

LAURA MARIA STEINER, SABINE HAHN

Die Sicht von Pflegefachpersonen auf gesundheitsbezogene Lebensqualität in Alters- und Pflegeinstitutionen: Eine qualitative Studie

ZUSAMMENFASSUNG

In der Schweiz lebt eine wachsende Gruppe älterer Menschen in Alters- und Pflegeinstitutionen. Studien zeigen auf, dass Pflegenden die Lebensqualität der Bewohnenden positiv beeinflussen können. Einerseits in dem sie individuelle Bedürfnisse in Bezug auf Lebensqualität beobachten und erfragen, andererseits durch ihr professionelles Handeln. Dennoch existiert wenig Wissen zur Sichtweise von Pflegenden. Ziel dieser Studie ist, diese Sicht der Pflegenden zur Lebensqualität von Pflegeheimbewohnenden aufzuzeigen sowie die damit verbundenen Herausforderungen zu beschreiben. Hierzu wurden 13 Interviews mit Pflegenden im Alter zwischen 22 und 56 Jahren geführt und inhaltsanalytisch ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Lebensqualität der Bewohnenden ein zentrales Anliegen für die Teilnehmenden darstellt. Ihre Sichtweise zur Lebensqualität wird in acht Hauptkategorien beschrieben. Die Pflegenden begründeten Herausforderungen mit der zunehmenden Ökonomisierung des Pflegealltags, der Fürsorgepflicht und dem Recht auf persönliche Freiheit und Selbstbestimmung sowie der Heimeintrittsphase. Dem Verständnis von Lebensqualität der Pflegenden sollte auch in der Praxis vermehrte Beachtung geschenkt werden, um die Bedürfnisse nach Lebensqualität der Bewohnenden vertieft zu erfassen und zu fördern.

SCHLÜSSELBEGRIFFE: Gesundheitsbezogene Lebensqualität, Pflegefachpersonen, Alters- und Pflegeheime, Inhaltsanalyse

Nurses' views on health-related quality of life in nursing homes: A qualitative study

ABSTRACT

In Switzerland, a growing population of older people live in nursing homes. Studies revealed that nurses can positively influence residents' quality of life through observing and inquiring about their individual needs and through their professional action. However, little knowledge exists regarding nurses' perspectives on this topic. The aim of this study was to depict the nurses' perspective on the quality of life of nursing home residents, along with describing the associated challenges. Therefore, 13 interviews with nurses between 22 to 56 years of age were carried out, and content analysis was conducted. The results showed that the residents' quality of life represented a central concern for the participating nurses. Their perceptions regarding quality of life were described in eight main categories. They stated that the challenges included increasing cutbacks in daily care, the provision of care, the right to personal freedom and self-determination, as well as admission to a nursing home. The knowledge that those providing care have in regards quality of life should receive more consideration in practice. This would promote a deeper comprehension of the requirements necessary to promote residents' quality of life.

KEYWORDS: Health-related quality of life, nurses, nursing homes, content analysis

Einleitung und theoretischer Hintergrund

Aufgrund der demografischen Entwicklung leben immer mehr ältere Menschen in Alters- und Pflegeinstitutionen (API). Die Schweiz ist von dieser Entwicklung ebenso betroffen, wie andere europäische Länder (Chouiter, Wodchis, Abderhalden, & von Gunten, 2015; Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011). Gesundheitliche Beeinträchtigungen und der zunehmende Unterstützungs- und Pflegebedarf sind Beweggründe, weshalb ältere Menschen die Selbstständigkeit zuhause aufgeben und die API als letzten Wohn- und Lebensort wählen (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010; Kane, 2001). Der Umzug in eine API ist für die Betroffenen stets mit großen Veränderungen verbunden. Zentrale Lebensbereiche werden in der Gemeinschaft mit anderen im gleichen zeitlichen Rhythmus und über längere Zeit hinweg gestaltet. Dies kann große Auswirkungen auf ihre Identität (Estermann & Kneubühler, 2008), die individuelle Lebensqualität (Bradshaw, Playford, & Riazi, 2012) und das persönliche Wohlbefinden (Liu, Norman, & While, 2013) haben. Gemäß Kane et al. (2003) ist das Ziel einer qualitativ hochwertigen Pflege der Erhalt und die Förderung der bestmöglichen Lebensqualität. In den letzten Jahren wurde deswegen in den API der Fokus auf die Aufrechterhaltung und Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gelegt (Chouiter et al., 2015). Die Erfassung, Beurteilung und Förderung der Lebensqualität zur Messung von Pflegequalität in den API gewann dadurch an Bedeutung (van Malderen, Mets, & Gorus, 2013; Gabriel & Bowing, 2004).

In der Literatur wird die Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt verstanden (Schenk, Meyer, Behr, Kuhlmeier, & Holzhausen, 2013; Drageset et al., 2009; Hjaltadóttir & Gústafadóttir, 2007). Generell wird zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität unterschieden (Schenk et al., 2013; Walker, 2005). Die subjektive Lebensqualität oder gesundheitsbezogene Lebensqualität (nachfolgend als Lebensqualität bezeichnet) beinhaltet körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens sowie der Funktionsfä-

higkeit und nimmt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an Wichtigkeit zu (Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2003; Alagic & Staudinger, 2011; Theofilou, 2011). Kane (2001) sowie Kane et al. (2003) beschreiben Lebensqualität in elf Dimensionen: Gesundheitsbezogene Autonomie; Individualität; Würde; Beziehungen; Komfort; Freude und Unterhaltung; sinnvolle Aktivitäten; Privatsphäre; Sicherheit; spirituelles Wohlbefinden und funktionale Kompetenzen. Zur Identifikation der Dimensionen wurden Literaturreviews, Expertenmeinungen, Fokusgruppen mit Bewohnenden und Stakeholdern genutzt (Kane et al., 2003). Die entwickelten Dimensionen scheinen daher breit abgestützt und neben der wissenschaftlichen Perspektive diejenige der Fachpersonen und der Betroffenen einzubeziehen. Schenk et al. (2013) führen zehn Hauptkategorien der Lebensqualität aus: Soziale Kontakte; Selbstbestimmtheit und Autonomie; Privatsphäre; Frieden und Ruhe; abwechslungsreiche Stimuli und Aktivitäten; sich zuhause fühlen; Sicherheit; Gesundheit; Informiertheit und sinnvolle Aktivitäten – wobei *soziale Kontakte* als zentrale Kategorie für die Lebensqualität in API beschrieben wird (Schenk et al., 2013). Das systematische Review von Bradshaw et al. (2012) identifiziert vier Kerndimensionen subjektiver Lebensqualität aus Sicht der Bewohnenden: Akzeptanz und Anpassung an die neue Lebenssituation; in Verbindung sein mit anderen; häusliche Umgebung und Pflegepraktiken. Die Autorinnen und Autoren stellten fest, dass Pflegepraktiken einen bedeutenden Einfluss auf das Wohlbefinden und somit auf die Lebensqualität haben können. Pflegenden können das Wohlbefinden und somit die Lebensqualität von Heimbewohnenden erhalten und fördern (Gerritsen, Steverink, Ooms, & Ribbe, 2004; Kane, 2003). Sie stehen in ständigem Kontakt mit den Bewohnenden, beobachten täglich Bezugspunkte zur Lebensqualität und nehmen Bedürfnisse der Bewohnenden in Bezug auf Lebensqualität wahr. Gemäß Estermann und Kneubühler (2008) haben demnach Pflegenden in den API eine Schlüsselfunktion inne. Einerseits durch den Kontakt mit den Bewohnenden und daraus resultierend die Unterstützung in den Alltagsaktivitäten, andererseits durch ihr professionelles Handeln zur Sicherstellung von Pflege und sozialer

Teilhabe (Estermann & Kneubühler, 2008). Dadurch können Pflegenden die Lebensqualität älterer Menschen in den API aufrechterhalten und fördern (Gerritsen et al., 2004). Die Wahrnehmung von Lebensqualität zwischen den Pflegenden und den Bewohnenden kann jedoch stark variieren (Estermann & Kneubühler, 2008; Berglund & Ericsson, 2003). Gerade in Bereichen, die den Heimaltag bestimmen, wie beispielsweise Mahlzeiten oder Ausscheidung, decken sich die Problemdefinitionen bezüglich Lebensqualität zwischen Pflegenden und Bewohnenden in ungenügender Weise (Estermann & Kneubühler, 2008). Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass Pflegenden den Bedürfnissen der Bewohnenden in Bezug auf die Lebensqualität zu wenig Aufmerksamkeit schenken und dadurch zu wenig berücksichtigen (Berglund & Ericsson, 2003). Noch ist jedoch wenig zur Sichtweise von Pflegenden auf Lebensqualität in den API bekannt und welche Herausforderungen die Förderung der Lebensqualität an die Pflegenden in den API stellt.

Zielsetzung und Fragestellung

Das Ziel dieser Studie ist, die Sichtweise von Pflegefachpersonen auf die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner in der API zu beschreiben und die mit der Förderung der Lebensqualität verbundenen Herausforderungen und benötigten Ressourcen aufzuzeigen.

Leitend für die Studie war folgende Fragestellung: Wie beschreiben diplomierte Pflegefachpersonen ihre Sichtweise in Bezug auf die Lebensqualität für die von ihnen betreuten Bewohnerinnen und Bewohner in Alters- und Pflegeinstitutionen?

Methode und Vorgehen

Um sich dem aus der Perspektive von Pflegefachpersonen bisher wenig beleuchteten Thema Lebensqualität in den API anzunähern sowie Herausforderungen und Ressourcen aufzudecken, wurde ein qualitativ deskriptives Studiendesign mit inhaltsanalytischer Auswertung gewählt.

STICHPROBE UND SETTING

An der Studie teilgenommen haben diplomierte Pflegefachpersonen aus vier API, die bereits an der Studie „Residents Perspectives of Living in Nursing Homes in Switzerland“ (RESPONS), der Berner Fachhochschule (BFH) mitgemacht haben (Hahn, 2013). Die Studie RESPONS untersucht Pflege- und Lebensqualität aus Sicht der Bewohnenden von API. Durch die Teilnahme an der RESPONS Studie war der Zugang zu den Pflegefachpersonen in diesen Heimen möglich und das Thema Lebensqualität von Bedeutung. Die Heimleitungen wurden durch die Erstautorin kontaktiert und über das Ziel der Studie informiert. Danach klärten die Heimleitungen ab, welche Pflegefachpersonen sich für eine Teilnahme an der Befragung interessierten. Mit der Einwilligung der interessierten Pflegefachpersonen übermittelte die Heimleitung deren Kontaktdaten an die Erstautorin. Daraufhin wurden die potenziellen Studienteilnehmenden durch die Autorin telefonisch kontaktiert, über die Studieninhalte informiert, und bei Einwilligung zur Studienteilnahme wurde direkt ein Termin für ein Interview vereinbart. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Stichprobengröße von mindestens zehn Pflegefachpersonen angestrebt.

DATENSAMMLUNG

Die Datensammlung erfolgte mittels Einzelinterviews, um persönliche Ansichten und tiefe Erkenntnisse zu gewinnen (Flick, 2002). Die Einzelinterviews wurden leitfadengestützt anhand der Dimensionen der Lebensqualität von Kane (2001) und Kane et al. (2003) durchgeführt. Dieses Kategorienschema wurde gewählt, da es eines der wenigen ist, welches die Sichtweise von Fachpersonen und Bewohnenden einbezieht. Die Interviews fanden je nach Wunsch der Teilnehmenden bei diesen zuhause oder am Arbeitsort statt. Der Leitfaden bestand aus sechs Haupt- sowie Vertiefungsfragen, welche auf Lebensqualität in der API abzielten. Nachfolgend in der Tabelle 1 sind die Hauptfragen sowie die Vertiefungsfragen des Leitfadens ersichtlich. Die Interviews dauerten zwischen 20 und 50 Minuten (Median: 33) und wurden digital aufgezeichnet.

DATENANALYSE

Die Interviews wurden von der Erstau-

Tabelle 1: Leitfaden Haupt- und Vertiefungsfragen

1	Können Sie mir beschreiben, was für Sie Lebensqualität im API ist?	
2	Welche Bedeutung hat ihrer Meinung nach die Lebensqualität in API für die Bewohnerinnen und Bewohner?	<i>Erzählen Sie mir bitte ein Beispiel aus dem API, an dem das deutlich wird. Können Sie das noch vertiefter ausführen? Wie meinen Sie das? Wie ging es dann weiter? Was hat das ausgelöst?</i>
3	Was bedeutet es für Sie, in ihrer beruflichen Tätigkeit, Lebensqualität zu fördern?	<i>Schildern Sie mir bitte eine entsprechende Situation. Wie fördern Sie Lebensqualität bei den Betroffenen? Können Sie das noch vertiefter ausführen? Wie meinen Sie das? Wie ging es dann weiter? Was hat das ausgelöst?</i>
4	Welche Aspekte der Lebensqualität sind aus Ihrer Sicht für die Bewohnerinnen und Bewohnern wichtig?	<i>Können Sie das noch vertiefter ausführen? Wie meinen Sie das? Wie ging es dann weiter? Was hat das ausgelöst?</i>
5	Welche Aspekte der Lebensqualität für die Bewohnerinnen und Bewohnern stellen sich aus ihrer Sicht als herausfordernd dar?	<i>Können Sie das noch vertiefter ausführen? Wie meinen Sie das? Wie ging es dann weiter? Was hat das ausgelöst?</i>
6	Was gefährdet aus Ihrer Sicht Lebensqualität im API?	<i>Können Sie das noch vertiefter ausführen? Wie meinen Sie das? Wie ging es dann weiter? Was hat das ausgelöst?</i>

torin nach den Regeln von Dresing und Pehl (2013) transkribiert. Besondere Eindrücke zu den Gesprächssituationen wurden in Feldnotizen festgehalten. Die Transkripte wurden anschließend mit Hilfe der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring & Brunner, 2010) analysiert. Hierzu wurden in der ersten Analysephase zunächst deduktiv die Daten den thematischen Hauptkategorien gemäß den elf Lebensqualitäts-Dimensionen nach Kane et al. (2003) zugeordnet. Dieses vorläufige Kategoriensystem wurde in der zweiten Analysephase mit einem induktiven Vorgehen erweitert. Daten, welche nicht zugeordnet werden konnten, wurden induktiv zu Kategorien zusammengefasst. In einer dritten Analysephase wurden alle codierten Textstellen überprüft und, wenn sinnvoll, den neu gebildeten Kategorien oder Subkategorien zugeordnet. Das entwickelte Kategoriensystem wurde durch die Zweitautorin überprüft. Danach wurde es visualisiert und mit Peers (Forschenden auf gleicher Ausbildungs-

stufe) auf Nachvollziehbarkeit überprüft bzw. überarbeitet.

Für die vorliegende Studie wurden die Gütekriterien nach Mayring & Brunner (2010) verwendet. Die Durchführung der Datensammlung sowie die Analyse und Interpretationen wurde beschrieben und die intersubjektive Nachvollziehbarkeit gewährleistet. Die Ergebnisse der Analyse wurden mit wörtlichen Zitaten aus den Daten belegt. Die Regelgeleitetheit ist unter der Anwendung des Ablaufrasters zur qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2014) gewährleistet. Die Nähe zum Gegenstand wurde durch die vertiefte Auseinandersetzung der Autorinnen mit dem Pflegebereich der API und der mehrjährigen Pflegeerfahrung der Autorinnen sichergestellt. Die kommunikative Validierung wurde nicht mit den Interviewten durchgeführt, jedoch wurden die einzelnen Analyseschritte und die Ergebnisse mit Peers diskutiert.

ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN

Die vorliegende Studie wurde bei der zuständigen Ethikkommission eingereicht, welche die Studie nach Prüfung gemäß Schweizerischem Humanforschungsgesetz als nicht bewilligungspflichtig einschätzte. Die Teilnehmenden wurden mündlich und schriftlich betreffend der Zielsetzung, den Studieninhalten und dem Vorgehen informiert. Die Studienteilnahme war freiwillig. Es wurde auf die Anonymisierung der Daten im Transkriptionsprozess sowie auf den jederzeit möglichen Abbruch der Teilnahme ohne Begründung und nachteilige Konsequenzen hingewiesen. Eine informierte, schriftliche Zustimmung war Voraussetzung für die Teilnahme.

Ergebnisse

Insgesamt wurden dreizehn Pflegefachpersonen aus vier API im Zeitraum zwischen November 2014 und März 2015 interviewt. Davon wurden zehn Teilnehmende an ihrem Arbeitsplatz befragt und drei in ihrer häuslichen Umgebung. Teilgenommen haben ausschließlich weibliche diplomierte Pflegefachpersonen im Alter von 22 bis 56 Jahre (Median: 31). Sie verfügen über durchschnittlich zwölf Jahre Arbeitserfahrung (Spannweite: 2-29 Jahre). Sechs Pflegefachpersonen arbeiten auf einer Demenzabteilung und sieben auf Abteilungen mit integrativem Ansatz (Menschen mit Demenz und kognitiv gesunde Menschen leben auf der gleichen Abteilung zusammen).

Die Ergebnisse gliedern sich in zwei Teile. Zuerst wird die generelle Sichtweise der Lebensqualität in der API aus Sicht der Pflege beschrieben. Danach werden die ermittelten Aspekte der Lebensqualität in acht Hauptkategorien ausgeführt. Diese sind: (1) Individualität, Identität und Würde; (2) Soziale Kontakte und Beziehungen pflegen; (3) Selbstbestimmung und Selbstständigkeit; (4) Sinnvolle Aktivitäten und Unterhaltung; (5) Gesundheitserleben und Komfort; (6) Spirituelles Wohlbefinden; (7) Bedürfnis nach Privatsphäre und Ruhe; (8) Sicherheit und Geborgenheit.

GENERELLE SICHTWEISE AUF LEBENSQUALITÄT IN DEN API

Allen Teilnehmenden ist die Lebensqualität von Bewohnerinnen und Bewohnern in der API ein wichtiges Anliegen.

Es wird betont, dass Lebensqualität individuell ist und demnach gemeinsam mit den Bewohnenden ermittelt werden muss, was für sie Lebensqualität ausmacht:

„Also das heisst, dass ich mal herausfinden muss, was für den Bewohner wichtig ist (Abk.). Es ist eine subjektive Bewertung und das heisst für mich, ich muss in Interaktion treten mit dem Bewohner und herausfinden, was für ihn wichtig ist, was SEINE Lebensqualität ist und das ist denke ich, eine grosse Herausforderung für uns.“ (TN1, 16)

Pflegende nehmen wahr, dass jüngere Bewohnende im API veränderte Bedürfnisse in Bezug auf Lebensqualität äußern. Der Stellenwert der Lebensqualität im Alltag nimmt zu, was sich beispielsweise in der Körperpflege und den veränderten Essgewohnheiten bemerkbar macht. Es ist selbstverständlich, dass täglich geduscht zu sein und der allgemeinen Körperpflege viel Aufmerksamkeit geschenkt wird. Bezüglich Essgewohnheiten bedeutet dies, dass traditionelle Gerichte wie beispielsweise das früher in der Schweiz weit verbreitete „Café-Complét“ zum Nachtessen (bestehend aus Milchkaffee, Konfitüre, Butter, Käse und Brot) immer weniger nachgefragt werden.

ASPEKTE DER LEBENSQUALITÄT Individualität, Identität und Würde

Für Pflegende ist es zentral, auf individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnenden eingehen zu können. Dazu ist es wichtig, die Abneigungen und Vorlieben der Bewohnenden zu kennen und dafür zu sorgen, dass diese soweit dies im institutionellen Rahmen möglich ist, ausgelebt werden können:

„Ich versuche schon, diese (Wünsche und Bedürfnisse) so gut wie möglich zu integrieren und zu berücksichtigen“ (TN2, 142).

Dies beinhaltet auch, eine individualisierte Pflege anzubieten und Standardabläufe zu vermeiden, die Individualität nicht oder nur mangelhaft berücksichtigen.

Als herausfordernd für die Bewahrung der Individualität und Identität der Bewohnenden beschreiben die Pflegefachpersonen den Heimeintritt, die Rahmenbedingungen der Pflege und allgemeine

Veränderungen im Gesundheitswesen. Der Heimeintritt wird als traumatische und belastende Situation für die Identität der Bewohnenden erlebt. Sie sind meist aus gesundheitlichen Gründen gezwungen, ihre gewohnte Umgebung aufzugeben und in eine Institution einzutreten. Die interviewten Pflegenden betonen, wie wichtig es ist, sich in dieser Phase für die Bewohnenden Zeit nehmen zu können, um auf ihre Bedürfnisse einzugehen:

„Also, ich denke, die Leute, die kommen ja hierhin, das ist alles neu, es ist halt nicht mehr ein Zuhause, oder (...) also es ist nicht mehr wie zu Hause. Sie werden quasi wie verwaltet und darum ist mir wichtig, dass man noch auf sie eingeht und (...) sich auch Zeit nimmt (...).“ (TN6, 20)

Mit den Veränderungen der Rahmenbedingungen der Pflege verändert sich auch die pflegerische Arbeit. Durch Zeitmangel und knappe finanzielle Ressourcen leidet die individualisierte Pflege und die Pflegequalität sinkt. Die Bewohnenden büssen dadurch an Individualität ein:

„Ich denke gerade Gewohnheiten im Pflegealltag und im institutionellen Alltag zu integrieren ist eine (...) wahnsinnsgrosse Herausforderung. Und fordert jeden Tag auf das Neue, weil es kommen ja jeden Tag andere (...) Wünsche und (...) Bedürfnisse von den Bewohnern.“ (TN2, 138)

Pflegende versuchen, durch das Priorisieren und Nutzen ihres Fachwissens individuelle Pflege anzubieten und den zukünftigen Entwicklungen entgegenzuarbeiten. Die zunehmende Komplexität der Krankheitsbilder der betagten Bewohnenden, die ansteigenden administrativen Tätigkeiten, der Fachkräftemangel sowie eingeschränkte Weiterbildungsmöglichkeiten stellen im Erhalt und in der Förderung von Lebensqualität jedoch eine Belastung dar.

Soziale Kontakte und Beziehungen pflegen

Eine wesentliche Bedeutung für das Wohlbefinden haben regelmäßige soziale Kontakte, insbesondere zu Angehörigen:

„(Abk.) der Kontakt zu den Angehörigen (...) das macht für mich so ein bisschen die Lebensqualität aus.“ (TN0, 8)

Bewohnende, welche kaum Kontakte oder Beziehungen unterhalten, spüren die Einsamkeit im Alter stärker als andere:

„Leute die wenig Angehörige haben oder für sich sind, sind tendenziell (...) einfach isolierter, ziehen sich mehr zurück sind weniger glücklich als andere.“ (TN1, 93)

Der Kontakt zwischen Bewohnenden und Pflegenden ist geprägt von der Besonderheit, dass in einer API im Gegensatz zum Spital meist ein längerer gemeinsamer Weg begangen wird. Pflegefachpersonen nehmen dadurch auch Aufgaben der Angehörigen wahr und werden bisweilen zum Familienersatz:

„(Abk.) Ja, jetzt eine Frau, wo ich weiss, dass sie nie Besuch hat, schenke ich ihr halt etwas zum Geburtstag, oder.“ (TN6, 30)

Der Kontakt zwischen den Bewohnenden wird als wichtig beschrieben. In den API wird in einer Gemeinschaft gelebt und durch das Teilen von gemeinsamen Interessen können Freundschaften entstehen. Viele Bewohnende kennen sich auf dem Land zudem von früher, was auch von Pflegefachpersonen sehr geschätzt wird:

„(...) auf einmal kennen sie sich noch von früher (Abk.) ich glaube das bedeutet ihnen auch viel, auch wenn sie sich so ein bisschen (...), ja sich zuhause zu fühlen, sind so Kontakte schon noch wichtig.“ (TN0, 51)

Für ein gutes Vertrauensverhältnis ist es wichtig, eine persönliche Beziehung zur Bewohnerin und zum Bewohner zu haben, wie dies eine Pflegendende verdeutlicht:

„Und das ist für mich Lebensqualität, dass die Leute nicht einfach die Nummer eins, zwei und drei haben und alle werden das gleiche und mit allen spricht man über das Wetter. Sondern dass man eben von der Biografie her auch weiss, das ist das Interesse.“ (TN2, 205)

Es kommt vor, dass unter den Bewohnenden wenig Verständnis und Einfühlungsvermögen für die Bedürfnisse des jeweils anderen vorhanden ist. Dies kann zu Konflikten führen:

„Zum Beispiel einen Bewohner (...), der wirk-

lich mehr oder weniger selbständig ist, wo völlig kein Verständnis hat, wenn ein Hemiplegie Patient jetzt halt auf dem Hüslli (WC) ist und halt jetzt (...) wegen einem Tee, oder wegen einem Zucker (...).“ (TN8, 49)

Das soziale Klima in API wird insgesamt als entscheidend für gute Lebensqualität eingeschätzt. Ein freundlicher Umgang untereinander und eine gute Kommunikation sind daher wichtig. Die Kommunikation muss dazu an die kognitiven Fähigkeiten der Bewohnenden angepasst werden und Sprachkenntnisse für Pflegefachpersonen werden immer wichtiger. Das Personal müsse Schweizerdeutsch verstehen. Nur so könne garantiert werden, dass sich die Bewohnenden mitteilen und verständigen können:

„Ja, vielleicht die anderssprachigen Pflegenden, also das finde ich auch noch eine Herausforderung (...) das ist sicher schön, dass wir diese haben, auch aus dem Ausland, dass sie die rekrutieren, die Pflegenden. Aber (...) für die Bewohner kann das auch Lebensqualität (...) Reduktion sein, wenn (...) die Kommunikation nicht so fließen kann, wenn sie einander nicht so verstehen, gibt auch Unsicherheit (...) kann Stress auslösen und auch Unwohlsein oder (...) wenn man sie nicht versteht, also von beiden Seiten ist es schwierig (...).“ (TN11, 55)

Selbstbestimmung und Selbstständigkeit

Mehrere Pflegenden äußerten, dass den Bewohnenden die Möglichkeit gegeben werden muss, ihren freien Willen zu äußern und Entscheidungen selber zu treffen. Sie sollen soweit es von der gesundheitlichen Beeinträchtigung her möglich ist, in Entscheidungsprozesse einbezogen werden:

„Autonomie zu fördern, wo immer das geht, Selbstbestimmung (...) das ist für mich Lebensqualität, dass der Bewohner mitentscheiden kann, partizipieren, teilhaben kann, es für mich wichtig. Es ist nicht (...) eben rein beruflich bedeutet es für mich nicht (...) ich mache was für Ihn, sondern wir machen das zusammen. Es ist für mich eine LEBENS-GESTALTUNG (...).“ (TN12, 26)

Einige Pflegefachpersonen beschreiben das ständige Abwägen zwischen dem Ermöglichen und Einschränken von Freiraum und Autonomie aus Sicherheitsgründen als große Herausforderung. Um auf die Bewegungsfreiheit der Be-

wohnenden Rücksicht zu nehmen, wird auf freiheitsbeschränkende Maßnahmen weitgehend verzichtet:

„Klar machen wir das bestmögliche, dass nichts passiert (Abk.) aber gleichwohl die Freiheit lassen, ich glaube dies ist für die Bewohner schon (...) wichtig und für die Pflegenden manchmal schwierig zum Aushalten, glaube ich.“ (TN0, 63)

Die Abnahme der Selbstständigkeit durch Einschränkungen in der Mobilität führt zudem zu einer zunehmenden Hilfsbedürftigkeit, welche als einschränkend für die Lebensqualität beschrieben wird:

„(...) die Bewegungsfreiheit natürlich, dass sie (Abk.) durch allgemeine Schwäche nicht mehr so gut (...) mobil sein können, bevor er ein Bewegungsmensch ist und aufs Mal jetzt nicht mehr laufen kann, DAS kann (...) eine Qualitätseinbusse sein.“ (TN12, 57)

Hinzu kommt, dass bauliche Hindernisse wie beispielsweise schmale Türen, beengte Platzverhältnisse und einer ungünstigen Lage der Institution (Hanglage), die Bewegungsfreiheit der Bewohnenden zusätzlich einschränken können.

Sinnvolle Aktivitäten und Unterhaltung

Abwechslungsreiche Angebote und Erlebnisse, wie beispielsweise „ (...) dass es mal riecht auf der Abteilung nach Zwiebel wie früher (...).“ (TN10, 88), wird als Lebensqualität empfunden und stellen aus Sicht der Pflege bedeutsame Momente für die Bewohnenden dar. Es erlaubt den teilweise eintönigen Alltag aufzubrechen und Langeweile vorzubeugen. Durch Aktivitäten soll den Bewohnenden ermöglicht werden, den Alltag zu leben und dabei Freude und Unterhaltung zu empfinden. Einen positiven Einfluss üben Aktivitäten aus, welche an Arbeit erinnern:

„(...) sie hatten vielleicht weniger Hobbies als wir, sondern einfach (...) gearbeitet oder, das war einfach das Wichtigste, die haben vom Morgen bis am Abend etwas Nützliches gemacht, gearbeitet, gehaushaltet, gekocht für ihren Mann, das kommt auch viel so (...) zum Ausdruck hier; (Abk.) da merkt man schon, dass sie das auch gerne machen, eben etwas arbeiten.“ (TN11,40)

Belastend wirken sich für Bewohnende

der konstante Zeitmangel der Pflegefachpersonen und das teilweise limitierte Tagesangebot aus:

„Und für all die STUNDEN zwischendrin, (...) gibt es NICHTS.“ (TN5, 64)

Aus diesen Gründen schätzen die Pflegenden es sehr, auf ausgewiesene Fachpersonen, wie die Aktivierungstherapeutin, zurückgreifen zu können. Dies stellt eine wichtige Ressource dar, um den Zeitmangel der Pflegefachpersonen zu kompensieren:

„Ich stütze mich immer noch sehr auf die Aktivierung (Abk.). Wir haben eine (...) Aktivierungstherapeutin, die für die Bewohner da ist, die mit ihnen bäckt, die mit ihnen spaziert, die mit ihnen redet, vorliest. Und das beruhigt mich etwas, das ist super, dass wir das haben (Abk.).“ (TN11, 18)

Für einige Pflegenden ist es schwierig zu akzeptieren, wenn Bewohnende kein Interesse zeigen und nicht an Aktivitäten teilnehmen möchten.

Gesundheitserleben und Komfort

Aus pflegerischer Sicht lassen sich das Erleben von Gesundheit und der Komfort mit Wohlbefinden und der Abwesenheit von Beschwerden umschreiben. Erleben die Bewohnenden Wohlbefinden, finden sie einen besseren Umgang mit körperlichen und psychischen Beschwerden. Gesundheit bedeutet demnach Glück und Zufriedenheit. Eine Pflegenden beschreibt dies wie folgt:

„Wenn ich beispielsweise sehe, dass die Lebensqualität eher tief ist, zum Beispiel jemand dauernd Schmerzen hat, ist er nicht mehr glücklich, ist er nicht mehr zufrieden.“ (TN1, 8)

Es bedeutet aber auch, dass die Bewohnenden schmerzfrei sein müssen, um Lebensqualität zu erleben:

„(...) ist für mich Lebensqualität, dass ein Bewohner schmerzfrei ist.“ (TN1, 4)

Des Weiteren äußern einige Teilnehmende, dass eine individuelle, auf die Bewohnerbedürfnisse angepasste medikamentöse Therapie, um mögliche Nebenwirkungen zu vermeiden, Lebensqualität sei:

„(...) Das ist halt schon ein Aspekt der Le-

bensqualität, dass man richtig [medikamentös] eingestellt ist, oder? Es gibt ja heute gute Sachen. Sicher gibt es nicht gegen alles eine Tablette, aber ich denke, den Symptomen zu begegnen, welche die Demenz mit sich bringt ist schon wichtig.“ (TN9, 52)

Eine große Herausforderung ist das Abwägen zwischen Linderung der Beschwerden und der Belastung, welche pflegerische Interventionen mit sich bringen können. Eine Pflegenden verdeutlicht dies wie folgt:

„Und hier manchmal so abzuwägen, was kann ich Gutes tun, wie gebe ich die Lebensqualität oder nicht, ist für mich hier sehr schwierig gewesen. Sagen wir zum Beispiel Mundpflege, wo ich ihm das bieten will, das er verdient hat, das was ihm gut tut. Zum Beispiel Positionswechsel und ich ihm gut tue und er kein Dekubitus entwickelt aber inwiefern hat es dann dieser Mensch noch gut? Als ich ihn noch umgelagert habe, obwohl er in diesem Sterbeprozess (...) gewesen ist.“ (TN1, 32)

Spirituelles Wohlbefinden

Das spirituelle Wohlbefinden wurde von den Teilnehmenden wenig thematisiert. In den Interviews wird insbesondere auf die Bedeutung des Sonntags hingewiesen. Der Sonntag ist für viele ältere Menschen ein besonderer Tag:

„Diese Generation hat wirklich noch einen Unterschied gemacht. Von den Kleider, über das Essen, über den Tagesablauf. Sonntag ist Sonntag gewesen.“ (TN 5, 54)

Mit dem Anziehen von Sonntagskleidern und der Herrichtung einer festlichen Tafel wird diesem Tag besonderer Wert zugemessen:

„Männer, die eben am Sonntag auch noch gerne einen Anzug mit Krawatte anziehen.“ (TN7, 113)

Als besondere Herausforderung werden Themen, wie die Neuorientierung in der letzten Lebensphase, welche die Frage nach dem Sinn des Lebens aufwirft und der Umgang mit Sterben und Tod, wahrgenommen. Das Alter sei von Abschied nehmen und Verlust geprägt, welche Pflegenden als einschränkend für die Lebensqualität beschreiben:

„(Abk.) es ist so differenziert, es ist so

vielschichtig, was die Lebensqualität einschränkt, gerade im Alter ist sehr viel mit Verlust verbunden, Verlust von, sei es körperlich oder (...) in Beziehungen (...), das ist schon ein sehr stark verlustgeprägter Abschnitt.“ (TN12, 63)

Bedürfnis nach Privatsphäre und Ruhe

Es ist wichtig, dass sich die Bewohnenden in private Räumlichkeiten zurückziehen können. Dieses Bedürfnis wird dadurch unterstrichen, dass jedes API über Einzelzimmer verfügen sollte, mit der Möglichkeit „(...) die Tür(en) schließen (zu) können“ (TN2, 36). Andere Pflegenden betonen die Wichtigkeit eines klar abgrenzbaren persönlichen Bereichs:

„Ja, dass sie ihr Reich haben und ihre persönlichen Sachen, oder Ja, so ihr Nachttischli.“ (TN6, 38)

Privatsphäre bezieht sich auch auf das Ruhebedürfnis, insbesondere im Hinblick auf das Vermeiden von Störungen anderer Bewohnenden. Eine Pflegenden verdeutlicht Auswirkungen, welche eine Störung der Privatsphäre und des Ruhebedürfnisses zwischen kognitiv gesunden und an Demenz erkrankten Bewohnenden haben können, wie folgt:

„Und wenn halt ein Demenzerkrankter irgendwo in einem Bett liegt, wo er nicht hingehört und der Mitbewohner checkt es noch (...) das sind nicht schöne Situationen (...). Das ist sicher einen Einschnitt für beider Lebensqualität (...).“ (TN8, 72)

Sicherheit und Geborgenheit

Einige Pflegefachpersonen weisen darauf hin, dass die Bewohnenden sich in der API geborgen und sicher fühlen sollen. Einerseits durch das Vertrauensverhältnis zwischen Bewohnenden und den Pflegefachpersonen:

„Aus meinem Blickwinkel, entsteht Geborgenheit durch ein sich wohlfühlen, sich möglichst zuhause fühlen (...), durch das Vertrauensverhältnis zum Personal.“ (TN8, 14)

Andererseits ist mit Sicherheit und Geborgenheit gemeint, dass sich die Bewohnenden innerhalb der API orientieren können, Ansprechpersonen kennen und wissen, dass jemand da ist, wenn sie Hilfe benötigen oder Fragen haben:

„(...) Sie kennen uns, sie wissen wer was macht und (...) kennen die Namen, insofern

es von der Kognition her noch möglich ist. Sie wissen, wann Arztvisite ist, (Abk.) ja, dass sie wissen, dass ich das und das bekommen kann und dass ich Fragen kann und weiss dort wird mir geholfen und das ist glaube ich, für die Bewohner schon ein (...) Teil von ihrer Lebensqualität, könnte ich mir vorstellen.“ (TN0, 26)

Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es, die Sichtweise der Pflegefachpersonen auf die Lebensqualität von Bewohnenden in der API aufzuzeigen und dabei wahrgenommene Ressourcen sowie Herausforderungen zu beschreiben. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass Lebensqualität für Pflegefachpersonen der API ein zentrales Anliegen ist. Es ist ihnen wichtig Lebensqualität individuell zu fördern, obwohl dies herausfordernd ist, da Lebensqualität individuell unterschiedlich definiert wird. Die beschriebenen acht Hauptkategorien entsprechen mehrheitlich den Dimensionen zur Lebensqualität aus der Sicht von Bewohnenden gemäß Kane et al. (2003). Es sind jedoch einige Unterschiede auch zu anderen Studien zu Lebensqualität, welche mit Bewohnenden durchgeführt wurden, erkennbar (Berglund & Ericsson, 2003; Schenk et al., 2013; Bradshaw et al., 2014; Kane et al., 2003). Die Ergebnisse zeigen auf, dass die Kategorien „Individualität, Identität und Würde“, „soziale Kontakte und Beziehungen pflegen“ sowie die „Selbstbestimmung und Selbstständigkeit“ für Pflegepersonen relevanter sind als für Bewohnerinnen und Bewohner. Dies kann damit zusammenhängen, dass in den Studien unterschiedliche Kategorien in Bezug auf Lebensqualität als multidimensionales Konstrukt gewählt wurden (Schenk et al., 2013). Allerdings lässt ein Benennen und Beschreiben dieser Kategorien noch keine Aussage darüber zu, wie die einzelnen Hauptkategorien von den Teilnehmenden gewichtet werden und inwiefern sie sich von den Gewichtungen der Bewohnenden unterscheiden. Während bei Kane et al. (2003) die Domäne „Beziehungen“ auf das Eingehen bedeutsamer sozialer Kontakte abzielt, zeigen vorliegende Ergebnisse wie vielschichtig die Kategorie „Soziale Kontakte und Beziehungen“ ist und welches Konfliktpotenzial sie bergen kann. Einerseits wird

der Kontakt zu den Angehörigen als zentral betrachtet, andererseits kann dieser Kontakt zu einer Belastung werden. Vorliegende Ergebnisse zeigen zudem auf, wie wichtig das Sprachverständnis und die regionale Sprache bzw. Dialektsprache für die Beziehungsgestaltung empfunden wird. Um Bedürfnisse auszudrücken, sollte man sich verständigen können. Aufgrund des Fachkräftemangels im Pflegebereich werden zudem vermehrt Pflegefachpersonen aus dem Ausland rekrutiert. Dabei stellen Sprachprobleme eine wesentliche Hürde bei der Alltagsgestaltung im Heim dar (Bonin, Braeseke, & Ganserer, 2015). Scheuermann (2011) resümiert diesbezüglich, dass für die Betreuung von Bewohnenden eine große sprachliche Sensibilität seitens der Pflegenden notwendig sei, da sie in die Privat- und Intimsphäre dieser Menschen eindringen. Demnach setzen die damit verbundenen Kommunikationsprozesse viel Empathie und Sprachkompetenz voraus, die selbst für Muttersprachler als Herausforderung erlebt werden können (Scheuermann, 2011).

Kane et al. (2003) beziehen die Domäne „sinnvolle Aktivitäten“ auf die Beteiligung am Alltagsgeschehen. In den vorliegenden Ergebnissen wird deutlich auf die Wichtigkeit von Aktivitäten, welche als Arbeit verstanden werden können, hingewiesen. Pflegenden sind der Meinung, dass Bewohnende etwas Sinnvolles tun möchten, bei dem sie den Eindruck haben, nützlich zu sein. Diese Äußerungen decken sich mit der Studie von Harmer und Orrell (2008). Diese untersuchten bei siebzehn Bewohnenden, fünfzehn Gesundheitspersonen und acht Angehörigen, die Bedeutung sinnvoller Aktivitäten. Sie kamen unter anderem zum Schluss, dass die Hauptfaktoren für Aktivitäten, welche als sinnvoll erlebt werden, in früheren Rollen, Interessen und Routinen zu suchen sind. Dies würde bedeuten, dass Aktivitäten in API stärker auf Tätigkeiten ausgerichtet werden müssten, welche sich auf früher ausgeübte Berufe, Interessen oder Alltagsaktivitäten beziehen.

Das Ergreifen von Initiativen und Treffen von Entscheidungen für ihr Leben ist für Bewohnende zentral. Vorliegende Studie fasst sowohl die Selbstbestimmung als auch die Selbstständigkeit zusammen. Zum einen sollen Bewohnende selbst-

ständig entscheiden dürfen, zum anderen brauchen sie für die Ausübung der Autonomie ein gewisses Maß an Selbstständigkeit. Schenk et al. (2013) kamen in ihrer Studie ebenfalls zum Schluss, dass mit der zunehmenden Hilfsbedürftigkeit die Selbstständigkeit und somit die Autonomie gefährdet sind. In den vorliegenden Ergebnissen werden Themen wie Privatsphäre oder Sicherheit nur am Rande erwähnt, obwohl diese in anderen Studien als zentral beschrieben werden (Schenk et al., 2013; Kane et al., 2003). Dies könnte damit zusammenhängen, dass heute in den API die Privatsphäre deutlich stärker gewichtet wird, als noch vor einigen Jahren. In den meisten API in der Schweiz leben die Bewohnenden in Einzelzimmer. Ist dies aufgrund von Platzverhältnissen nicht möglich, werden Rückzugsmöglichkeiten angeboten wie beispielsweise separate Gesprächszimmer.

Die Ergebnisse zeigen auf, welchen Herausforderungen die Pflegenden in Bezug auf Lebensqualität im API begegnen. Es besteht eine enge Verzahnung der Aspekte „Individualität“ und „Identität“ in Verbindung mit dem Heimeintritt. Aus Sicht der Pflegefachpersonen wird der Heimeintritt, sowohl für Pflegenden als auch für Bewohnende als belastend beschrieben und kann große Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben. Estermann und Kneubühler (2008) führen dies auf die API als „totale Institution“ zurück. Demnach leben Bewohnende in der API in einer Gemeinschaft in der sie gezwungen sind, aufeinander Rücksicht zu nehmen und sich an Regeln zu halten. Aus diesem Grund hätten sie kaum Möglichkeiten, ihre Identität zu leben. In den Interviews zeigt sich dieser Aspekt auch darin, dass es vorkommt, dass Bewohnende untereinander wenig Verständnis für die Bedürfnisse des jeweils anderen haben. Diese Anpassungsschwierigkeiten können zu anspruchsvollen Konfliktsituationen führen.

Eine weitere Herausforderung betrifft das Spannungsfeld zwischen „Individualität“ und der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens. Die Pflegequalität kann durch reduzierte der finanziellen Ressourcen beeinträchtigt werden, da weniger Personal für eine Vielzahl von Bewohnenden zuständig ist und es nicht mehr möglich ist, auf

individuelle Gewohnheiten und Bedürfnisse einzugehen. Die Studie von Müller-Staub, Abt, Benner und Hofer (2015) bestätigt diese Annahme. Gerade die pflegerische Beziehung, welche vor allem durch Zuwendung und Einfühlbarkeit geprägt ist, benötigt Zeit. Die Bewohnenden und Bewohner befinden sich aufgrund des Alters und den Beschwerden in einer verletzlichen Situation und sind daher darauf angewiesen, dass das Personal Zeit für sie hat (Müller-Staub et al., 2015). Pflegende sehen sich immer häufiger im Spagat zwischen den vorhandenen zeitlichen und finanziellen Ressourcen und der Förderung der Lebensqualität. Dies kann unter anderem zu ethischen Dilemmas und zu „Gewissensbelastungen“ führen. Zuñiga et al. (2013) zeigen auf, dass Pflegepersonen bei Zeitmangel die emotionale Unterstützung unterlassen, da sie physische Interventionen dringlich ausführen müssen.

Die Pflege von an Demenz erkrankten und kognitiv gesunden Menschen in gemischten Abteilungen wird von den Befragten als besonders herausfordernd beschrieben. Für Demenzerkrankte im institutionellen Alltag sind andere Bedürfnisse und Gewohnheiten wichtig und an ihrem Verhalten scheinen sich kognitiv gesunde Menschen zu stören. Der Umgang zwischen den unterschiedlichen Gruppen zeichnet sich durch ein hohes Konfliktpotenzial aus, da das Verständnis und die Toleranz der kognitiv Gesunden oftmals nicht ausreichen. Dies wird durch die Studie von Brandenburg und Güther (2014) gestützt. Für die Pflege kann dies bedeuten, dass vermehrt auf die Zusammensetzung der Wohngruppen geachtet werden sollte. Homogene Gruppen sind den heterogenen, integrativen Wohngruppen wenn möglich zu bevorzugen. Studien zeigen auf, dass segregative Wohngruppen einen positiven Einfluss auf demenziell erkrankte Bewohnende haben. Sie zeigen sich stimmungsaufgehellter und ausgeglichener. Verhaltensauffälligkeiten und Schwierigkeiten mit dem Schlaf-Wach Rhythmus sind reduziert (Dettbarn-Regentin, 2005; Day, Carreon, & Stump, 2000).

Limitationen

Obwohl die Studie nach den beschriebenen Gütekriterien nach Mayring und Brunner (2010) bearbeitet wurde, konnten mögliche Mängel in der Güte nicht vermieden werden. Aufgrund der geringen Teilnehmerzahl und der teilweise fehlenden Tiefe durch kurze Interviewzeiten konnte keine Datensättigung erreicht werden. Eine Erweiterung oder Vertiefung der Resultate durch zusätzliche Interviews kann daher nicht ausgeschlossen werden. Eine weitere Limitation stellt die Komplexität des Themas Lebensqualität, welche in vielen Domänen unterteilt werden kann, dar. Durch die offenen Fragen zum Thema Lebensqualität kann es sein, dass nur Teilaspekte der Lebensqualität angesprochen wurden. Es kann zudem sein, dass die persönliche Haltung nicht geäußert wurde, um sich an den Berufskodex zu halten. Daher können durch soziale Erwünschtheit beeinflusste Antworten nicht ausgeschlossen werden.

Schlussfolgerungen für Forschung und Praxis

Die Studie beschreibt, wie Pflegefachpersonen die Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner im API sehen. Weiter liefert sie erste Hinweise zur Aufrechterhaltung und Förderung der Lebensqualität von Bewohnenden in API. Sichtbar geworden ist, dass Lebensqualität als Konzept sehr vielschichtig und komplex verstanden wird. In allen Interviews wurde deutlich, dass Lebensqualität individuell ist und demnach mit den Bewohnerinnen und Bewohner gemeinsam ermittelt werden muss, was für sie Lebensqualität ausmacht. Dies stellt im institutionellen Alltag eine große Herausforderung dar. Es ist wichtig vielfältige Strategien zur Förderung der Lebensqualität im Pflegealltag zu integrieren und zu fördern. Jedoch sind weitere Studien nötig, um die Sichtweise in den einzelnen Lebensqualitätsdomänen vertiefter aufzuzeigen. Es wäre hierbei von Wichtigkeit, das Thema der Individualität und des Identitätserleben, in der für Bewohnerinnen und Bewohner mit vielen Emotionen einhergehenden Heimtrittsphase zu vertiefen. Pflegefachpersonen äußerten diesbezüglich starke Belastungen und der Wunsch nach Stra-

tegien zur Verbesserung der pflegerischen Interventionen. Weiter ist es wichtig, Haltungen anderer Personalgruppen im Bereich der Pflege, wie Fachangestellte Gesundheit oder Pflegeassistenten, näher zu beleuchten, da pflegerische Verrichtungen in API vorwiegend durch diese Berufsgruppen ausgeübt werden. Ein weiteres Thema stellt die Lebensqualität der Bewohnenden im Kontext einer Demenzabteilung beziehungsweise einer integrativen Abteilung dar, da in den Interviews das Konfliktpotential der Durchmischung von kognitiv gesunden und an Demenz erkrankten Menschen deutlich wurde.

In der Praxis sollte dem Lebensqualitätsverständnis der Pflegefachpersonen in API vermehrte Aufmerksamkeit geschenkt werden. Es hat sich gezeigt, dass Pflegende die Bedürfnisse in Bezug auf Lebensqualität ihrer Bewohnenden reflektieren und pflegerische Interventionen im Sinne des Wohlbefindens abwägen. Weiter sollen sich diplomierte Pflegefachpersonen sowohl in den interdisziplinären als auch im Pflege-Team über ihre Haltung und Einstellungen austauschen können, um Einschränkungen in der Lebensqualität bei Bewohnerinnen und Bewohner so weit als möglich vorzubeugen.

Literatur

- Alagic, V., & Staudinger, B. (2011). Lebensqualität in deutschen Pflegeeinrichtungen – Ergebnisse einer Befragung mittels dem EQ-5D Instrument. *Gesundheitswesen*, 73, 795-802.
- Berglund, A. L., & Ericsson, K. (2003). Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 112-119.
- Bonin, H., Braeseke, G., & Ganserer, A. (2015). *Internationale Fachkräfterekrutierung in der deutschen Pflegebranche. Chancen und Hemmnisse aus Sicht der Einrichtungen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung (Hrsg.).
- Brandenburg, H., & Güther, H. (2014). Lebensqualität von Bewohnerinnen einer Pflegeoase aus der Sicht von Pflegenden und Angehörigen – qualitative Befunde einer Evaluationsstudie. *Pflege*, 27, 69-80.
- Bradshaw, S., Playford, D., & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41, 429-440.
- Chouiter, L., Wodchis, W.P., Abderhalden, C., & von Gunten, A. (2015). Resident health-related quality of life in Swiss nursing

- homes (in press). *European Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.10.001>
- Day, K., Carreon, D., & Stump, C. (2000). The therapeutic design of environments for people with dementia: A review of the empirical research. *Gerontologist*, *40*, 4, 397-416.
- Detbarn-Regentin, J. (2005). Studie zum Einfluss von Wohngruppenmilieus auf demenziell Erkrankte in stationären Einrichtungen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, *38*, 95-100.
- Drageset, J., Natvig, G. K., Eide, G. E., Bondevik, M., Nortved, M. W., & Nygaard, H. A. (2009). Health-related quality of life among old residents of nursing homes in Norway. *International Journal of Nursing Practice*, *15*, 455-466.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag.
- Estermann, J., & Kneubühler, H.-U. (2008). Warum Lebensqualität im Heim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. *Swiss Journal of Sociology*, *34*, 187-210.
- Flick, U. (2002). Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung: Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten. In D. Schaeffer & G. Müller-Mundt (Hrsg.), *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung* (S. 203-220). Bern: Huber.
- Gabriel, Z., & Bowling, A. (2004). Quality of life from the perspectives of older people. *Ageing & Society*, *24*, 675-691.
- Gerritsen, D. L., Steverink, N., Ooms, M. E., & Ribbe, M. W. (2004). Finding a useful conceptual basis for enhancing the quality of life in nursing home residents. *Quality of Life Research*, *13*, 611-624.
- Hahn, S. (2013). *RESPONS- Newsletter zur Respons Studie*. Abgerufen unter http://www.wgs.bfh.ch/fileadmin/wgs_upload/gesundheit/2_bachelor/pflege/RESPONS_Newsletter_April.pdf
- Harmer, B. J., & Orrell, M. (2008). What is meaningful activity for people with dementia living in care homes? A comparison of the views of people with dementia, staff and family carers. *Ageing and Mental Health*, *12*, 548-558.
- Hjaltadóttir, I., & Gústafsdóttir, M. (2006). Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *21*, 48-55.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumburn, A. (2011). *Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Kane, R. (2003). Definition, Measurement, and Correlates of Quality of Life in Nursing Homes: Toward a Reasonable Practice, Research, and Policy Agenda. *The Gerontologist*, *43*, 28-36.
- Kane, R. A., Kling, K. C., Bershadsky, B., Kane, R. L., Giles, K., Degenholtz, H. B., Liu, J., & Cutler, L. J. (2003). Quality of Life Measures for Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology*, *58A*, 240-248.
- Kane, R. (2001). Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. *The Gerontologist*, *41* (3), 293-304.
- Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Liu, Y., Norman, I. J., & While, A. E., (2013). Nurses' attitudes towards older people: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *50*, 1271-1282.
- Mayring, P., & Brunner, E. (2010). Qualitative Inhaltsanalyse. In R. Buber & H.H. Holz-müller (Hrsg.), *Qualitative Marktforschung. Konzepte-Methoden-Analysen* (S. 669-680). Wiesbaden: Gabler.
- Müller-Staub, M., Abt, J., Brenner, A., & Hofer, B. (2015). *Expertenbericht zum Verantwortungsbereich der Pflege*. Bern: Schweizerischer Verein für Pflegewissenschaft VFP.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). *Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz – Schlussbericht*. Bern: Spitex Verband Schweiz.
- Schenk, L., Meyer, R., Behr, A., Kuhlmeier, A., & Holzhausen, M. (2013). Quality of Life in Nursing Homes: Results of a Quantitative Resident Survey. *Qualitative Life Research*, *22*, 2929-2938.
- Scheuermann, E. (2011). *Kommunikation zwischen Pflegenden mit Migrationshintergrund und Patienten (Hochschulschrift)*. Abgerufen von <http://othes.univie.ac.at/14794/>
- Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2003). Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden- Eine Einführung. In J. Schumacher, A. Klaiberg, & E. Brähler (Hrsg.), *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 1-18). Göttingen: Hogrefe.
- Theofilou, J. (2011). Why is it Important to Assess Health-Related Quality of Life? *Journal of Palliative Care & Medicine*, *1*, 1-2.
- Van Malderen, L., Mets, T. & Gorus, E. (2013). Interventions to enhance the Quality of Life of older people in residential long-term-care: A systematic Review. *Ageing Research Reviews*, *12*, 141-150.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, *2*, 2-12.
- Zuñiga, F., Ausserhofer, D., Serdaly, Ch., Bassal, C., De Geest, S., & Schwendimann, R. (2013). SHURP. *Schlussbericht zur Befragung des Pflege- und Betreuungspersonals in Alters- und Pflegeinstitutionen der Schweiz*. Abgerufen von <http://nursing.unibas.ch/shurp>

Autorinnen

Laura Maria Steiner, BScN, MScN¹
Prof. Dr. Sabine Hahn, PhD, CNS¹

¹Berner Fachhochschule (BFH), Fachbereich Gesundheit, angewandte Forschung & Entwicklung / Dienstleistung Pflege, Bern, Schweiz

Korrespondenz

Laura Maria Steiner
laura.m.steiner@bluewin.ch

Eingereicht am: 05.04.2016
 Akzeptiert am: 18.04.2016

QuPuG

Journal für Qualitative Forschung in
Pflege- und Gesundheitswissenschaft

ABO

Abonnement

EUR 68 (Studierende, Privatpersonen)

EUR 88 (Institutionen)

KONTAKT & ABOBESTELLUNG

QuPuG - Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und
Gesundheitswissenschaft

Baumeistergasse 32/5/1
A-1160 Wien

Telefon: +43/1/8972110

Fax: +43 /1/8972388

Mail: susanne.speigner@medical-update.net

www.pflegenetz.at

www.qupug.at

www.qupug.at