haben
- Achtung der Privatsphäre (u. a. räumliche Rückzugsmöglichkeiten)
- Stimmungsfördernde (u. a. Licht- & Farbkonzepte), orientierungsfreundliche (u. a. Orientierungshilfen) & (gesundheits)fördernde Lebenswelt (u. a. Therapiegeräte)
- Schaffung eines vertrauten Wohnumfelds (u. a. eigene Einrichtungsgegenstände)

Möglicher Maßnahmenbereich:

- Der Maßnahmenbereich reicht von einer individuellen Umgebungsgestaltung/Wohnlichkeit bis hin zu einer bedarfsgerechten Umgebungsgestaltung (institutioneller Schutzraum). (s. Tabelle 3)

¹¹ In der Literatur unter den Begriffen “healing environments” (Dijkstra et al., 2006) oder “therapeutically designed environments” (Day et al., 2000).

Um eine heimische Atmosphäre schaffen zu können, ist es neben einem sicheren, warmen und gemütlichen Gefühl wichtig, BewohnerInnen Wahlmöglichkeiten und das Gefühl von Kontrolle über ihre unmittelbare physische Umgebung einzuräumen (z. B. Zugang zu einzelnen Räumen die Territorialität/Privatheit vermitteln können). Diese Kontrolle reicht von ihrem persönlichen privaten Lebensraum bis hin zu den Gemeinschaftsräumen, um sich mit Freunden und Familie zu treffen. (Bowers et al., 2009)

Tabelle 3 Interventionen für eine vertraut-häusliche und bewohnergerechte Umgebung vorfinden

Interventionen		Outcomes
Literatur	Fokusgruppen	Literatur
<ul style="list-style-type: none"> • Privatsphäre (Kehyayan et al., 2015; Heliker & Scholler-Jaquis, 2006; Hauge & Heggen, 2008; Moyle et al., 2014); • Gemütliche (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012), kleine, häuslich und heimelig Umgebung (Literatursynthese nach Anderiesen et al., 2014) • Umgebungseigenschaften (Lärm, Licht, Temperatur) • Einsehbares Wohnumfeld (geradliniges Layout ohne Richtungsänderungen) • "nicht einschränkende" Sicherheitsmerkmale • kleine BewohnerInnenzahl pro Wohnbereich (Literatursynthese nach Anderiesen et al., 2014) • adaptierbare Zimmer für individuelle Einrichtungsgegenstände • gängige Wohneinrichtung (Küche, Waschkeller, Wohnzimmer) • ausreichend Zimmerfläche für persönliches Eigentum • angepasste Gartenanlage • Orientierungshilfen (Objekte und Farben) (Marshall, 1998; Fleming & Purandare, 2010; Marquardt & Schmiege, 2009) • Verschiedene Aufenthaltsmöglichkeiten kombinieren (ruhig, stimulierend, für kleine Gruppen) (Projekt DICE, University of Sheffield, Barnes et al. 2006) 	<p><u>Gewohnte öffentliche Infrastruktur:</u> Sparkasse, Kaffeehaus, Stammtisch (Wein, Kartenspiel etc.), Kleiderverkauf, Kaufmann kommt ins Heim, Friseur, Fußpflege</p> <p><u>Räumlichkeiten für besondere Bedürfnisse:</u> Eigene Bereiche für die Übergangspflege, Raum für Sexualität, Rückzugsräume für Angehörige und BewohnerInnen zur Wahrung der Privatsphäre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • QoL↑ durch gemütliche physische Umgebung (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012) • Sicherheitsgefühl↑ <p>Physische Aktivierung (Anderiesen et al., 2014)</p>

Grundprinzip: Frei sein in Entscheidungen (Persönliche Kontrolle und Selbstbestimmung¹²)

„Frei sein in Entscheidungen“ schließt unter anderem die Kontrolle über persönliche Entscheidungen mit wem man zusammenlebt, wie man lebt, aber auch konkrete Angelegenheiten wie die Finanzverwaltung oder die Wahl eines Stellvertreters mit ein. (vgl. Bowers et al., 2009)

In diesem Grundprinzip sind zum einen die autonome, selbstbestimmte Lebensgestaltung der BewohnerInnen zu verstehen, in welcher Entscheidungsfreiräume, aber auch Mitbestimmungsfreiräume für BewohnerInnen sowie auch Angehörige geschaffen werden. Dazu zählen beispielsweise, abhängig von den Wünschen und Fähigkeiten des Bewohners/der Bewohnerin, eine teilweise freie Gestaltung des Alltages aber auch die Mitentscheidung bei medizinischen Entscheidungen. Zum anderen sollen vorhandene Kompetenzen des Bewohners gefördert bzw. erhalten werden (zum Beispiel die Förderung der Selbstständigkeit/Selbstorganisation/ Eigenengagement), aber auch bei Bedarf Unterstützung dem Bewohner/der Bewohnerin als Komfortleistung durch die Institution angeboten und gewährleistet werden. Dabei ist noch einmal zu unterstreichen, dass nicht jeder Bewohner/jeder Bewohnerin jede Entscheidung selber treffen möchte/kann und diese lieber an Professionelle abgeben möchte (vgl. auch Bangerter et al., 2015). Dadurch soll unter anderem auch das Selbstwertgefühl und die Würde des Bewohners/der Bewohnerin gefördert bzw. erhalten werden.

Beispiele aus der Betreuungspraxis:

- Mithilfe bei Alltagsroutinen (wenn von BewohnerInnen gewünscht), um eine gewisse Normalität zurückzugewinnen
- Mitentscheidungen bei Aktivitäten, Einrichtung von Wohnräumen etc.
- Professionelle Begleitung in der Lebensbewältigung (z. B. Unterstützung bei der Entwicklung neuer Lebensziele/-inhalte bzw. eines eigenen Lebensstils)

Möglicher Maßnahmenbereich:

- Der Maßnahmenbereich reicht von einer personengerechten Entlastung bis hin zur Erhaltung der individuellen Autonomie. (s. Tabelle 4)

Autonomie und besonders die körperliche Selbstständigkeit spielen in der Langzeitbetreuung eine zunehmend wichtige Rolle. Dabei ist eine wichtige Komponente körperlich aktiv zu bleiben. Das Ausmaß der Selbstbestimmung, vor allem bei BewohnerInnen mit Demenz, muss individuell je nach Person, ihrer Biografie, der Orientierungsfähigkeit sowie der Pflegeintensität entschieden werden. Dabei sind auch die Sichtweisen von Pflegepersonen und Angehörigen wichtig, um Grenzen der Selbstbestimmung der BewohnerInnen abwägen zu können. Zu Gunsten der Lebensqualität sollte daher ein Maximum an Handlungsfreiheit

¹² Selbstbestimmung wird dabei als ein Teil von Autonomie verstanden.

und Selbstbestimmung fokussiert werden, aber immer unter Berücksichtigung eines möglichst geringen Risikos für BewohnerInnen. (Hauprich, Mayrhofer & Mayer, 2015)

Tabelle 4 Interventionen für frei sein in Entscheidungen

Interventionen		Outcomes
Literatur	Fokusgruppen	Literatur
<p>Beziehungszentrierter Ansatz als Basis für das Wahrnehmen von Autonomie (Brown Wilson & Davies, 2009); eigenes Zimmer und Bad, genügend Aufbewahrungsplatz und ein ruhiger Ort (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012)</p> <p>Entscheidungsfreiräume der Alltagsgestaltung (Verhinderung von Hilflosigkeit) (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012); Bewegungsfreiheit (Fleming & Purandare, 2010)</p> <p><u>Steigerung des Identitätsbedürfnisses</u>: Interaktionsorientierte Pflge Theorie von Peplau oder Mischo-Kelling + fünf „Säulen des Supports“ von Hilarion Petzold (1985) (Pfabigan & Kacetl, 2010)</p> <p>Handlungspfad zur Unterstützung der Entscheidungsfindung im Spannungsfeld (innerhalb der mäuseutischen BewohnerInnenbesprechung) (Hauprich et al., 2015)</p>	<p>Autonomie des Bewohners in der Gestaltung des individuellen Tagesablaufes (Ruhe- und Aktivierungsphasen), Einkauf mit Ehrenamt</p>	<p><u>Negative Outcomes</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Privatsphäre und Würde (Forbes-Thompson & Gessert, 2005) • reglementierte Routinen • Gefühl der Leere • QoL↓ (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012) <p><u>Positive Outcomes</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrollfähigkeit↑ (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012)

Grundprinzip: Identität und Selbstwertgefühl erhalten und entfalten („Mein Ich leben können“)

Menschen haben das Bedürfnis nach kontinuierlicher Bestätigung ihres eigenen Selbst und ihres Selbstwertgefühls durch die Wertschätzung anderer (Majercsik, 2005), weshalb die Förderung dieser ein weiterer Aspekt in einer ganzheitlichen Pflege und Betreuung ist. Würde (Kane, 2003; Forbes-Thompson & Gessert, 2005) durch Respekt und Fürsorge (Oosterveld-Vlug et al., 2014; Bangerter et al., 2015) sind Aspekte die für die Identität und den Selbstwert wichtig sind.

In diesem Grundprinzip liegt der Fokus auf bisher gelebten, bedeutungsvollen Rollen und der Identität (u.a. Werte/Normen/Biografie) der BewohnerInnen. Dabei geht es um die Förderung von bisher gelebten Rollen, die dem Bewohner/der Bewohnerin immer noch wichtig sind und er dadurch das Gefühl des Gebrauchtwerdens (Selbstverwirklichung) und der Sinnhaftigkeit des Lebens erfährt (Förderung des Selbstwertgefühls/der Selbsterfüllung). Außerdem ist darin inkludiert, dass jeder Bewohner/jede Bewohnerin individuell handelt und sich individuell verhält, was aus Einstellungen, Interessen, Überzeugungen oder der Persönlichkeit resultiert.

Beispiele aus der Betreuungspraxis:

- Individuelle Angebote für Männer, Frauen, Demenzerkrankte etc.
- Weiterführen bisher gelebter sozialer Rollen (z. B. das Ausleben der „mütterlichen Rolle“ in der Wohngemeinschaft)
- Bei Bedarf Rückzugsmöglichkeiten schaffen (Alleinsein), aber auch Kontakt zu anderen Personen fördern (Gemeinschaftsleben)
- Lebensgewohnheiten zulassen

Möglicher Maßnahmenbereich:

- Der Maßnahmenbereich reicht von der Selbsterfüllung der BewohnerInnen bis hin zur institutionellen Fürsorgepflicht. (s. Tabelle 5)

Tabelle 5 Interventionen für Identität und Selbstwert erhalten und entfalten

Interventionen		Outcomes
Literatur	Fokusgruppen	Literatur
<p>Das Gefühl sich um andere kümmern zu können (Harmer & Orrell, 2008); Geschätztwerden, ein Sinn im Leben, eine Rolle haben/ausleben können (Koppitz, 2009).</p> <p>Bedeutungsvolle Aktivitäten als kognitive (Brownie & Horstmanshof, 2012) und soziale Förderung von BewohnerInnen (Brownie & Horstmanshof, 2012; Oosterveld-Vlug et al., 2013)</p> <p>Eden AlternativeTM (personenzentrierter Ansatz); Beziehungspflege zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen; BewohnerInnen als Individuum sehen; partizipative Entscheidungsfindung; BewohnerInnen bei Wahl von bedeutungsvollen Aktivitäten unterstützen (Brownie &</p>	<p><u>Glaube als Teil der Identität:</u> Kirchliche Feiern, Feiertage feiern, Kondolenzbuch, Gedenkfeiern, Taizé-Andacht, Meditation, Gebete, Andachtsecken</p> <p><u>(Versteckte) Talente fördern:</u> Durch unterschiedliche Angebote (auch für dementen BewohnerInnen)</p> <p><u>Rollen wahren:</u> Angebote für Männer und Frauen (CubaClub), Persönlichkeiten ausleben lassen/ neue Rolle finden lassen (Bewohner ist im Empfang tätig), Genussmittel erlaubt, Mischung aus besonderem und alltäglichem Essensangebot</p>	<p>Selbstwertgefühl↑ ; Langeweile , Einsamkeit und Hilflosigkeit↓ (Brownie & Horstmanshof, 2012)</p> <p>Depression↓ (Tsai et al., 2008)</p>

Horstmanshof, 2012)		
Self-worth therapy, dignity therapy (Tsai et al., 2008)		

Grundprinzip: Bedeutungsvoll den Alltag und das Leben gestalten

Durch eine bedeutungsvolle und bedürfnisorientierte Alltagsgestaltung kann die Lebensqualität der BewohnerInnen, das (spirituelle, geistige) Wohlbefinden, die Funktionsfähigkeit, Autonomie (Hwang et al., 2006; Shin, 2015; Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012), Würde, Privatsphäre, Individualität, Beziehung zu anderen und Sicherheit (Kane et al., 2003) gesteigert werden. Angemessene Aktivitäten können die Lebensqualität durch Autonomie des Bewohners/der Bewohnerin positiv beeinflussen (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012).

In diesem Grundprinzip werden alle nicht vorrangig therapeutischen Aktivitäten und Tagesroutinen verstanden. Die Alltagsgestaltung kann per se bedeutungsvoll für einen Bewohner/eine Bewohnerin sein, aber auch der Bewohner/die Bewohnerin kann den Alltag aktiv gestalten und damit für sich bedeutungsvoll machen. Dabei sind bei einer bedeutungsvollen Alltagsgestaltung vor allem das Interesse und die Fähigkeiten der BewohnerInnen zu berücksichtigen.

Beispiele aus der Betreuungspraxis:

- Einbeziehung in soziale, kulturelle, spirituelle Aktivitäten und Tagesroutinen
- Alltagsroutinen gemeinsam gestalten/ Mithilfe bei Alltagsroutinen (wenn von BewohnerInnen gewünscht), um eine gewisse Normalität zurückzugewinnen
- Möglichkeiten für Kultur, Humor und Kreativität
- Zielgruppengerechte Beschäftigungen und Aktivitäten

Möglicher Maßnahmenbereich:

- Der Maßnahmenbereich reicht von einer personengerechten Aktivierung bis hin zur Forderung/Förderung der Eigeninitiative (z. B. der Interessen) bei BewohnerInnen. (s. Tabelle 6)

Langeweile und Einsamkeit werden mit kognitivem Verfall (Conroy et al., 2010; Wilson et al., 2007) und als Problem in der Langzeitpflege assoziiert (Slettebo, 2008), weshalb eine bedeutungsvolle Alltags- und Lebensgestaltung wichtig ist.

Das Gefühl sich nützlich zu fühlen, sich um andere kümmern zu können, die Identität und Autonomie zu wahren (Harmer & Orrell, 2008), das Geschätztwerden und die Zugehörigkeit

sind wichtig für eine bedeutungsvolle Alltagsgestaltung. Dazu gehört aber auch Sinn und eine Rolle im Leben zu haben und am familiären, sozialen, gemeinschaftlichen und gesellschaftlichen Leben beteiligt zu sein (Koppitz, 2009). BewohnerInnen sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, sich wie gewohnt am (örtlichen) Gemeindeleben beteiligen zu können (z. B. Wahlrecht, Ehrenamtlichkeiten übernehmen, Freundschaften in der Gemeinde pflegen können) sowie die Entscheidungsfreiheit über Zeiteinteilung, Ausmaß an Unterstützung und persönliche Interessen erhalten. MitarbeiterInnen können BewohnerInnen bei der Planungen ihres Alltags helfen (Bowers et al., 2009), was wiederum Unterstützungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten der MitarbeiterInnen bedarf (z. B. Selbstplanung, Einbeziehung von Pflegehelfern), um auf BewohnerInnenbedürfnisse und Wünsche eingehen zu können (vgl. Spector et al., 2006).

Tabelle 6 Interventionen für bedeutungsvoll den Alltag und das Leben gestalten

Interventionen		Outcomes
Literatur	Fokusgruppen	Literatur
<p><u>Psychosoziale und pharmakologische Interventionen:</u> z.B. kognitive Stimulationstherapie und Antidepressiva, Familienpflegeinterventionen, Ausbildung des Personals) (Cooper et al., 2012; Raina et al., 2008; Woods et al., 2012); Möglichkeiten zum Ausgehen/ Angemessene Aktivitäten (Literatursynthese nach Bradshaw et al., 2012)</p> <p><u>Sportliche Aktivitäten:</u> Regelmäßige Sportprogramme wie Krafttraining hatten Effekt auf das Wohlbefinden (Tse et al. 2014), die Mobilität (Tse et al. 2014; Krist et al. 2013), aber keinen Effekt auf Depressionen (Underwood et al. 2013). Regelmäßiges Balancetraining hatte Effekt auf Sturzprävention (Silva et al. 2013)</p>	<p><u>Tierangebote:</u> (Tiere von BewohnerInnen/ MitarbeiterInnen, Tiergehege)</p> <p><u>Gartenangebote:</u> (Barrierefreier Garten, Naschgarten, (überdachte) Hochbeete, Feldfrüchte, Innenhof)</p> <p><u>Regelmäßige Aktivitäten:</u> Kegeln, Singen, Spielturniere, Kino, Malrunden, Gedächtnistraining („Vital for Brain“), Abendveranstaltungen (Stammtisch)</p> <p><u>Sportliche Aktivitäten:</u> Nordic Walking, QiGong, Tanzveranstaltungen; Bewegungsspiele, Bewegungsrunden, Sitztanz</p> <p><u>Vertraute Alltagsroutinen</u> (wofür es teilweise ein Taschengeld gibt): Gemeinsames Kochen, Tisch decken, Wäsche aufhängen/zusammenlegen, „Flickrunde“, Medikamentensortierung, Ernte</p> <p><u>Unregelmäßige Aktivitäten:</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • hohes Maß an Depressionen • Vorhandensein von Verhaltensstörungen • kognitive Einschränkungen (Schweregrad der Demenz) • hohe Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) (u. a. Banerjee et al, 2009; Beerens et al., 2013; Fuh & Wang, 2006; Missotten et al., 2007; Beerens et al., 2013) • Autonomie • Stimmungslage: Depressive Symptome und Angst (Beerens et al., 2013) • Verhalten: Unruhe (Beerens et al., 2013)

	Schwimmbadbesuche, Ausflüge (auch mit anderen Heimen), Rollstuhlwanderungen Modenschau, Vernissage, Medien-schulungen, Feste (Kräuterweihe, Heurige, Feuerwehrfest)	
--	---	--

Grundprinzip: Angemessen an der Gesellschaft und dem Zeitgeschehen teilhaben können

Die soziale Isolation ist eine große Gefahr in Pflegeeinrichtungen und wird mit Einsamkeit, einem begrenzten Zugang zu sozialer Unterstützung, einem geringen sozialen Netzwerk und wenig sozialem Kontakt definiert (Adams et al., 2004). Sie resultiert unter anderem aus altersbedingten Einschränkungen (z. B. eine Abnahme der Mobilität, der Seh- und des Gehörleistung), zunehmenden Todesfällen im Freundes- und Familienkreis und den beschränkten Zeitressourcen von Angehörigen. Auch die geographische Entfernungen zwischen BewohnerInnen und ihren Angehörigen, keine Verwandten und Angehörige (in der näheren Umgebung) zu haben oder die Sorge der BewohnerInnen, dass sie zu viel Zeit der Angehörigen in Anspruch nehmen, können zu einer zunehmenden sozialen Isolation führen. Zur Förderung von sozialen Interaktionen bedarf es der Förderung von Kommunikation zum Beispiel zwischen Familie und Freunden von BewohnerInnen durch regelmäßige Kontakte. Rituale wie das Essen und Trinken sind eine ideale Möglichkeiten zur Förderung dieser Interaktion mit Freunden und Familienmitgliedern. (Pettigrew & Roberts, 2008)

In diesem Grundprinzip ist die Einbindung des Bewohners (durch das Landespflegeheim) in die Institution, Region und Gesellschaft (Weiterentwicklung im Bereich Kultur, Gesellschaft etc.), aber auch die Teilhabe an aktuellen Zeitgeschehnissen zu verstehen (z. B. der Zugang zu aktuellen Medien wie Internet, Tageszeitung etc., aber auch der Zugang zu technischen Weiterentwicklungen z. B. Videokonferenzen). Die Teilhabe ermöglicht dem Bewohner/der Bewohnerin das Gefühl des Gebrauchtwerdens und der Sinnhaftigkeit des Lebens. Dabei können BewohnerInnen in unterschiedlichem Ausmaß und nach ihren Wünschen sich aktiv am Gemeinschaftsleben beteiligen und einbringen, aber auch durch den Austausch mit der Region am gesellschaftlichen Leben und Zeitgeschehen teilhaben.

Beispiele aus der Betreuungspraxis:

- Austausch mit Schulen, Ehrenamt, Vereinen etc.
- Integration des Bewohners in das Gemeinschaftsleben durch gemeinschaftsstärkende Aktivitäten
- Teilhabe am Zeitgeschehen durch Lesungen, Besuch von Ausstellungen, Tageszeitung etc.

Möglicher Maßnahmenbereich:

- Der Maßnahmenbereich reicht von einer Einbindung der BewohnerInnen in die Gemeinschaft (soziale Integration) bis hin zur Erhaltung individueller Freiräume/Privatheit. (s. Tabelle 7)

Tabelle 7 Interventionen für angemessen an der Gesellschaft und dem Zeitgeschehen teilhaben können

Interventionen		Outcomes
Literatur	Fokusgruppen	Literatur
Förderung von sozialen, gemeinschaftlichen Aktivitäten (Beziehungsförderung zu Anderen/Familie) und nicht Einzelaktivitäten wie TV, Lesen etc. (Pettigrew & Roberts, 2008)	<u>Informationsangebote:</u> (z. B. für Angehörige zum Thema "Schmerzen bei Demenz") <u>Gemeinschaftsförderung:</u> Wechselseitige Unterstützung zwischen Demenz- und Nicht-Demenzkranken <u>Zeitgeschehen:</u> Tageszeitung, Projekte mit Externen („Jung & Alt“)	Einsamkeit↓ (Pettigrew & Roberts, 2008)

5.1.3 Interventionen

Im Rahmenkonzept werden auch **Interventionen**, d.h. Maßnahmen, die gesetzt werden können, um das jeweilige Grundprinzip erfüllen zu können, in einer abstrakten Form abgebildet (s. nachfolgenden Ausschnitt der Rahmenkonzepttabelle; Abbildung 6). Beispiele dafür sind unter anderem unterschiedliche Prozesse, Aktionen oder Techniken, wie sie in der Literatur beschrieben werden, aber auch in einzelnen Häusern in unterschiedlichem Ausmaß durchgeführt werden. (s. Tabellen 1-7)

Ausgangspunkt & Grundprinzipien	Beispiele für Interventionen	
Personenzentrierung	Emotionsorientierte Pflege, klientenzentrierte Versorgung, bedarfsorientierte Betreuung (Reminiszenz-Therapie, Validation oder kreative Aktivitäten wie Musik, sensorische Stimulation, Gartentherapie, Familienpflegeinterventionen etc.)	Zielgruppengerechte Unterstützung/Pflege (Sicherheit) bis hin zur
Individuell angepasste Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege	Musiktherapie, Eins-zu-eins-Interaktionen, Gruppenaktivitäten (u. a. Buchpräsentation, malen, wandern), multisensorischen Stimulation (Kunst-/ Musiktherapie, Aromatherapie, tiergestützte Therapie, Massagen), Gartentherapie, Tanztherapie, Lichttherapie, Validation	Förderung/Forderung der Selbstpflege
Bedeutsame Beziehungen individuell gestalten und leben können	Bedeutsame, die dem/der BewohnerIn wichtigen Beziehungen fördern (z. B. Familie, Freunde) und soziales Engagement des Bewohners unterstützen	Beziehungsförderung bis hin zum Recht auf persönlichen Rückzug
Vertraut-häusliche & bewohnergerechte Umgebung vorfinden	Privatsphäre, gemütliche, kleine, häusliche und heimelige Umgebung; einsehbares Wohnumfeld (geradliniges Layout ohne Richtungsänderungen); (nicht einschränkende) Sicherheitsmerkmale; kleine BewoherInnenzahl pro Wohnbereich; adaptierbare Zimmer für individuelle Einrichtungsgegenstände; angepasste Gartenanlage	Individuelle Umgebungsgestaltung/ Wohnlichkeit bis hin zu einer bedarfsgerechten Umgebungsgestaltung (institutioneller Schutzraum)
Identität und Selbstwertgefühl erhalten und entfalten („Mein Ich leben können“)	Selbsterfüllung/Sinnhaftigkeit (ein Sinn im Leben), eine Rolle haben/ausleben können (z. B. den Haushalt führen/ Mithilfe bei Alltagstätigkeiten), Förderung des Selbstbildes, Rückzugsmöglichkeiten, Lebensgewohnheiten zulassen; Geschätztwerden, bedeutungsvolle Aktivitäten als kognitive und soziale Förderung von BewohnerInnen; Eden Alternative TM	Selbsterfüllung bis hin zur institutionellen Fürsorgepflicht
Bedeutungsvoll den Alltag und das Leben gestalten	Angemessene (geistig und körperlich anregende Aktivitäten, spirituelle, natur-/ & tierverbundene Angebote), regelmäßige Aktivitäten (vertraute Alltagsroutinen)	Personengerechte Aktivierung bis hin zur Forderung/Förderung der Eigeninitiative (z. B. der Interessen)
Frei sein in Entscheidungen (Persönliche Kontrolle und Selbstbestimmung)	Entscheidungsfreiräume in der Alltagsgestaltung (Bewegungsfreiheit, eigenes Zimmer, genügend Aufbewahrungsplatz), Selbst-/ Mitbestimmung (z. B. durch Informationstransparenz), Möglichkeit der weitgehend autonomen Tagesgestaltung (n. B. Begleitung & Unterstützung in der individuellen Tagesgestaltung); interaktionsorientierte Pflege theorie von Peplau und fünf „Säulen des Supports“ von Petzold; Handlungspfad zur Unterstützung der Entscheidungsfindung im Spannungsfeld (innerhalb der mäuseitischen BewohnerInnenbesprechung)	Personengerechte Entlastung bis hin zur Erhaltung der individuellen Autonomie
Angemessen an der Gesellschaft und dem Zeitgeschehen teilhaben können	Förderung von sozialen, gemeinschaftlichen Aktivitäten (Beziehungsförderung zu Anderen/Familie); Austausch in der Gemeinschaft (Austausch zwischen Jung & Alt), Einbindung der Region (durch u.a. Ehrenamt, Schulen etc.)	Einbindung in die Gemeinschaft (soziale Integration) bis hin zur Erhaltung individueller Freiräume/Privatheit

Abbildung 6 Ausschnitt Rahmenkonzepttabelle zu Interventionen

5.1.4 Outcomes

Aus dem Ausgangspunkt (Personenzentrierung sowie individuell angepasste Betreuung und Therapie bzw. eine qualitativ hochwertige Pflege) und den sechs Grundprinzipien resultieren schlussendlich drei zentrale **(Qualitäts)Outcomes**. Diese sind:

(Qualitäts)Outcomes & Beispiele für Indikatoren	Beispiele für Mess- bzw. Assessmentinstrumente	<ul style="list-style-type: none"> • Pflege- und Betreuungsqualität • Wohnqualität • Lebensqualität (Wohlbefinden/ Zufriedenheit/ Selbstwirksamkeit¹³).
<p>Pflege- und Betreuungsqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitionsfähigkeit (kognitive Funktionalität, Gedächtnisleistung, Orientierung) • Verhalten (demenzassoziierte Verhaltensauffälligkeiten) • Selbstständigkeit/ Symptome/Funktionsfähigkeit (Stürze/Frakturen, Aktivitätsniveau, Immobilität/Mobilität, Medikamentengabe, Schmerzen, (Essens)eingabe) <p>Lebensqualität (u. a. Wohlbefinden/ Zufriedenheit/ Selbstwirksamkeit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depression/Angst/ Gemütszustand • (Lebens)zufriedenheit • Würde/ Selbstbestimmtheit/ Autonomie • Soziale Integration <p>Wohnqualität</p> <ul style="list-style-type: none"> • Umgebungseigenschaften (Musik, Beleuchtung, Licht) • Innenarchitektur (Umgebung/ Atmosphäre wie zu Hause, multisensorische Umgebung, funktionale Anpassung der Einrichtungsgegenstände) • Baumerkmale (Wohneinheiten für Kleingruppen) 	<p>Kognition: Saint Louis University Mental Status-Test (Gatterer, 2007)</p> <p>Verhalten/physikalische Indikatoren: interRAI LTCF (Onder et al., 2012)</p> <p>Fürsorge: Caregiving Burden Scale (Macera et al., 1993)</p> <p>Lebensqualität: Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (Becker et al., 2011); Quality of Life Scale for Nursing Home Residents (Kane et al., 2003)</p> <p>Autonomie: Client Satisfaction Questionnaire (Attkisson & Greenfield, 2004)</p> <p>Beziehungen: Friendship Scale (Hawthorne, 2006)</p> <p>Wohnqualität: Environmental Support for Person-Directed Care scale (ES-PDC; White et al., 2008)</p>	<p>Durch adäquate Interventionen sind Lebens-, Wohn- und Pflegequalität (also die (Qualitäts)Outcomes) der BewohnerInnen beeinflussbar. Zu den jeweiligen Grundprinzipien können in jedem Unterkapitel, auf Basis internationaler Studien und unter Einbeziehung bisheriger und zukünftiger Interventionen in den LPHs, neben den zentralen (Qualitäts)-Outcomes weitere Outcomes für BewohnerInnen nachgelesen werden (s. Tabellen 1 bis 7).</p>

Abbildung 7 Ausschnitt Rahmenkonzepttabelle zu (Qualitäts)Outcomes/Indikatoren/Mess- bzw. Assessmentinstrumente

¹³ Darunter wird die individuelle Überzeugung eines Menschen verstanden, in einer (schwierigen) Situation angemessen reagieren bzw. diese bewältigen zu können.

Die drei (Qualitäts)Outcomes lassen sich anhand von **Indikatoren** abbilden (also Maßstäbe, anhand derer man erkennen kann, ob ein Outcome erreicht wurde) und mittels konkreter **Mess- beziehungsweise Assessment-instrumente** beurteilen, mit Hilfe derer man diese Indikatoren in einer konkreten Situation messen oder feststellen kann. In Rahmenkonzepttabelle wurden daher einige Indikatoren und Beispiele für Mess- beziehungsweise Assessmentinstrumente zu jedem der drei (Qualitäts)Outcomes formuliert (s. Ausschnitt der Rahmenkonzepttabelle, Abbildung 7).

Einige Beispiele für Outcomes der *Pflege- und Betreuungsqualität* durch Interventionen einer individuell angepassten Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertigen Pflege wurden in Tabelle 2 dargelegt. Auch zur *Wohnqualität* wurden Outcomes wie eine physische Aktivierung der BewohnerInnen, die Steigerung des Sicherheitsgefühls und der Lebensqualität in der Literatur gefunden (s. Tabelle 3). Das Outcome der *Lebensqualität* ist dabei in allen Grundprinzipien ein zentrales, multidimensionales Konstrukt, das im Folgenden nun ausführlicher vorgestellt werden soll.

5.1.4.1.1 Lebensqualität im Pflegeheim

Das Umsetzen der Grundprinzipien verfolgt dabei das Ziel, *Wohlbefinden und Lebensqualität* für BewohnerInnen zu erzielen bzw. zu erhalten.

Das Konzept des Wohlbefindens umfasst körperliche, emotionale, soziale, funktionale und spirituelle Dimensionen (Rannestad, 2005) und basiert auf einer ganzheitlichen Perspektive von Körper, Geist und Seele, die miteinander verbunden sind und sich gegenseitig beeinflussen (Narayanasamy et al. 2004). Das emotionale und funktionelle Wohlbefinden hängt dabei mit dem Sinngehalt im Leben eines Menschen zusammen und hat einen belebenden Effekt auf Gesundheit und Wohlbefinden, psycho-spirituelle Funktionen, Depression und Krankheitsbewältigung mit Verlusten, Einsamkeit, Verzweiflung und Angst (Haugan, 2013). Das Wohlbefinden eines Menschen ist dabei eher die subjektive Bewertung und Lebensqualität die Übereinstimmung mit dieser und den objektiven Lebensbedingungen (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003).

Bereiche der *Lebensqualität* sind Komfort, funktionale Fähigkeiten, Autonomie, Würde, Privatsphäre, Individualität, sinnvolle Tätigkeiten/Aktivitäten, Beziehungen, Genuss, Sicherheit und geistiges Wohlbefinden (Kane et al., 2003; vgl. Grundprinzipien). Eine

verringerte Lebensqualität geht häufig mit einem hohen/höheren Maß an Depressionen, an Verhaltensstörungen, einer erheblichen kognitiven Beeinträchtigung (z. B. Demenz) und einer hohen Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens einher (u. a. Banerjee et al., 2009; Beerens et al., 2013; Fuh & Wang, 2006; Missotten et al., 2008). Dabei ist es vor allem wichtig mit Familie, anderen BewohnerInnen sowie seiner Umgebung verbunden zu sein/bleiben (s. Grundprinzipien „Bedeutungsvolle Beziehungen individuell gestalten können“; „Angemessen an der Gesellschaft und dem Zeitgeschehen teilhaben können“). Das Gefühl der Verbundenheit ist dabei die Wahrnehmung einer positiven oder harmonischen Verknüpfung zwischen der Selbstwahrnehmung und der Erfahrung mit Beziehungen, Wohlergehen und der Umgebung. (Metasynthese O’Rourke et al., 2015)

Beispiele für Indikatoren der Lebensqualität

Konzepte wie Interaktion, Partizipation, Verbundenheit und Kontakte sind gerade für demenzerkrankte BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen wichtig, da diese die Lebensqualität beeinflusst, wie:

- Beziehungsqualität (zusammen sein versus alleine sein): Interaktionen mit anderen, die positive Erfahrungen auslösen (verbessert QoL).
- Selbstwahrnehmungskompetenz (zielgerichtet versus ziellos): Aktuelle Fähigkeit seine Selbstwahrnehmung auszudrücken, seinen Alltag zu kontrollieren und einen bedeutungsvollen Effekt auf andere oder die Gesellschaft zu haben.
- Körperliches Wohlergehen (gesund vs. krank): Die Einschätzungen einer Person bzgl. Ihrer Symptome – entweder mit einer optimistischen Lebensaussicht und Einbindung der Krankheitserfahrung ins Leben, oder mit der Konzentration auf die Krankheit.
- Umgebungszugehörigkeitskompetenz (sich ansässig fühlen versus rastlos): Wahrgenommene Bindung zur unmittelbaren Umgebung oder Umwelt. Wenn BewohnerInnen positive Bindung zur Umgebung formen, fühlen sie sich dazugehörig. Sie fühlen sich rastlos, wenn sie negative Emotionen oder gar keine emotionale Bindung gegenüber ihrer aktuellen Umgebung haben. (Metasynthese O’Rourke et al., 2015)

Wesentliche *Outcomes* von guter und schlechter Lebensqualität sind u. a. Fröhlichkeit und Traurigkeit (bis hin zur Depression). Wichtige Stressfaktoren für eine geringere Lebensqualität und negative klinische *Outcomes* bei BewohnerInnen sind der Mangel an Privatsphäre, Kontrolle sowie andere Unannehmlichkeiten und Konflikte aufgrund von des Zusammenlebens mit zunächst fremden Personen (z. B. Mehrbettzimmer) (Calkins &

Cassella, 2007; Choi et al., 2008). So sind Autonomie und Wahlmöglichkeiten, um sein Leben unter anderen zu gestalten, als eine der wichtigsten Dimensionen der Lebensqualität unter den HeimbewohnerInnen (Kane et al., 2003). Durch den zunehmenden Verlust der Unabhängigkeit, Freiheit und Kontinuität des früheren Lebens, den Autonomieverlust aufgrund der institutionellen Bedingungen und Vorschriften, dem Gefühl der sozialen Isolation und Einsamkeit¹⁴ und dem Mangel an Privatsphäre und Frustration durch MitbewohnerInnen (z. B. das Teilen des Bades oder BewohnerInnen mit kognitiven Störungen) können Depressionen verstärkt werden (u.a. Choi et al., 2008). Dabei kann Psychotherapie bei Depression effektiv sein (z. B. Cuijpers, van Straten, & Smit, 2006; Pinquart, Duberstein, & Lyness, 2006; Choi et al., 2008).

Interventionen für eine Steigerung der Lebensqualität sind u. a.:

- Zugang zu tiefgründigen, intellektuellen Bildungs-, Kultur- & Erholungsressourcen (James et al., 2014) zur kognitiven & sozialen Stimulation (u. a. auch Stärkung des Selbstbewusstseins; Choi et al., 2008); aber auch Freiräume zur Selbstentfaltung, Sicherheitsgefühl schaffen (James et al., 2014)
- Gefühl des Geschätzwertens vermitteln (Franklin et al., 2006; Bowers et al., 2009); sich würdevoll behandeln, das spirituelle Wohlbefinden und den Genuss fördern (Thomas et al., 2013)

Beispiele für international Instrumente:

- QoL:
 - interRAI¹⁵ Self-Report Nursing Home Quality of Life Survey instrument
 - WHO Quality of Life – Old and German Version, WHOQOL-OLD (Winkler et al., 2006)
 - H.I.L.DE (Becker et al., 2011)
 - Preferences of Every-day Living Inventory for Nursing Home (PELI-NH)
- Autonomie:
 - Client Satisfaction Questionnaire (Attkisson & Greenfield, 2004)
- Beziehungen:

¹⁴ Einsamkeit wird mit einem begrenzten Zugangs zu sozialer Unterstützung, einem kleinen sozialen Netzwerk auf das man zurückgreifen kann, und wenigen/keinen sozialen Kontakten assoziiert (Adams et al., 2004).

¹⁵ Die interRAI Long Term Care Facilities (LTCF) ist ein unabhängiges, umfassendes geriatrisches Bewertungssystem, welches Schlüsselbereiche für erbrachte Leistungen sowie die Gesundheit und Funktionsfähigkeit von älteren Menschen, einschließlich den Aktivitäten des täglichen Lebens, Stimmung, psychosoziale Wohlbefinden, problematisches Verhalten und gesundheitliche Verfassung mit einbezieht (Gray, Berg, Fries et al., 2009).

- Friendship Scale (Hawthorne, 2006)
- ENRICH Social Support Scale (Mitchell et al., 2003)
- Family Life Evaluation, SEF (Klann, Hahlweg, Heinrichs, 2003)

Neben dem Outcome der Lebensqualität finden sich auch zahlreiche positive Outcomes durch die personenzentrierte Interventionen, die im Nachfolgenden erläutert werden.

5.1.4.1.2 Outcomes durch Personenzentrierung

Anhand der Literatur konnten durch personenzentrierte Interventionen folgende positive Outcomes festgestellt werden:

- Gesteigertes Wohlbefinden (McKeown et al. 2010)/ verbesserte Lebensqualität (Bangerter et al., 2015),
- Reduziertes Krankfühlen und Unbehagen (Bone et al. 2010),
- Reduzierte Prävalenz von herausforderndem Verhalten (Chenoweth et al. 2009), Obstipation und dem Gebrauch von Laxantien (Palese et al. 2010),
- Reduzierter Einsatz von Neuroleptika (Fossey et al. 2006),
- Erhöhte Unterstützung und Zufriedenheit von Familienmitglieder (McKeown et al. 2010),
- Positiver Effekt auf BewohnerInnen-MitarbeiterInnen-Beziehung (Bangerter et al., 2015)
 - Würde durch gegenseitigen Respekt und Fürsorge durch Kommunikation (Oosterveld-Vlug et al., 2014; Bangerter et al., 2015)
 - Eine gegenseitige aufrichtige Beziehung (Kehyayan et al., 2015)

Die personenzentrierte Pflege hat außerdem auch positive Effekte auf die MitarbeiterInnen, wie zum Beispiel eine:

- Höhere Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen¹⁶ (u. a. Dilley & Geboy 2010; McCormack et al. 2010; McKeown et al. 2010; Zimmerman et al. 2005, Sjögren et al., 2015; Kinjerski & Skrypnek, 2008; Van den Pol-Grevelink et al., 2012)

¹⁶ Z. B. anhand der Maastricht Work Satisfaction for Health Care (MAS-GZ) von Landeweerd.

- Emotionsorientierte Pflege, Snoezelen, und kleinere Pflegeheime zeigen meist positive Effekte auf die Zufriedenheit am Arbeitsplatz (Schrijnemaekers et al., 2003; te Boekhorst et al., 2008)
- Weniger Stress¹⁷ (Sjögren et al., 2015; Dilley & Geboy 2010; McCormack et al. 2010) und bessere berufliche Entwicklungsmöglichkeiten (Dilley & Geboy 2010; McCormack et al. 2010).

Beispiele für Instrumente zur Personenzentrierung

- Person-Centered Climate Questionnaire – Patient version¹⁸ (PCQ-P)
- Person-centred climate questionnaire – staff version (PCQ-S) (Edvardsson et al., 2015)
- Person-centred Care Assessment Tool¹⁹ (P-CAT) (Edvardsson et al., 2010)
- Person-Directed Care scale²⁰ (PDC; White et al., 2008)
- Personhood in Dementia Questionnaire²¹ (PDQ; Hunter et al., 2013)
- Person-Centered Inpatient Scale²² (Coyle & Williams, 2001)
- Client-Centered Care Questionnaire²³ (De Witte, Schoot, & Proot, 2006)
- Dementia Care Mapping
- Person-Centred Nursing Framework

Das Dementia Care Mapping

Ein Instrument, das in Niederösterreich Verwendung findet ist das *Dementia Care Mapping*, ein Instrument um personenzentrierte Pflegebedürfnisse von BewohnerInnen mit Demenz, vornehmlich durch das Personal, einzuschätzen (BewohnerInnenperspektive durch Proxy-Perspektive). Dadurch kann die Lebensqualität von Menschen mit Demenz bewertet werden und

17 Z. B. anhand der Organization Stress Scale von Bergers und Kollegen.

18 Zur Erforschung einer förderlichen Atmosphäre des Person-Seins für das Wohlbefinden von PatientInnen anhand von drei Dimensionen: Atmosphäre der Sicherheit, Alltäglichkeit und Gastlichkeit (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2008).

19 Das P-CAT beinhaltet 13-Items zur Pflege, Umwelt und Organisation in Bezug auf die personenzentrierte Versorgung (z. B. Beziehungen, Präferenzen und Werte, partizipative Entscheidungsfindung etc.) aus MitarbeiterInnenperspektive auf die Praxis.

20 Die PDC (selbstberichtete personenzentrierte Pflege) mit 35-Items hat fünf Subskalen: Autonomie (BewohnerInnen befähigen, Entscheidungen zu treffen), Persönlichkeit (Empathie und Respekt für BewohnerInnen mit Einschränkungen), Kenntnisse über BewohnerInnen (individualisierte Pflege), fürsorgliche Pflege (Unterstützung bei körperlichen und emotionalen Bedürfnissen) und die Unterstützung bei der Beziehungspflege (Beziehungen zwischen den BewohnerInnen untereinander, der Familie und MitarbeiterInnen).

21 Die PDQ mit 20-Items beinhaltet beispielsweise die Frage ob "BewohnerInnen mit Demenz einen Sinn/ eine Aufgabe" haben.

22 Zur Beurteilung der Personenzentrierung in der Gesundheitsversorgung anhand von Patientenerfahrungen. Fünf Dimensionen: Personalisierung, Empowerment, Informationen, Zugänglichkeit/Verfügbarkeit und Respekt (Coyle & Williams, 2001)

23 Eine eindimensionale Skala, um professionelle Pflege im häuslichen Kontext zu bewerten. 15-Items bestehend aus 5 zentralen Werten (z. B. Autonomie, Kontinuität im Leben, Gerechtigkeit), und 3 ergänzende Werte (z. B. Gleichheit und Mitbeteiligung) wurden als essentiell für eine Klientenzentrierung und für die Beziehung zum Pflegepersonal identifiziert. (Cronbachs Alpha 0.88; Muntinga, Morkink, Knol, Nijpels, & Jansen, 2014).

daraus resultierend der Pflegeplan erstellt werden, um negative Faktoren zu minimieren und positive Faktoren zu unterstützen (Yoon, Roberts, Grau & Edvardsson, 2015). Anhand von vier Kodierungsschemata (z. B. 23 Items zu Verhalten oder 17 Items zu persönlichen Beeinträchtigungen) schätzt das Personal ein, wie die BewohnerInnen die Pflege erleben (Bradford Dementia Group, 1997). Bemängelt werden aber die Ressourcenintensität (Fossey, Lee & Ballard, 2002; Sloane et al., 2007; Thornton, Hatton & Tatham, 2004), die Reliabilität sowie Validität des Instruments (Chenoweth & Jeon, 2007; Sloane et al., 2007; Thornton et al., 2004). Außerdem sollte das Instrument nicht bei leichteren Formen der Demenz angewendet werden. (Yoon et al., 2015)

Der Person-Centred Nursing Framework:

Der *Person-Centred Nursing Framework* von McCormack und McCance (2006; 2010) ist ein Instrument, bestehend aus *Voraussetzungen* die sich auf Fertigkeiten der MitarbeiterInnen beziehen, die *Pflege-Umgebung* oder auch Kontext in dem Pflege durchgeführt wird, die *personenzentrierten Prozesse* wie das Erbringen von Pflegedienstleistungen und die *Ergebnisse* bzgl. der Effizienz der personenzentrierten Pflege. Das Instrument bietet u. a. die Möglichkeit personenzentrierte Pflege zu operationalisieren (McCormack et al., 2012), Hindernisse in der Praxis zu identifizieren und im multidisziplinären Kontext zur Entwicklung von interdisziplinären Verfahren beizutragen (Dewing et al., 2010).

5.1.5 Impact

Das letzte Element, das im Rahmenkonzept beschrieben wird, ist der **Impact**. Impact bedeutet hier das allgemeine Ergebnis, was durch die Berücksichtigung der Aspekte des Pflege- & Betreuungskonzeptes, in Anlehnung an das Kellog-Modell, erreicht wird. Für das Rahmenkonzept „Innovative Landespflegeheime Niederösterreich“ lautet dieser „Mensch sein“; dabei soll das *größtmögliche Wohlbefinden* unter krankheits-, alters- & strukturspezifischen Bedingungen bei bestmöglicher Pflegequalität erreicht werden.

6 Resümee Innovationspotential

Wie in der Stellungnahme, im Rahmen des Expertengremiums, festgehalten wurde (Kolland, 2014), besteht Innovationspotential, wenn:

- Die Bedürfnisse der Individuen (laut Beck „Individualisierung“) im Mittelpunkt der Bemühungen von Pflege und Betreuung stehen und
- Erkenntnisse aus der (Alters-)Forschung zur Erhaltung und Förderung von Kompetenzen als wesentlicher Teil der Lebensqualität (Wahl & Kruse, 2014 in Kolland, 2014) berücksichtigt werden können.

Durch Fokussierung auf die Bedürfnisse von BewohnerInnen kann es zu einer Verringerung der gesellschaftlichen Negativsicht auf das Pflegeheim kommen (Impact auf Gesellschaft).

Mit dem vorliegenden Forschungsprojekt wurde der erste Punkt der durch das Expertengremium definierten Voraussetzungen für Innovationspotential erfüllt (Ausrichtung im Rahmenkonzept auf die personenzentrierte Pflege und Betreuung), dies kann im Rahmen der personenzentrierten Pflege und Betreuung entsprechend gemessen werden. In den einzelnen Landespflegeheimen liegt der Fokus der Pflege und Betreuung auf der Personenzentrierung, inklusive ihrer Umsetzung einer individuell angepassten Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertigen Pflege. Diese wiederum bedingen, dass das Pflegeheim aus der gesellschaftlichen Perspektive anders wahrgenommen wird (gesellschaftliches Änderungspotential der Außensicht eines Heimes). Ein Heim ist damit kein negativer Ort der Versorgung älterer Menschen, sondern ein sehr positiver, in dem BewohnerInnen eine „Lebensentfaltung“ ermöglicht wird (vgl. Kolland, 2014). Dadurch kann ein Kulturaustausch zwischen den Heimen (Austauschkultur innerhalb der Organisation), aber auch dem Heim und der Region erfolgen (z. B. Einbeziehung von Vereinen in den Heimaltag). Damit kann ermöglicht werden, dass eine positive Umgangskultur (Schaffung einer guten Pflege- und Versorgungskultur: „Mensch sein“) mit älteren Menschen in Heimen auch eine positive gesellschaftliche Auswirkung auf das Heim (gesellschaftliche Wahrnehmung des Heimes als Kompetenzzentrum) und auf die gesellschaftliche Stellung der BewohnerInnen hat (z. B. Austausch zwischen Jung und Alt; Initiierung eines gesellschaftlichen Wandels des Altersbildes). Die Landespflegeheime Niederösterreichs können durch das Rahmenkonzept und die personenzentrierte Versorgungskultur einen großen Impact auf die Gesellschaft und damit ein hohes Innovationspotential haben (Vorbildwirkung für ganz Österreich). Ebenso kann ein Impact auf die MitarbeiterInnen resultieren, indem diese das Rahmenkonzept leben. Dies kann wiederum einen positiven Effekt auf das Arbeitsklima erzielen und damit NÖ als attraktiven Arbeitgeber in der Gesellschaft darstellen.

7 Angehörige

Die **Partizipation** des Angehörigen wird als Teilnahme an der Versorgung des Betroffenen definiert und kann ein Motiv sein dass der Angehörige an der Versorgung "teilnimmt"

(passive Partizipation: passive Teilnahme an der Versorgung; aktive Partizipation: der Angehörige wird selbst tätig). Ein Angehöriger muss generell nicht zwingend von Teilnahme einen Nutzen haben (z. B. nur aus moralischen/religiösen Beweggründen, Anerkennung etc.), weshalb die Mitwirkungsmöglichkeit ein Akt des Einbringens, in unterschiedlichem Ausmaß, in die Versorgung bedeuten kann.

Die Möglichkeit der adäquaten **Mitwirkung** (je nach den Bedingungen) von gewillten Angehörigen als Ressource im Pflegeheim bietet ein noch zu wenig genutztes Potential für die individualisierte Pflege. Dabei kann das Fundament/der Hintergrund/Kontext für die gewillte Mitwirkung von Angehörigen unter anderem durch den familiären Zusammenhalt, das Beziehungsgeflecht, die Selbsterfahrungen/ eigene (Wohn-/ Gesundheits-)Situation, die religiös-kulturelle Situation oder die individuelle Motivation (Moral, etwas zurückgeben, Wohlbefinden steigern, familiärer Zusammenhalt erhalten) beeinflusst werden. Mit anderen Worten wird die Mitwirkungsbereitschaft des Angehörigen durch den jeweiligen Kontext und die individuelle Motivation beeinflusst und die Mitwirkungsmöglichkeiten individuell gestaltet (auf sachlicher aber auch emotionaler Ebene). Die gewillte Mitwirkung ist als Ergänzung zur professionellen Pflege zu sehen. Die Einbindung der Familie/Angehörigen dient der individualisierten Versorgung und einer Aufrechterhaltung der Verbindung zu persönlicher Geschichte und Vorlieben des Betroffenen.

Eine nächst höhere Stufe der Involviertheit in die Betreuung des Bewohners ist die **Kooperation/Zusammenarbeit** mit den MitarbeiterInnen (eher sachliche Ebene, Handlungen etc.).

Die höchste Stufe der Involviertheit ist die **Integration**, bei der Angehörige "fest" in die Versorgung und auf Augenhöhe mit den MitarbeiterInnen integriert sind. Eine Integration stellt somit eine Eingliederung dar, die ausgehandelt und klar abgegrenzt als Ziel für die Pilotheime definiert werden kann.

Im Nachfolgenden wird eine Auflistung von einigen Interventionen zur Förderung der Einbeziehung von Angehörigen gezeigt (s. Tabelle 8).

Tabelle 8 Interventionen zur Förderung der Angehörigeninklusion

Interventionen	
Literatur (auszugsweise)	Fokusgruppen
<ul style="list-style-type: none"> Offene, wechselseitige, kooperative Kommunikation (Engels & Pfeuffer, 2007; Wahl & 	<ul style="list-style-type: none"> Thematische Angehörigenachmittage als

Interventionen	
Literatur (auszugsweise)	Fokusgruppen
<p>Schneekloth, 2007; S. 16f.; Bernheim, 1990; Ward-Griffin et al., 2000; Weman et al., 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genauere Dokumentation, um Wissen bzgl. Bewohnern und Angehörigen auf Seiten der GPs zu steigern und Angehörigen ein Gefühl der Wichtigkeit zu vermitteln (Hertzberg & Ekman, 2000) • Expertise und Kompetenzen der Angehörigen (Angehörige als Ressource) erkennen und nutzen • Regelmäßige Information (Engels & Pfeuffer, 2007; Hertzberg & Ekman, 2000) • Feste Ansprechpartner (Engels & Pfeuffer, 2007; Hertzberg & Ekman, 2000)/ Bezugspflege als Ansprechpartner für Angehörige (Salin et al., 2013) • Kontinuierliche Begleitung/ Bestimmen und klären von Grenzen um Angehörige zu unterstützen (Engels & Pfeuffer, 2007; Salin et al., 2013) • Regelmäßige Gesprächskreise • Fortbildungen • Einbeziehung der Angehörigen in das Alltagsleben im Pflegeheim zur Förderung des Pflegeverständnisses • Mitwirkung im Heimbeirat • Anerkennung freiwilliger Mitarbeit • Schulung und Supervision für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Engels & Pfeuffer, 2007; Salin et al., 2013; Haesler, Michael Bauer & Nay, 2007) • Förderung der Teamarbeit bei den MitarbeiterInnen (Salin et al., 2013) • Werbung und Öffentlichkeitsarbeit (Wahl & Schneekloth, 2007; S. 16f.) • verbesserte Arbeitsbedingungen des Personals (Engels & Pfeuffer, 2007) • Akzeptanz als/Wertschätzung des Angehöriger: Angehörige können eigene Wünsche zur Pflege äußern; Biografie wird einbezogen • Mitwirkungsmöglichkeiten nach Wunsch • aktive Mitbestimmung im Entscheidungsprozess • MitarbeiterInnen ohne Konsequenzen auf Probleme aufmerksam machen können • regelmäßiger Kontakt zu den MitarbeiterInnen/zur Leitung etc. /Beratungsmöglichkeiten MitarbeiterInnen nehmen regelmäßig Kontakt zu Angehörigen auf/regelmäßiger Informationsaustausch über Pflegemaßnahmen/ Gesundheitszustand des Betroffenen • Akzeptanz des Angehörigen • Angehörige als ExpertInnen wahrnehmen • Angehörige als ExpertInnen in die Versorgung einbinden • Wertschätzung des Angehörigen • gewillte Angehörige adäquat als Ressource 	<p>Informationplattform</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegebezogene Vorträge zu Alzheimer für Angehörige + Entwicklung eines Demenzbuches z. B. Thema Schmerz, Demenz (von der Pflege oder Ärzten angeboten) • Erläuterung zu häuslichem Umgang mit Dementen (Strategien) → sinnvolle Öffentlichkeitsarbeit (Schaffung eines Vertrauensverhältnisses vor Heimeinzug) • Einbeziehung von Angehörigen in die Alltagsgestaltung.

Interventionen	
Literatur (auszugsweise)	Fokusgruppen
wahrnehmen <ul style="list-style-type: none"> • Mitwirkungsmöglichkeiten nach Wunsch • Engagement/Mitwirkung wird von den MitarbeiterInnen anerkannt → gewillte Angehörige als Ressource im Pflege- und Heimaltag wahrnehmen • Angehörige = Leihen in der professionellen Versorgung • Spannungen auf Grund von unterschiedlichen Perspektiven • organisatorische/strukturelle Hindernisse 	

Der **gemeinsame Fokus** von Angehörigen und dem Pflegepersonal ist die Betreuung des Bewohners/ der Bewohnerin.

- Rolle des Pflegepersonals: Erhalten ihre Pflegerolle durch Richtlinien, Verfahren innerhalb einer professionellen Beziehung, Kultur der Institution
- Rolle der Familien: Erhalten ihre Pflegerolle aus bestehenden Familienstrukturen, Werten und etablierten Beziehungen und durch aus einem ganzheitlichen menschlichen Interesse heraus (Schwartz & Vogel, 1990; Ryan & Scullion, 2000)

Dabei finden sich in der Literatur verschiedene Formen der Mitwirkung von Angehörigen. Dazu gehören Vorlesen, sich unterhalten, die Teilnahme an Angehörigentreffen, andere Bewohner einbeziehen, Mitglied des Heimbeirats, Beteiligung an Pflegeplanung, Vermittlung von Kontakten, Feste, Ausflüge, Veranstaltungen, Hilfe bei Pflege, Teilnahme an Pflegevisiten (Engels & Pfeuffer, 2007).

Dabei konnte Urlaub (1995; 24 f.) Angehörigentypen identifizieren: pflegende (aktiv Mitgestaltende und kontrollierend Begleitende) und delegierende Angehörige.

- **Typ A:** regelmäßig und aktiv an Pflege, Betreuung und Hauswirtschaft (z. B. Ehepartner) → ca. 12 %
- **Typ B:** regelmäßig zu Besuch kommen, eher soziale Betreuung (helfen nicht aktiv bei Pflege mit, bringen sich in Heimangelegenheiten ein), psychische Stabilisierung leisten und Kenntnisse zum Betroffenen an das Personal weitergeben → ca. 31 %

- **Typ C:** nicht ganz so häufige Besuche und eher flankierend tätig werden (Besorgungen, finanzielle Dinge erledigen) → ca. 29 %
- **Typ D:** seltener zu Besuch kommen, Pflege und Betreuung im Wesentlichen an die Einrichtung delegieren und punktuell „überwachen“ → ca. 27 %

8 Ausblick

Das innovative, abstrakte Pflege- und Betreuungskonzept (vor allem das Modell der Grundprinzipien; Abbildung 5) wird in weiterer Folge von fünf Pilothäusern, durch die wissenschaftliche Begleitung des Instituts für Pflegewissenschaft, in deren Versorgungspraxis umgesetzt. Dabei sollen unter anderem aus dem Konzept resultierende Auswirkungen, die Machbarkeit sowie die Praktikabilität evaluiert werden. Parallel zur Entwicklung des Rahmenkonzeptes wurde bereits im Frühjahr diesen Jahres eine Vollerhebung der Arbeitszufriedenheit und spezifischen Arbeitsbelastung beim Pflegepersonal durchgeführt, die für den weiteren Projektverlauf, neben den Erhebungen aus BewohnerInnenperspektive, als Basisdatensatz zur Evaluation auf Wirksamkeit dienen wird.

Die fünf Pilothäuser (LPH Amstetten, Himberg, Stockerau, Wiener Neustadt & Zwettl) wurden nach vorgegebenen Kriterien ausgewählt und die VertreterInnen aus diesen Landespflegeheimen haben sich für die Teilnahme freiwillig gemeldet.

Des Weiteren findet seit Oktober 2015 die Planung von Workshops für eine voraussichtlich im Jänner 2016 startende Begleitung aller übrigen Häuser statt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Begleitung zur selbstgesteuerten, flächendeckenden Umsetzung des Modells der Grundprinzipien.

9 Literaturverzeichnis

- 3Q-Studie** (2012). Zusammen erfassen, was zusammen gehört. http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Projekte/zusammenfassen-was-zusammengehoert-abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile
- Adams** KB, Sanders S & Auth EA (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging Ment Health*. 8(6), 475-85.
- Allen** J, Hutchinson AM, Brown R & Livingston PM (2014). Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 14:346.
- Aman** E & Thomas DR (2009). Supervised exercise to reduce agitation in severely cognitively impaired persons. *Journal of the American Medical Directors Association*. 10(4), 271-276.
- Andriessen** H, Scherder EJA, Goossens RHM & Sonneveld MH (2014). A systematic review of physical activity in dementia: The influence of the nursing home environment. *Applied Ergonomics*. 45, 1678-1686.
- Anderson** K, Bird M, Macpherson S, McDonough V & Davis T (2011). Findings from a pilot investigation of the effectiveness of a snoezelen room in residential care: should we be engaging with our residents more? *Geriatr Nurs*. 32(3), 166-77.
- Andersson** I, Pettersson E & Sidenvall B (2007). Daily life after moving into a care home – experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing*. 16(9), 1712-8.
- Attkisson** CC & Greenfield TK (2004). The UCSF Client Satisfaction Scales: I. The Client Satisfaction Questionnaire-8. In Maruish M (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment*. (3). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ballard** OC, O'Brien JT, Reichelt K & Perry EK (2002). Aromatherapy as a safe treatment for the management of agitation in severe dementia: The results of a double-blind placebo-controlled trial with Melissa. *J Clin Psychiatry*, 63(7), 553-558.
- Banerjee** S, Samsi K, Petrie C, Alvir J, Treglia M, Schwam E, et al. (2009). What do we know about quality of life in dementia? A review of the emerging evidence on the predictive and explanatory value of disease specific measures of health related quality of life in people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 24, 15–24
- Bangerter** LR, Van Haitsma K, Heid AR & Abbott K (2015). “Make Me Feel at Ease and at Home”: Differential Care Preferences of Nursing Home Residents. *The Gerontologist*, 1758-5341.
- Barnes** M, Blom A, Cox K, Lessof C & Walker A (2006). *The Social Exclusion of Older People: Evidence from the first wave of the English Longitudinal Study of Ageing (ELSA)*. London: Office of the Deputy Prime Minister, Social Exclusion Unit. http://www.ifs.org.uk/docs/odpm_social_exclusion.pdf
- Bartholomeyczik** S, Halek M, Sowinski C, Besselmann K, Dürrmann P, Haupt M, et al. (2006). *Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit (BMG). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Rahmenempfehlungen_zum_Umgang_mit_herausforderndem_Verhalten_bei_Menschen_mit_Demenz_in_der_stationaeren_Altenhilfe.pdf
- Becker** S, Kaspar R & Kruse A (2011). *Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE)*. Verlag Hans Huber, Bern.
- Beerens** HC, Zwakhalen SMG, Verbeek H, Ruwaard D & Hamers, JPH (2013). Factors associated with quality of life of people with dementia in long-term care facilities: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 50, 1259–1270.
- BMASK** (2008). *Demenzhandbuch*. <http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/8/3/CH1690/CMS1308577521270/demenzhandbuch%5B1%5D.pdf>
- BMASK** (2014). *Österreichischer Demenzbericht 2014*. http://www.pflegedaheim.at/cms/pflege/attachments/7/8/3/CH1690/CMS1308577521270/bericht_demenz2_2_2015_final.pdf
- Bone** C, Cheung G & Wade B (2010). Evaluating person centred care and Dementia Care Mapping in a psychogeriatric hospital in New Zealand: a pilot study. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 57. 35–40.
- Bosman** R, Bours GJJW, Engels J & De Witte LP (2008). Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 45, 518–525.
- Bowers** L, Brennan G, Winship G & Theodoridou C (2009). *Talking with Acutely Psychotic People: Communication Skills for Nurses and Others Spending Time with People Who Are Very Mentally Ill*. City University, London. <http://www.kcl.ac.uk/ioppn/depts/hspr/research/ciemh/mhn/projects/talking.pdf>
- Bradshaw** SA, Playford ED & Riaz A (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age Ageing*. 41(4), 429-40.
- Brenner** T & Brenner K (2004). Embracing Montessori methods in dementia care. *Journal of Dementia Care*, Bd. 12(3), 24-27.
- Brown Wilson** C & Davies S (2009). Developing personal relationships in care homes: realising the contributions of staff, residents and family members. *Ageing and Society*. 29(07), 1041-1063.

- Brownie S & Horstmanshof L** (2012). Creating the conditions for self-fulfilment for aged care residents. *Nurs Ethics*. 19(6), 777-86.
- Calkins M & Cassella C** (2007). Exploring the cost and value of private versus shared bedrooms in nursing homes. *The Gerontologist*, 47 (2).
- Chenoweth L, King MT, Jeon YH, Brodaty H, Stein-Parbury J, Norman R, Haas M & Luscombe G** (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *Lancet Neurology*. 8, 317–25.
- Choi H, Perera F, Pac A, Wang L, Flak E, Mroz E, et al.** (2008). Estimating individual-level exposure to airborne polycyclic aromatic hydrocarbons throughout the gestational period based on personal, indoor and outdoor monitoring. *Environ Health Perspect*. 116, 1509–1518.
- Chung JC, Lai CK, Chung PM & French HP** (2002). Snoezelen for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. (4):CD003152.
- Cohen-Mansfield J & Werner P** (1998). Longitudinal changes in behavioral problems in old age: a study in an adult day care population. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 53(1), 65-71.
- Cohen-Mansfield J, Thein K, Marx MS, Dakheel-Ali M & Freedman L** (2012). Efficacy of nonpharmacologic interventions for agitation in advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial. *J Clin Psychiatry*. 73(9), 1255-61.
- Cohen-Mansfield** (2013). Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Curr Treat Options Neurol*. 15(6), 765-85.
- Cohen-Mansfield J, Marx MS, Dakheel-Ali M & Thein K** (2015). The Use and Utility of Specific Nonpharmacological Interventions for Behavioral Symptoms in Dementia: An Exploratory Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 23(2), 160-70.
- Conroy DE, Hyde AL, Doerksen SE & Ribeiro NF** (2010). Implicit attitudes and explicit motivation prospectively predict physical activity. *Ann. Behav. Med*. 39, 112–118.
- Cooper C, Mukadam N, Katona C, Lyketsos CG, Ames D, Rabins P, Engedal K, de Mendonca Lima C, Blazer D, Teri L, Brodaty H & Livingston G** (2012). Systematic review of the effectiveness of non-pharmacological interventions to improve quality of life of people with dementia. *Int. Psychogeriatr*. 24, 856–870.
- Coyle J & Williams B** (2001). Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. *Journal of Advanced Nursing*. 36, 450-455.
- Cuijpers P, van Straten A & Smit F.** (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Geriatr Psychiatry*. 21(12), 1139-49.
- De Witte L, Schoot T & Proot I** (2006). Development of the client-centred care questionnaire. *Journal of Advanced Nursing*. 56, 62-68.
- Dilley L & Geboy L** (2010). Staff perspectives on person-centered care in practice. *Alzheimer's Care Today*. 11(3), 172-185.
- Edvardsson D, Winblad B & Sandman PO** (2008). Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *Lancet Neurol*. 7, 362–367.
- Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R & Gibson S** (2010). Development and initial testing of the Person-centered Care Assessment Tool (P-CAT). *Int Psychogeriatr*. 22(1), 101-8.
- Emerson E & Stancliffe RJ** (2004). Planning and action: comments on Mansell and Beale-Brown. *JARID*. 17, 23-26.
- Engels F & Pfeuffer F** (2007). Die Einbeziehung von Angehörigen und Freiwilligen in die Pflege und Betreuung in Einrichtungen. Untersuchung des Instituts für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik e.V. <https://www.isg-institut.de/download/ISG-Bericht%20MuG4.pdf>
- Fleming R & Purandare N** (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*. 22(7), 1084-1096.
- Forbes-Thompson S & Gessert CE** (2005). End of life in nursing homes: Connections between structure, process, and outcomes. *Journal of Palliative Medicine*. 8(3), 545-555.
- Fossey J, Ballard C, Juszcak E, James I, Alder N, Jacoby R & Howard R** (2006). Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*. 332(7544), 756-61.
- Franklin DJ, Brussaard C & Berges JA** (2006). What is the role and nature of programmed cell death in phytoplankton ecology? *European Journal of Phycology*. 41(1), 1-14.
- Fuh JL & Wang SJ** (2006). Assessing quality of life in Taiwanese patients with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 21(2), 103–107.
- Gatterer G** (2007). Demenz aus psychologischer Sicht. In W. D. Oswald, G. Gatterer & U. Fleischmann (Hrsg.), *Gerontopsychologie*. Wien: Springer-Verlag.
- Gaugler JE, Leach CR, Clay T & Newcomer RC** (2004). Predictors of Nursing Home Placement in African Americans with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 52(3), 445-52.
- Gellis ZD, McClive-Reed KP & Brown E** (2009). Treatments for Depression in Older Persons with Dementia. *Ann Longterm Care*. 2; 17(2), 29-36.

- Gigliotti C & Jarrott S (2005).** Effects of horticulture therapy on engagement and affect. *Canadian Journal of Aging*. 24(4), 367-377.
- Goto S, Kamal N, Puzio H, Kobylarz F & Herrup K (2014).** Differential responses of individuals with late-stage dementia to two novel environments: a multimedia room and an interior garden. *J Alzheimers Dis*. 42(3), 985-98.
- Guzmán-García A, Hughes JC, James IA & Rochester L (2013).** Dancing as a psychosocial intervention in care homes: a systematic review of the literature. *Int J Geriatr Psychiatry*. 28(9), 914-24.
- Harmer BJ & Orrell M (2008).** What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of older people with dementia, staff and family carers. *Aging Ment Health*. 12(5), 548-58.
- Hauge S & Heggen K (2008).** The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms. *J Clin Nurs*. 17(4), 460-7.
- Haugen AS, Muruges S, Haaverstad R, Eide GE & Sjøfteland E (2013).** A survey of surgical team members' perceptions of near misses and attitudes towards Time Out protocols. *BMC Surg*. 13, 46.
- Hauprich J, Mayrhofer S & Mayer H (2015).** Im Spannungsfeld ‚Sicherheit-Risiko-Selbstbestimmung‘ agieren. Ein Praxis-Wissenschaftsdialog in der Demenzversorgung. Endbericht. Unveröffentlicht, Universität Wien.
- Hawthorne G (2006).** Measuring social isolation in older adults: Development and initial social validation of the Friendship Scale. *Social Indicators Research*. 77, 521-548.
- Heeg S, Kuhn C & Radzey B (2004).** Lernen von MIDEMAS – Welche Chancen bieten Demenzwohngruppen im stationären Bereich? In: Keine Zeit zu verlieren: Tagungsreihe der deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 5, S. 81-92.
- Heliker D & Scholler-Jaquis A (2006).** Transition of new residents to long-term care: basing practice on residents' perspective. *J Gerontol Nurs*. 32(9), 34-42.
- Hwang HL, Lin H, Tung Y & Wu H. (2006).** Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: a cross-sectional survey. *Int. J. Nurs. Stud*. 43, 429–437.
- James I, Mackenzie L & Mukaetova-Ladinska E (2006).** Doll use in care homes for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, (21), 1093-1098.
- James I, Blomberg K & Kihlgren A (2014).** A meaningful daily life in nursing homes - a place of shelter and a space of freedom: a participatory appreciative action reflection study. *BMC Nursing*. 13:19.
- Kane RA (2003).** Definition, measurement, and correlates of quality of life in nursing homes: Toward a reasonable practice, research, and policy agenda. *The Gerontologist*, 43, (Special Issue 2), 28-36.
- Kane RA, Kling KC, Bershadsky B, Kane RL, Giles K, Degenholtz HB, Liu J & Cutler LJ (2003).** Quality of life measures for nursing home residents. *J. Gerontol. A: Biol. Sci. Med. Sci*. 58 (3), 240–248.
- Kehyayan V, Hirdes JP, Tyas SL & Stolee P (2015).** Residents' Self-Reported Quality of Life in Long-Term Care Facilities in Canada. *Can J Aging*. 34(2), 149-64.
- Kinjerski V & Skrypnik BJ (2008).** The Promise of Spirit at Work: Increasing Job Satisfaction and Organizational Commitment and Reducing Turnover and Absenteeism in Long-term Care. *Journal of Gerontological Nursing*. 43(10), 17-27.
- Kitwood T (1997).** *Dementia Reconsidered: The Person Comes First*. Open University Press, Buckingham.
- Klann N, Hahlweg K & Heinrichs N (2003).** Diagnostische Verfahren für die Beratung: Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Hogrefe, Göttingen (u.a.), Verl. für Psychologie.
- Kolland F (2014).** Stellungnahme zum Konzept für die NÖ Landespflegeheime (Stand 11.6.2014). Unveröffentlicht, Universität Wien.
- Koppitz A (2009).** „Erfahrungen von, betagten alten Menschen beim Einzug in ein Alten-oder Pflegeheim,“ Hallesche Beiträge zu den Gesundheits-und Pflegewissenschaften. 8(24), 3–21.
- Krist L, Dimeo F & Keil T (2013).** Can progressive resistance training twice a week improve mobility, muscle strength, and quality of life in very elderly nursing-home residents with impaired mobility? A pilot study. *Clin Interv Aging*. 8, 443–448.
- Li J & Porock D (2014).** Resident outcomes of person-centered care in long-term care: a narrative review of interventional research. *Int J Nurs Stud*. 51(10), 1395-415.
- Macera CA, Eaker ED, Jannarone RJ, Davis DR & Stoskopf CH (1993).** A Measure of Perceived Burden among Caregivers. *Evaluation & the Health Professions*. 16 (2), 204–211.
- Magito-Mclaughlin D, Spinosa TR & Marsalis MD (2002).** 'Overcoming the barriers: moving towards a service model that is conducive to person-centred planning'. In Holburn S & Vietze PM (eds) *Person-centred Planning: Research, Practice and Future Directions*. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Majercsik E (2005).** Hierachy of Needs of Geriatric Patients. *Gerontology*. 51, 170–173.
- Marquardt G & Schmiege P (2009).** Dementia-Friendly Architecture: Environments That Facilitate Wayfinding in Nursing Homes. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 24(4), 333-40.

- Marshall M.** (1998). Environment: How it helps to see dementia as a disability. *The Journal of Dementia Care*, 6(1), 15–17.
- Matusitz J, Breen GM, Zhang NJ & Seblega BK** (2013). Improving nursing home resident integrity by optimizing interpersonal communication skills in clinical staff. *J Evid Based Soc Work*. 10(2), 63-72.
- McCance T, Slater P & McCormack B** (2009). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 18, 409–417.
- McCormack B** (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: An overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*. 13(3a), 31-8.
- McCormack B & McCance TV** (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *J Adv Nurs*. 56(5), 472-9.
- McCormack B, Karlsson B, Dewing J & Lerdal A** (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. *Scand J Caring Sci*. 24(3), 620-34.
- McCormack B & McCance TV** (2010). *Person-centred Nursing: Theory and Practice*. Wiley-Blackwell, Oxford.
- McCormack B, Roberts T, Meyer J, Morgan D & Boscart V** (2012). Appreciating the 'person' in long-term care. *Int J Older People Nurs*. 7(4), 284-94.
- McKeown J, Clarke A, Ingleton C, Ryan T, & Repper J** (2010). The use of life story work with people with dementia to enhance person-centred care. *International Journal of Older People Nursing*. 5(2), 148-158.
- Missotten P, Squelard G, Ylieff M, Di Notte D, et al.** (2008). Quality of life in older Belgian people: comparison between people with dementia, mild cognitive impairment, and controls. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23(11), 1103-9.
- Mitchell PH, Powell L, Blumenthal J, Nortén J, Ironson G, Pitula CR, et al.** (2003). A short social support measure for patients recovering from myocardial infarction: The ENRICH Social Support Inventory. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*. 23(6), 398–403.
- Morgan S & Yoder LH** (2012). A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*. 30(1):6-15.
- Moyle W, Murfield J, Venturto L, Griffiths S & Grimbeek P** (2014). Dementia and its influence on quality of life and what it means to be valued: Family members' perceptions. *Dementia*. 13(3), 412–425.
- Muntinga ME, Mokkink LB, Knol DL, Nijpels G & Jansen AP** (2014). Measurement properties of the Client-centered Care Questionnaire (CCCQ): factor structure, reliability and validity of a questionnaire to assess self-reported client-centeredness of home care services in a population of frail, older people. *Qual Life Res*. 23(7), 2063-72.
- Narayanasamy A, Clissett P, Parumal L, Thompson D, Annasamy S & Edge R** (2004). Responses to the spiritual needs of older people. *Journal of Advanced Nursing*. 48(1), 6-16.
- Neal M & Wright BP** (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. (3):CD001394.
- Nolan MR, Davies S, Brown B, Keady J & Nolan J** (2004). Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing. *International Journal of Older People Nursing*. 13, 45–53.
- O'Rourke HM, Duggleby W, Fraser KD & Jerke L** (2015). Factors that affect quality of life from the perspective of people with dementia: a metasynthesis. *J Am Geriatr Soc*. 63(1), 24-38.
- Onder G et al.** (2012). Assessment of nursing home residents in Europe: the Services and Health for Elderly in Long TERM care (SHELTER) study. *BMC Health Serv Res*. 9, 12:5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286368/pdf/1472-6963-12-5.pdf>
- Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, van Gennip IE, Willems DL & Onwuteaka-Philipsen BD** (2013). Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 13:353.
- Orrell M, Spector A, Thorgrimsen L and Woods B** (2005). A pilot study examining the effectiveness of maintenance Cognitive Stimulation Therapy (MCST) for people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20: 446-451.
- Packer T** (2003). Turning rhetoric into reality: person-centred approaches for community mental health nursing. In Keady J, Clarke C & Adams T (eds) *Community Mental health nursing and dementia Care*. Open university Press, Maidenhead, pp. 104–119.
- Palese A, Granzotto D, Broll MG & Carlesso N** (2010). From health organization-centred standardization work process to a personhood-centred care process in an Italian nursing home: effectiveness on bowel elimination model. *International Journal of Older People Nursing*. 5, 179–187.
- Pettigrew S & Roberts M** (2008). Addressing Loneliness in Later Life, *Aging and Mental Health*, 12(3), 1-8.
- Pfabigan D & Kacel P** (2010). „Und ohne Würde wäre das Leben auf alle Fälle nicht lebenswert“, Würde und Autonomie im Kontext geriatrischer Langzeitpflege. Projektbericht einer disziplin- und methodenübergreifenden Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns. Universität Wien und Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung.
- Pinquart M, Duberstein PR & Lyness JM** (2006). Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 163(9), 1493-501.
- Rahman AN & Schnelle JF** (2008). The nursing home culture-change movement: recent past, present, and future directions for research. *Gerontologist*. 48(2), 142-8.

- Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, Levine M. et al. (2008).** Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 148, 379–397.
- Rannestad T (2005).** Hysterectomy: effects on quality of life and psychological aspects. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology.* 19, 419–430.
- Ridder HM, Stige B, Qvale LG & Gold C (2013).** Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging Ment Health.* 17(6), 667-78.
- Rieckmann N, Schwarzbach C, Nocon M, Roll S, Vauth C, Willich SN & Greiner W (2009).** Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. Schriftenreihe Health Technology Assessment (80). http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta215_bericht_de.pdf
- Royer M, Ballentine NH, Eslinger PJ, Houser K, Mistrick R, Behr R & Rakos K (2012).** Light therapy for seniors in long term care. *J Am Med Dir Assoc.* 13(2), 100-2.
- Ryan, A.A. & Scullion, H.F. (2000).** Family and staff perceptions of the role of families in nursing homes *Journal of Advanced Nursing.* 32 (3), 626-634.
- Schrijnemaekers VJJ, Van Rossum E, Candel MJJM, et al. (2003).** Effects of emotion-oriented care on work-related outcomes of professional caregivers in homes for elderly persons. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 58, 50–57.
- Schumacher J, Klaiberg A & Brähler E (2003).** Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In Schumacher J, Klaiberg A & Brähler E (Hrsg.). *Diagnostische verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden.* Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz A.N. & Vogel M.E. (1990)** Nursing home staff and residents: families' role expectations. *Gerontologist.* 30, 49-53.
- Sherratt K, Thornton A & Hatton C. (2004).** Music interventions for people with dementia: a review of the literature. *Aging Ment Health.* 8(1):3-12.
- Shin JH (2015).** Doll therapy: an intervention for nursing home residents with dementia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 53(1), 13-8.
- Sidani S & Braden CJ (2011).** Design, evaluation, and translation of nursing interventions. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Silva JM Jr, de Oliveira AM, Nogueira FA, Vianna PM, Pereira Filho MC, Dias LF et al. (2013).** The effect of excess fluid balance on the mortality rate of surgical patients: a multicenter prospective study. *Crit Care.* 17(6), R288.
- Sjögren K, Lindkvist M, Sandman PO, Zingmark K & Edvardsson D (2015).** To what extent is the work environment of staff related to person-centred care? A cross-sectional study of residential aged care. *J Clin Nurs.* 24(9-10), 1310-9.
- Slettebø Å (2008).** Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård i Norden/Nordic Journal of Nursing Research and Clinical Studies.* 28(1), 22–25. <https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/487/2/416616.pdf>
- Solé C, Mercadal-Brotons M, Galati A & De Castro (2014).** Effects of group music therapy on quality of life, affect, and participation in people with varying levels of dementia. *J Music Ther.* 51(1), 103-25.
- Spector A, Thorgrimsen L, Woods B & Orrell M (2006).** Making a difference: An evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia. Hawker Publications: UK.
- te Boekhorst S, Depla MF, de Lange J, Pot AM & Eefsting JA. (2009).** The effects of group living homes on older people with dementia: a comparison with traditional nursing home care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 24(9):970-8.
- Thomas JE, O'Connell B & Gaskin CJ (2013).** Residents' perceptions and experiences of social interaction and participation in leisure activities in residential aged care. *Contemp Nurse.* 45(2), 244-54.
- Thornton A, Hatton C & Tatham A (2004).** Dementia Care Mapping reconsidered: exploring the reliability and validity of the observational tool. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 19, 718-726.
- Tsai YF, Wong TK, Tsai HH & Ku YC (2008).** Self-worth therapy for depressive symptoms in older nursing home residents. *Journal of Advanced Nursing.* 64(5), 488–494.
- Ueda T, Suzukamo Y, Sato M & Izumi S (2013).** Effects of music therapy on behavioral and psychological symptoms of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Ageing Res Rev.* 12(2), 628-41.
- Underwood M, Lamb SE, Eldridge S, Sheehan B, Slowther A, Spencer A, Thorogood M, Atherton N, Bremner SA, Devine A, Diaz-Ordaz K, Ellard DR, Potter R, Spanjers K & Taylor SJ (2013).** Exercise for depression in care home residents: a randomised controlled trial with cost-effectiveness analysis (OPERA). *Health Technol Assess.* 17(18), 1-281.
- Urlaub KH (1995).** Angehörigenarbeit in Heimen. Konzepte und Erfahrungen. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). 109. Köln.
- Van den Pol-Grevelink A, Jukema JS & Smits CH (2012).** Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International journal of geriatric psychiatry.* 27(3), 219-29.
- Verkaik R, van Weert JC & Francke AL (2005).** The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 20(4), 301-314.

- Vink AC, Zuidersma M, Boersma F, de Jonge P, Zuidema SU & Slaets JP (2013).** The effect of music therapy compared with general recreational activities in reducing agitation in people with dementia: a randomised controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 28(10), 1031-8.
- Ward-Smith P, Llanque SM & Curran D (2009).** The effect of multisensory stimulation on persons residing in an extended care facility. *Am J Alzheimers Dis Other Demen*. 24(6), 450-5.
- White DL, Newton-Curtis L & Lyons KS (2008).** Development and Initial Testing of a Measure of Person-Directed Care. *The Gerontologist*. 48, 114-123.
- W. K. Kellogg Foundation (2004).** Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action Logic Model Development Guide. Battle Creek.
- Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, et al. (2007).** Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Arch. Gen. Psychiatry*. 64, 234–240.
- Winkler I, Matschinger H & Angermeyer MC (2006).** Der WHOQOL-OLD–Ein Fragebogen zur interkulturellen Erfassung der Lebensqualität im Alter. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 56, 63-69.
- Woods B, Spector A, Jones C, Orrell S & Davies S (2005).** Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev*. 18(2): CD001120.
- Wu MC, Sung HC, Lee WL & Smith GD (2014).** The effects of light therapy on depression and sleep disruption in older adults in a long-term care facility. *Int J Nurs Pract*. DOI: 10.1111/ijn.12307.
- Yoon JY, Roberts T, Grau B & Edvardsson D (2015).** Person-centered Climate Questionnaire-Patient in English: A psychometric evaluation study in long-term care settings. *Arch Gerontol Geriatr*. 61(1), 81-7.
- Zimmerman S, Anderson WL, Brode S, Jonas D, Lux L, Beeber AS, Watson LC, Viswanathan M, Lohr KN, Sloane PD (2013).** Systematic review: Effective characteristics of nursing homes and other residential long-term care settings for people with dementia. *J Am Geriatr Soc*. 61(8), 1399-409.