



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Barrieren für das Pflegepersonal bei der Durchführung nichtmedikamentöser Interventionen bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege am Beispiel der strukturierten Tagesplanung

verfasst von / submitted by

Alina Schottak, BScN

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the de-
gree of

Master of Science (MSc)

Klagenfurt, 2018/ Carinthia 2018

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree
programme code as it appears on the
student record sheet:

A 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt / degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Antje Koller, MScN PhD

Danksagung

Am Beginn meiner Masterarbeit möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während der Erstellung dieser unterstützt haben. Zuerst möchte ich mich bei Antje Koller, MScN PhD, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt und betreut hat, bedanken. Ich bedanke mich für die hilfreichen Anregungen und die konstruktive Kritik, die meine Masterarbeit erst zu dem gemacht hat, was sie heute ist. Des Weiteren möchte ich mich bei den Einrichtungen und den Pflegepersonen bedanken, welche sich dazu bereit erklärt haben ein Teil dieser Arbeit zu sein, und durch welche das Entstehen dieser Arbeit erst möglich wurde. Danke auch für diese gute Zusammenarbeit.

Ein besonders großer Dank gebührt meinem Freund, Dr. Gregor Moritz Springer, für die emotionale Unterstützung während meiner Studienzeit und meinen Eltern, Silvia und Armin Schottak, die mir durch ihre Unterstützung mein Studium ermöglicht haben. Des Weiteren möchte ich mich dafür bedanken, dass sie immer an mich geglaubt und mich mit viel Geduld moralisch unterstützt haben.

Zusammenfassung

Hintergrund

Die Betreuung von demenziell Erkrankten stellt sowohl für Angehörige, die Medizin als auch für die professionelle Pflege eine große Herausforderung dar. Aufgrund des bis dato bestehenden Mangel an einem Heilmittel gegen diese Erkrankung steigt der Stellenwert bei der Durchführung von nicht medikamentösen Interventionen. Es gibt steigende Evidenz, dass einzelne Maßnahmen, wie z.B. die Erstellung und Einhaltung eines gut sichtbaren und strukturierten Tagesplanes für die Betroffenen, zu einer Verminderung des agitierten und depressiven Verhaltens sowie zu einer Steigerung der Lebensqualität und der sozialen Interaktionen führen. Die Durchführung solcher alternativen Behandlungsmaßnahmen weist in der Praxis Barrieren auf, welche zu einer nicht ordnungsgemäßen Durchführung dieser Interventionen führen. Durch eine nicht ordnungsgemäße Anwendung wird allerdings der Effekt der Maßnahmen stark gemindert. Ziel dieser Arbeit ist es in einem zweiphasigen Vorgehen festzustellen, welche Barrieren für das Pflegepersonal bei der Umsetzung dieser nichtmedikamentösen Intervention auftreten und wodurch die korrekte Umsetzung dieser Maßnahme verhindert wird.

Methode

In dieser Arbeit wird zur Beantwortung der Forschungsfrage sowohl ein quantitatives als auch qualitatives Vorgehen, gefolgt von einer Synthese der beiden Teile angelehnt an den Mixed-Methods-Ansatz durchgeführt.

Umsetzung

Im quantitativen Part dieser Arbeit soll in zwei ausgewählten Pflegeheimen die Interventionshäufigkeit, -gruppe, -dauer, -zeitraum sowie –ausmaß der Erstellung eines Tagesplanes für demente Personen erhoben werden. Anhand eines qualitativ durchgeführten Fokusgruppeninterviews mit diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, das diese Tagespläne im Pflegealltag erstellt, soll dargestellt werden, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren Pflegende bei der Durchführung dieser Maßnahme erleben.

Ergebnisse

Im Zuge der quantitativen Beobachtung konnten 18 von 20 (90%) geplanten Beobachtungen durchgeführt werden, bei denen die durchschnittliche Dauer 17 Minuten betrug. Die Erstellung eines strukturierten Tagesplanes variiert trotz einer Vorlage, welche die Positionierung des Tagesplanes, die Schriftgröße, die farbliche

Gestaltung aber auch vorgefertigte Kärtchen mit unterschiedlichen Aktivitäten beinhaltet, zwischen den einzelnen Pflegepersonen sehr stark. Die Gruppengröße beträgt durchschnittlich 7,5 Personen und überschreitet dadurch die Maximalgröße beinahe täglich. Die bei der quantitativen Beobachtung offengebliebenen und ungeklärten Fragen wurden im Interviewleitfaden für das qualitative Fokusgruppeninterview eingearbeitet. Insgesamt nahmen 4 Pflegepersonen an diesem qualitativen Interview teil. Im Zuge dieses Vorgehens wurde der Frage nachgegangen, wie Pflegepersonen die Durchführung dieser Intervention erleben. Das Erleben der Pflegepersonen kann in drei Aspekte gegliedert werden: institutionelle Rahmenbedingungen, kognitive Fähigkeiten sowie Emotionen der Pflegepersonen. Diese Aspekte können von Pflegeperson zu Pflegeperson unterschiedlich stark ausgeprägt sein, doch die Summe dieser stellt für jede Pflegeperson das individuelle Erleben dar.

Schlussfolgerung

Die Pflegepersonen, welche diese Intervention tagtäglich im Berufsleben durchführen, sind überzeugt von den positiven Auswirkungen auf das Verhalten der BewohnerInnen. Diese berichten über die Steigerung des Wohlbefindens, die Linderung der Aggressivität der dementen Personen, aber auch dem Gefühl, dass die BewohnerInnen ruhiger und offener zur Teilnahme an pflegerischen Aktivitäten seien. Trotz der geringen vorhandenen Evidenz dieser Intervention, sind die Pflegepersonen überzeugt von deren Wirkung auf die dementen BewohnerInnen und sind von sich aus motiviert und bemüht diese regelmäßig und ordnungsgemäß durchzuführen. Dennoch konnten zahlreiche Barrieren identifiziert werden, welche zur Folge haben, dass die Erstellung einer strukturierten Tagesplanung nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird und die Ziele der Intervention scheitern.

Schlüsselbegriffe

Demenz, nicht medikamentöse Interventionen, Barrieren, strukturierte Tagesplanerstellung

Abstract

Background

Medicine and nursing are facing a major challenge in terms of dementia treatment. Due to the lack of a cure for this condition the importance of non-pharmacological intervention is increasing. Academic research suggests that a daily schedule for people suffering from dementia reduces agitated and depressed behaviour and improves the quality of life as well as social interactions. In practice the implementation of alternative treatments, such as a daily schedule, often face barriers in the various institutions that may cause improper application. If this is the case, any chance of improvement fails. This scientific paper is structured in two phases. It aims to identify the barriers which the nursing staff faces when applying non-pharmacological interventions as well as which circumstances prevent these treatments from succeeding.

Method

In this study quantitative and qualitative approaches are used to answer the research question. This is followed by a synthesis of these two parts, based on the mixed methods design.

Implementation plan

The quantitative part of this thesis collects the frequency, group, duration, period and extent of the implementation of a daily schedule for people suffering from dementia in two selected nursing homes. The qualitative part of this study reviews focus group interviews which are held with certified health and nursing staff who create daily schedules in the nursing routine. These interviews focus on the experiences of the caretakers concerning this intervention. The aim of the synthesis of these two parts is to summarize the important results.

Results

In the quantitative part of this study 18 out of 20 (90%) planned observations were carried out with an average duration of 17 minutes. The creation of a structured daily schedule varies between the nursing staff. There is a template that includes the positioning of the daily schedule, the font size, the colour scheme and some prefabricated cards with different activities. The average size of the group is 7.5 people which means that the maximum size exceeds almost every day. The unanswered questions in that part of this study were incorporated the interview guide for the

qualitative focus group interview. In total 4 nurses took part in this interview. In this part of the study the practical experience with this intervention was superficial. The experience of the nurses can be divided into three aspects: institutional framework, cognitive abilities and emotions. These aspects can vary from nurse to nurse, but the sum of these represents the individual experience for each caregiver.

Conclusion

The interviewed nurses are convinced of the positive effects on the behaviour of this non pharmacological intervention. The positive effects for people with mild to moderate dementia are the increase in well-being, the alleviation of aggressiveness, but also the feeling to be calmer and more open to participate in nursing activities. Despite the limited evidence of this intervention the caregivers are convinced of their impact on the demented residents and are motivated by their own initiative to carry out this intervention in daily practice. Nevertheless a large number of limitations could be identified which made the creation of a well organized daily schedule impossible and the intervention fail.

Key words

Dementia, non-pharmacological interventions, barriers, daily plan

Inhaltsverzeichnis

1. Abkürzungsverzeichnis	9
2. Einleitung	10
3. Hintergrund und Problemstellung	12
3.1 Einteilung der Demenz	12
3.2 Therapien der Demenz	14
3.2.1 Nichtmedikamentöse Intervention	14
3.2.1.1 Erstellung eines strukturierten Tagesplanes	19
3.2.2 Probleme bei der Durchführung nichtmedikamentöser Interventionen in der Pflegepraxis	21
4. Zielsetzung und Fragestellung	24
5. Methodische Vorgehensweise	25
5.1 Teil 1: Quantitativer deskriptiver Teil	25
5.1.1 Design	25
5.1.2 Setting und TeilnehmerInnen	26
5.1.3 Datenerhebung	28
5.1.4 Variablen und Messungen	29
5.1.4.1 Individuelle Gestaltung	29
5.1.4.2 Organisatorische Rahmenbedingungen	30
5.1.4.3 Gruppengröße und -zusammensetzung	31
5.1.4.4 Zusätzlicher Eintrag	31
5.1.4.5 Formaler Aufbau	32
5.1.4.6 Selbsteinschätzung der Qualität der strukturierten Tagesplanung durch die Pflegerperson	32
5.1.4.7 Biographiearbeit	32
5.1.4.8 Zufriedenheit aus Sicht der Forscherin	33
5.1.5 Datenauswertung	33
5.1.6 Feldzugang und Rekrutierung	33
5.2 Teil 2: Qualitativer Forschungsansatz	34
5.2.1 Datenerhebung	35
5.2.2 Beschreibung des Settings und der TeilnehmerInnen	36
5.2.3 Datenauswertung	37
5.2.4 Datenanalyse	37
5.2.5 Gütekriterien qualitativer Forschung	38
5.2.6 Feldzugang und Rekrutierung	39
5.3 Synthese	40

6	Ethische Überlegungen	42
7	Ergebnisse.....	43
7.1	Auswertungen der quantitativen Ergebnisse	43
7.1.1	<i>Wie sieht die Durchführung der Tagesplanung in der Praxis aus?</i>	<i>43</i>
7.1.2	<i>Wird die strukturierte Tagesplanung gemäß den oben beschriebenen Regeln (gleichmäßig, regelmäßig, zuverlässig) durchgeführt?.....</i>	<i>48</i>
7.1.3	<i>Reflexion der quantitativen Beobachtung</i>	<i>48</i>
7.1.4	<i>Adaption des Fokusgruppeninterviewleitfadens.....</i>	<i>51</i>
7.2	Auswertungen der qualitativen Ergebnisse	52
7.2.1	<i>Ergebnisse der Stammdatenblatterhebung.....</i>	<i>52</i>
7.2.2	<i>Wie erleben Pflegepersonen die Durchführung der Erstellung eines strukturierten Tageplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz?</i>	<i>53</i>
7.2.2.1	<i>Ansätze zur Problemlösung</i>	<i>63</i>
7.3	Ergebnis-Synthese.....	64
8	Diskussion	69
8.1	Limitationen	72
9	Schlussfolgerung.....	75
10	Literaturverzeichnis	77
11	Abbildungsverzeichnis	81
12	Tabellenverzeichnis	82
13	Anhang.....	83
	Anhang 1: Beobachtungsbogen: kognitive Rehabilitation mit Erstellung eines strukturierten Tagesplanes	83
	Anhang 2: Informationsschreiben zur Beobachtung	86
	Anhang 3: Interviewleitfaden Fokusgruppeninterview	87
	Anhang 4: Demographischer Erhebungsbogen.....	89
	Anhang 5: Protokoll Fokusgruppeninterview	90
	Anhang 6: Informationsschreiben zur Teilnahme am Fokusgruppeninterview	91
	Anhang 7: Häufigkeitstabellen	92

1. Abkürzungsverzeichnis

BPSD	behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz
CRP	C- reaktives Protein
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
MMSE	Mini Mental State Examination
NRS	Numerische Rating-Skala
PP	Pflegepersonal
RCT	Randomisiert kontrollierte Studie
SPO	Struktur, Prozess und Ergebnis
SPSS	IBM Statistic Software Version 23
VAF	Vulnerability Assessment Framework
VAS	Vaskuläre Demenz

2. Einleitung

Weltweit sind derzeit 46,8 Millionen Menschen von Demenz betroffen. In Österreich leiden laut der Österreichischen Alzheimergesellschaft 96.000 Personen an dieser Erkrankung (ca. 1% der Bevölkerung) (Österreichische Alzheimergesellschaft 2014). Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko zur Erkrankung an Demenz erheblich. In der Altersgruppe der über Sechzigjährigen ist etwa jede/jeder zwölfte PatientIn von Demenz betroffen (circa 8%) (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Im Hinblick auf den demografischen Wandel wird sich die absolute Zahl der demenzkranken Personen bis zum Jahr 2050 auf etwa 250.000 Personen erhöhen (Österreichische Alzheimergesellschaft 2014). Trotz des Fortschrittes der Wissenschaft kann diese Krankheit aufgrund des Mangels an einem Heilmittel nicht gestoppt werden, wodurch die Anzahl der Betroffenen weiter steigt (Sütterlin et al 2011).

Im Verlauf der Erkrankung treten bei den Betroffenen multiple kognitive Defizite auf. Neben Gedächtnisverlust leiden die Betroffenen an Orientierungslosigkeit, dem Verlust der Sprachkenntnisse, eingeschränktem Auffassungs- und Urteilsvermögen, einer Reduktion der Lern- und Merkfähigkeit, aber auch Verhaltensstörungen, welche sich durch aggressives oder agitiertes Verhalten äußern können. Zu weiteren krankheitstypischen Symptomen zählen depressive Symptome, Wahnsymptome, Halluzinationen und Antriebsstörungen. Das Auftreten solcher Symptome kann zur Gefährdung von sich und anderen Personen führen (Steidl & Nigg 2011). Aufgrund eines progressiven Krankheitsverlaufs kommt es zu einem Anstieg des Pflegebedarfs der Dementen, weshalb eine selbständige Lebensführung häufig nicht mehr gewährleistet werden kann und fremde Hilfe unabkömmlich wird. In vielen Fällen ist die Übersiedelung der Betroffenen aufgrund der krankheitsbedingten Symptome in ein Pflegeheim notwendig (Dorner et al 2011).

Mehr als 50 Prozent aller österreichischen pflegebedürftigen Menschen werden in Langzeitpflegeeinrichtungen versorgt. Beinahe 80 Prozent dieser PflegeheimbewohnerInnen leiden an Demenz (Österreichische Alzheimergesellschaft 2014).

Aufgrund des Mangels an einem medizinischen Heilmittel steigt der Stellenwert der Pflege in der Durchführung der evidenzbasierten Betreuungskonzepte, durch welche positive Auswirkungen auf das Verhalten (z.B. der Wandertendenz), die Emotionen (z.B. Angstreduktion) sowie körperliche Funktionen (z.B.

Bewegungsmangel) hervorgerufen werden (Bahar- Fuchs et al 2013). Für das Pflegepersonal ist es aufgrund der demenztypischen Symptome eine besondere Herausforderung, den Betroffenen die Betreuung und Unterstützung zukommen zu lassen, welche sie aufgrund ihrer ausgeprägten Krankheitssymptome benötigen würden (Shütterlin et al 2011).

3. Hintergrund und Problemstellung

Als Demenz bezeichnet man eine Summe von degenerativen Gehirnerkrankungen, welche auf einen krankhaften und vermehrten Untergang von Gehirnzellen zurückzuführen ist. Circa 60% aller Betroffenen leiden an der Alzheimerdemenz, auch bekannt als neurodegenerative Demenz, welche zu den gerontopsychiatrischen Störungen zählt. Die Alzheimerdemenz entsteht aufgrund des Zugrundegehens von Nervenzellen. Die zweithäufigste auftretende Form der Demenz ist die Vaskuläre Demenz (VAD). Diese Erkrankung entsteht aufgrund eines Multiinfarktsyndroms. Das bedeutet, dass die Entstehung der Erkrankung auf einzelne oder mehrere ischämische oder auch hämorrhagische Insulte zurückzuführen ist. Zu weiteren Ursachen zählt der strategische Insult, welcher eine ischämische Schädigung des Gehirns hervorruft. Das Ausmaß des geschädigten Gewebes ist klein, die Auswirkungen für den Betroffenen aber groß, da durch diese Schädigung wichtige Gebiete des Gehirns verletzt werden und zum Beispiel auch eine Lähmung entstehen kann. Zu weiteren Ursachen der Demenz zählen Erkrankung der kleinen Blutgefäße, welche zu Läsionen führen, Veränderungen an den Gefäßen aufgrund von Kapillarverlusten oder Störungen im Bereich der Blut-Hirn-Schranke, sowie genetische Grunderkrankungen sein (Engel 2012). Die vaskuläre Demenz kann einen akuten Beginn aufgrund mehrerer kleinen Schlaganfälle im Gehirn aufweisen. Zusätzlich kann diese aber auch einer Anhäufung von mehreren Infarkten im Hirngewebe zugrunde liegen (Multiinfarkt- Demenz) oder aufgrund der arteriellen Hypertonie (Subkortikale vaskuläre Demenz) sowie anderen Ursachen entstehen. Zwei weitere Formen der VAD sind Demenz bei „anderenorts klassifizierten Krankheiten“, welche aufgrund von Chorea Huntington, Parkinson, Aids, Epilepsie, Morbus Wilson, Hyperkalzämie, erworbener Hypothyreose, Intoxikationen, Multipler Sklerose, Neurosyphilis, Vitamin B12 Mangel oder auch zerebraler Lipidstoffwechselstörungen entstehen können und der „nicht näher bezeichneten Demenz“, bei der die Ursache bis dato nicht bekannt ist (Diener & Ackermann 2008).

3.1 Einteilung der Demenz

Die Einteilung der Demenz erfolgt aufgrund unterschiedlicher Symptome in drei Schweregraden: leicht, mittel, schwer. Bei der leichten Demenz ist die selbständige Lebensführung der Betroffenen meist noch möglich, da sie einfache tägliche Aufgaben ohne fremde Hilfe bewältigen können. Häufige Symptome in diesem Stadium sind

Aspontanität, depressives Verhalten, Antriebsmangel, Reizbarkeit und Stimmungsschwankungen. Die mittlere und schwere Demenz äußern sich in unruhigem Verhalten, psychotischen Störungen, aggressivem Verhalten, unkontrolliertem Schreien, Fehlen des Tag-Nacht-Rhythmus sowie dem nervösen und ungezielten Bewegen der Hände. Im Falle einer mittleren Demenz können einfache alltägliche Tätigkeiten teilweise noch selbständig ausgeführt werden. Die Bewältigung schwierigerer Aufgaben ist aber nur mit Hilfe möglich. Welche Aufgaben als einfache oder schwierige Tätigkeiten definiert werden, ist abhängig vom subjektiven Empfinden der Betroffenen. Die vollkommen selbständige Lebensführung ist in diesem Stadium meist nicht mehr möglich. In der letzten Phase der Demenz sind die Betroffenen vollständig auf Unterstützung von anderen angewiesen. Gedankengänge können nicht mehr logisch und nachvollziehbar kommuniziert werden (Dorner et al 2011).

Zur Unterstützung der Zuordnung der Symptome zu den jeweiligen Schweregraden der Demenz wird der Mini Mental State Examination (MMSE) durchgeführt. Der MMSE zielt darauf ab, kognitive Defizite durch ein geeignetes Screening-Verfahren zu ermitteln. Die Durchführung des MMSE erfolgt anhand eines circa 11-minütigen Interviews zwischen PatientIn und Fachpersonal, in welchem anhand von 9 Aufgaben kognitive Funktionen überprüft werden. Diese Aufgaben zielen darauf ab die zeitliche sowie räumliche Orientierung, die Merk- und Erinnerungsfähigkeit, die Aufmerksamkeit, Sprachfähigkeit, Lese- Schreib- Zeichen- und Rechenvermögen zu überprüfen. Innerhalb der neun Aufgaben werden verschiedene Unterfragen gestellt (z.B. das Wiederholen drei genannter Begriffe [Apfel, Stift, Tisch]). Für jede richtige Antwort (z.B. jeden der richtig genannten Begriffe) erhalten die Befragten einen Punkt. Die Punkte werden nachdem alle Aufgaben beantwortet wurden addiert und mittels einer Skala dem jeweiligen Schweregrad der Erkrankung zugeordnet. Das bestmögliche Ergebnis, das erreicht werden kann sind 30 Punkte und minimal 0. Dreißig Punkte stehen für uneingeschränkte kognitive Funktionen und 0 Punkte für die schwerstmögliche Beeinträchtigung der Kognition. Die Einteilung besagt, dass Menschen mit einer leichten Demenz ein Ergebnis von 24 Punkten oder weniger erreichen. Bei der mittleren Demenz erzielen die Befragten maximal 20 bis minimal 11 Punkte und im fortgeschrittenen Stadium der Demenz liegen die Ergebniswerte bei 10 bis minimal 0 Punkte (Folstein 1975). Bei der Erhebung des MMSE ist es wichtig den Gesundheitszustand der PatientInnen zu berücksichtigen, da sowohl körperliche als

auch psychische Begleiterkrankungen die demenzielle Erkrankung stark beeinflussen können und für die Planung der Betreuung zu berücksichtigen sind (Dorner et al 2011).

3.2 Therapien der Demenz

Da eine Therapie bis dato keine Heilung dieser Erkrankung bewirken kann, wird die Aufrechterhaltung der kognitiven Leistungsfähigkeit, der selbständigen Bewältigung von Alltagsaufgaben, die Linderung von störendem Verhalten und die Vermeidung von Eiweißablagerungen im Gehirn sowie eine Steigerung der Lebensqualität über einen Zeitraum von circa einem Jahr, als Therapieerfolg verzeichnet (Platzek 2014). Trotz geringer Evidenz werden zur Therapie in der Praxis derzeit sowohl medikamentöse als auch nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden eingesetzt. Im Zuge der medikamentösen Therapie werden Antidementiva, Antidepressiva und Neuroleptika angewandt (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

3.2.1 Nichtmedikamentöse Intervention

Die Ziele der nichtmedikamentösen Interventionen sind breit gefächert und werden in der Literatur wie folgt beschrieben: Im Vordergrund der nichtmedikamentösen Interventionen steht die Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit, die Verminderung des agitierten und depressiven Verhaltens, sowie die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen. Unter Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit werden die Verbesserung der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit, der Fähigkeit zur Problemlösung und die Förderung der selbständigen Bewältigung von Alltagsaufgaben zusammengefasst (Pitkälä et al 2013). Zur Verminderung des agitierten und depressiven Verhaltens zählen nicht nur direkte Verhaltensänderungen wie die Senkung der depressiven Stimmung, sondern auch Verbesserungen in der aktiven Teilnahme der dementen Personen an den Interventionsprogrammen (Abraha et al 2017). Die Steigerung der Lebensqualität beinhaltet sowohl die Förderung des subjektiven Wohlbefindens und die Fähigkeit soziale Kontakte zu pflegen, als auch die körperlichen Fähigkeiten so lange wie möglich aufrechtzuerhalten um die Selbständigkeit zu fördern (Abraha et al 2017, Bahar- Fuchs et al 2013, Gates & Sachdev 2014, Pitkälä et al 2013, Spector et al 2008).

Die Einteilung der nichtmedikamentösen Interventionen erfolgt in vier Bereiche:

- körperliche Aktivität/Bewegung
- Ergotherapie
- andere nichtmedikamentöse Interventionen (Musiktherapie, Lichttherapie, tiergestützte Therapie, Aromatherapie, Freizeitgestaltung, Erinnerungsarbeit)
- kognitive Interventionen (kognitives Training und Rehabilitation)

Körperliche Aktivität/ Bewegung, Ergotherapie, aber auch andere nichtmedikamentöse Interventionen, wie Musiktherapie, Lichttherapie, tiergestützte Therapie, Aromatherapie, Freizeitgestaltung und Erinnerungsarbeit, verfolgen das Ziel, die Aufrechterhaltung der selbständigen Bewältigung von Alltagsaufgaben sowie der körperlichen Fähigkeiten, das Lindern von störendem Verhalten und die Fähigkeit soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Die Evidenzlage dieser Interventionen ist allerdings niedrig (Abraha et al 2017, Pitkälä et al 2013, Yu-Shiun et al 2015).

Mit Interventionen zur Steigerung der körperlichen Aktivität und Bewegung konnte sowohl die Mobilität als auch die Verbesserung der körperlichen Funktionen, wie eine Verbesserung der Gehsicherheit und das Schrittempo, gezeigt werden. Die Betroffenen wiesen ebenfalls eine größere Bereitschaft zur Teilnahme an anderen Aktivitäten, wie Feierlichkeiten in der Langzeitpflegeeinrichtung, auf. Die Intensität dieser Resultate war abhängig von der Zeitspanne, über welche diese Maßnahmen in der Praxis eingesetzt wurden, und von der Aufmerksamkeitsfähigkeit der Betroffenen, welche sich mit kleinerem MMSE verschlechterte. In dieser Studie wurden ausschließlich demente Personen mit einem Mini Mental State Examination (MMSE) unter 25 einbezogen, das heißt Personen mit einer mittleren bis schweren Demenz (Pitkälä et al 2013).

In drei systematischen Reviews, konnte gezeigt werden, dass agitiertes Verhalten, gemessen mit dem „Agitated Behaviours Mapping Instrument“ und der „Social Behaviour Observation Checklist“ durch weitere nichtmedikamentöse Interventionen (Musiktherapie, Lichttherapie, tiergestützte Therapie, Aromatherapie, Freizeitgestaltung, Erinnerungsarbeit) signifikant gelindert werden konnte (Abraha et al 2017, Pitkälä et al 2013, Yu-Shiun et al 2015). Speziell die Musiktherapie zeichnete sich durch die Verminderung behavioraler Symptome ($n= 397$, 95% KI -0,82 bis -0,17; $p = 0,003$), depressivem Verhalten ($n= 250$, 95% KI -0,68 bis -0,04; $p = 0,08$) und Angst ($n= 258$, 95% KI -1,05 bis -0,24; $p = 0,002$) aus (Abraha et al 2017).

Die kognitiven Interventionen werden bei PatientInnen mit leichter Demenz eingesetzt. Mit der Durchführung von standardisierten Aufgaben sollen eine Steigerung sowie Stabilisierung der kognitiven Leistungsfähigkeit der Betroffenen, wie das Gedächtnis, die Aufmerksamkeit, die Fähigkeit zur Problemlösung und zur Förderung der eigenständigen Lebensführung gefördert werden. Aufgrund zahlreicher kognitiver Interventionsmethoden werden diese in der Literatur unterschiedliche eingeteilt. Eine der am häufigsten verwendeten Kategorisierung ist die nach Bahar-Fuchs et al in kognitives Training und kognitive Rehabilitation (2013). Die Übungen werden sowohl in analoger als auch digitaler Form durchgeführt. Zu den Aufgaben des *kognitiven Trainings* zählen leichte Rechenaufgaben, Rätsel und andere Denkaufgaben, welche sowohl maßgeschneidert als auch individuell auf die Bedürfnisse und das Leistungsniveau der Betroffenen angepasst sein soll und durch adaptives Training ergänzt werden. Adaptiv bedeutet in diesem Fall, dass die Schwierigkeit der Aufgabenstellung auf die Veränderungen der individuellen Leistungsstufe angepasst werden sollte. Bei Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten wird die Aufgabenstellung leichter gestaltet, damit die demenzkranke Person, durch das Bewältigen der Aufgabe ein Erfolgsgefühl erlangt. Die *kognitive Rehabilitation* wird als eine Art Aufgabenteilung der täglichen Erledigungen, wie zum Beispiel das Tischdecken oder sich am Abwasch in der Gemeinschaftsküche in einer Langzeitpflegeeinrichtung zu beteiligen, angesehen. Gemeinsam mit dem geschulten Personal wird versucht feststehende Verhaltensregeln zu bestimmen und den Einsatz von Gedächtnishilfen zu erlernen. Diese Gedächtnishilfen werden in unterschiedlichen Räumen positioniert und sollen den Betroffenen beim aktiven Ansehen Orientierung geben. Ein bekanntes Beispiel dafür ist die kognitive Rehabilitation mit Erstellung eines strukturierten Tagesplanes, welche bereits eine gewisse Wirksamkeit bei der Verbesserung der Lebensqualität gezeigt hat (Bahar-Fuchs et al 2013, Chew et al 2015). Allerdings wird darauf hingewiesen, dass bei der Durchführung dieser Intervention die individuelle Gestaltung sowie der zielorientierte Ansatz, angepasst an das jeweilige Demenzstadium, aufgrund der heterogenen Symptome dieser Erkrankung Voraussetzung für die Durchführung einer optimalen nichtmedikamentösen Therapie sind (Chew et al 2015).

Die Stärke der Evidenz dieser Intervention wird laut des systematischen Reviews von Bahar-Fuchs et al (2013) als hoch eingestuft. Aufgrund des Mangels an der Übereinstimmung der Einschlusskriterien mit den Kriterien der zu diesem Thema

identifizierten Studien, wurde zur kognitiven Rehabilitation ausschließlich eine randomisierte kontrollierte Studie (RCT) in dieses Review von Clare et al 2010 eingeschlossen (Bahar-Fuchs et al 2013). Zur Durchführung dieser RCT wurden 480 Personen mit leichter Demenz ausgewählt. Die PartizipantInnen erhielten die Intervention mit 10 Therapieeinheiten über einen Zeitraum von drei Monaten, gefolgt von vier Pflegesitzungen über einen Zeitraum von sechs Monaten. In den 10 Einheiten arbeiteten die Betroffenen gemeinsam mit ihren BetreuerInnen an individuell auf die Betroffenen angepassten Rehabilitationsmethoden (z.B. Einsatz von Orientierungshilfen im Pflegealltag). In den vier nachfolgenden Pflegesitzungen wurden im Zuge einer Fremdbeurteilung mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten das veränderte Verhalten der Betroffenen erhoben (Bangor Goal-Setting Interview (BGSi), DEMQOL, Generalised Self-Efficacy Scale (GSES), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Relatives Stress Scale (RSS) Client Services Receipt Inventory (CSRI)). Die Kontrollgruppe hingegen erhielt die alltäglich durchgeführten Pflegemaßnahmen (Clare et al 2010).

Die Studienergebnisse zeigten, dass die Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe bereits nach einem sechs- bis achtmonatigen Therapieintervall signifikante Verbesserungen in den folgenden Kategorien aufwies:

- Steigerung der Teilnahme an täglichen Aktivitäten ($r = -0.623$, $p < 0.05$)
- Steigerung der Orientierung im Alltag ($r = 0.639$, $p < 0.05$)
- Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens ($r = -0.668$, $p < 0.05$),
- Steigerung der sozialen Kontakte bzw. Interaktionen ($r = 0.091$, p keine Angabe)

In einem weiteren systematischen Review von Martini et al 2015 wurden Studien, welche in den letzten 10 Jahren publiziert wurden und die Auswirkungen der nichtpharmakologischen Therapie auf das BPSD Verhalten von Menschen mit Demenz betrachteten, zusammengefasst. Insgesamt wurden 20 Studien zu dieser Thematik identifiziert. Fünf dieser Studien beschäftigten sich im Allgemeinen mit Aktivitäten, vier mit Musiktherapie, drei mit Aromatherapie, ebenfalls drei mit Bewegungsübungen, zwei mit Lichttherapie, eine mit Berührungstherapie, eine weitere mit einer Kombination von unterschiedlichen Aktivitäten und ebenfalls eine mit der kognitiven Rehabilitation (Martini et al 2015). Die Studie zur kognitiven Rehabilitation war eine Cross-over-block-randomisierte kontrollierte Studie mit 15 PartizipantInnen. In dieser Studie wurde der Einfluss von individuell gestaltetem

Rehabilitationsprogramm auf das BPSD Verhalten von DemenzpatientInnen gemessen. Die PartizipantInnen wurden in eine Interventionsgruppe 1 IG1 (n=7) und eine Interventionsgruppe 2 IG2 (n=8) unterteilt. Die beiden Gruppen erhielten vor Beginn dieser Studie eine tägliche Pflege. Zunächst erhielt die IG1 zusätzlich zu dieser Pflege das kognitive Rehabilitationstraining über einen Zeitraum von acht Wochen. Das Rehabilitationsprogramm beinhaltete Gedächtnishilfen unterstützt durch den gezielten Einsatz von Computern, Fernbedienungen usw. zur Durchführung visueller und verbaler Übungen. Die Interventionsdauer betrug 45-60 Minuten und fand zwei Mal wöchentlich über einen Zeitraum von vier Wochen statt. In dieser Zeit erfolgte nach der zweiten und abschließend nach der vierten Woche ein Follow-up Assessment. Während die IG1 die Kombination aus täglicher Pflege und dem zusätzlichen Training erhielt, kam der IG2 ausschließlich die Alltagspflege zu gute. Nachdem das kognitive Rehabilitationstraining der IG1 abgeschlossen wurde, erhielten diese ausschließlich die tägliche Pflege und die IG2 erhielt ebenfalls für vier Wochen beide Arten der Pflege mit den beiden Follow-up Terminen in Woche zwei und vier. Anschließend erhielten beide Gruppen die tägliche Pflege, welche sie bereits vor der Durchführung dieser Studie erhalten hatten. Zum zweiten Follow-up Termin der IG2 wurde ebenfalls der Status der IG1 evaluiert. Abschließend wurden die Kontrolltermine nach weiteren zwei bzw. vier Wochen durchgeführt. Im Allgemeinen wurde diese Intervention von allen TeilnehmerInnen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz gut angenommen. Die Interventionsdauer betrug 24 Wochen mit insgesamt 4 Follow-ups (Brunelle-Hamann et al 2015). Die abschließenden Studienergebnisse lauteten wie folgt:

- *Abweichendes motorisches Verhalten (AMB)*
 - IG1: $p=0,0290$
 - IG2: $p=0,0188$
 - Effektschätzer: Cohen's $d=1,38$
- *Wahnvorstellungen*
 - IG1: $p=0,01$
 - IG2: $p=0,05$
 - Effektschätzer: Cohen's $d=0,96$
- *Neuropsychiatrischen Inventar (NPI)- Erhebung belastender Verhaltensstörungen*
 - IG1: $p=0,75$ Effektschätzer: Cohen's $d=0,17$ (Vergleich Prä- und Postintervention)

- IG2: $p=0,09$ Effektschätzer: Cohen's $d=0,96$ (Vergleich Prä- und Postintervention)
- Vergleiche zwischen IG1 und IG2 wurden in diesem Teil der Studie nicht angeführt

In allen drei beobachteten Bereichen lässt sich eine Verbesserung des BPSD Verhaltens der Betroffenen vermerken, jedoch ist nicht jedes dieser Resultate signifikant (Brunelle-Hamann et al 2015).

Anhand der beschriebenen Literatur konnte aufgezeigt werden, dass die kognitive Rehabilitation mittels strukturierter Tagesplanung eine Steigerung der Teilnahme an täglichen Aktivitäten, sowie eine Steigerung der Orientierung im Alltag, eine Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens, aber auch eine Steigerung der sozialen Kontakte bzw. Interaktionen bewirken kann (Bahar- Fuchs et al 2013, Gates & Sachdev 2014, Spector et al 2008, Woods et al 2012). Des Weiteren wurde gezeigt, dass diese Intervention bei korrekter Durchführung ebenfalls eine Verbesserung des BPSD hervorrufen kann (Martini et al 2015). Dadurch können erste positive Ergebnisse der nicht medikamentösen Intervention aufgezeigt werden. Ob und wie hoch erzielte Effekte sind hängt zu einem großen Teil davon ab, wie gut und regelmäßig die Intervention durchgeführt wird.

Aufgrund zahlreicher unterschiedlicher Arten der kognitiven Rehabilitation wurde eine Maßnahme „die kognitive Rehabilitation mit Erstellung eines strukturierten Tagesplanes“ für Menschen mit Demenz gewählt, welche im folgenden Kapitel näher beschrieben wird.

3.2.1.1 Erstellung eines strukturierten Tagesplanes

Vor Erstellung eines strukturierten Tagesplanes müssen für jede Bewohnerin / jeden Bewohner folgende Fragen beantwortet werden:

- Welche persönlichen Ressourcen der Betroffenen sind vorhanden?
- Welche Probleme bestehen?
- Welche Ziele sollen durch diese Maßnahme angestrebt werden?

Vorab müssen Informationen über Gewohnheiten und Vorlieben der BewohnerInnen bei Angehörigen eingeholt oder wenn vorhanden, aus Biographiearbeiten herausgearbeitet werden. Ebenfalls ist es wichtig Ernährungsgewohnheiten zu notieren um diese in den Pflegealltag mit aufnehmen und in der Tagesplanung zu berücksichtigen zu können. Das A und O jedes Tagesplanes ist, dass dieser individuell

auf die Hobbies, Interessen aber auch auf die frühere Lebenswelt (z.B. früheren Beruf) der betroffenen Personen angepasst und regelmäßig adaptiert wird. Durch das Weiterführen der subjektiven Gewohnheiten wird versucht die zu Pflegenden besser zu unterstützen und die selbständige Bewältigung von gewohnten Alltagsaufgaben so lange wie möglich aufrechtzuerhalten. Nachdem die Gewohnheiten in der jeweiligen BewohnerInnenakte vermerkt wurden, müssen diese anschließend in der Erstellung eines Tagesplanes berücksichtigt und bei Bedarf angepasst bzw. adaptiert werden. Die Aktivitäten, welche am Tagesplan aufgeschrieben werden, sollen ebenfalls an die Bedürfnisse der TeilnehmerInnen angepasst werden (Bahar-Fuchs et al 2013, Clare et al 2010, Martini et al 2015). Für die Erstellung eines Tagesplanes gibt es unterschiedliche Vorlagen. Zu beachten ist, dass dieser täglich gemeinsam, am selben Ort („echten Leben Setting“- z.B. Gemeinschaftsraum), zum selben Zeitpunkt, in derselben Personengruppe mit einer Pflegeperson aufgestellt und ebenfalls jeden Tag erneuert werden sollte. Die Gruppengröße für die Erstellung eines Tagesplanes sollte zwischen 5 bis maximal 7 BewohnerInnen sein und wie bereits erwähnt, wenn möglich sich immer aus derselben Personengruppe zusammensetzen. Eine direkte Empfehlung über den Zeitpunkt der Erstellung eines Tagesplanes wird in der Literatur nicht gegeben aber es wird darauf hingewiesen, dass die positive Auswirkung auf die Betroffenen höher ist, je früher diese Maßnahme durchgeführt wird. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Menschen mit Demenz sehr sensibel gegenüber Stress sowie Unruhe sind und es bei Fehlen eines strukturierten Tagesablaufes zu Überforderung, Unruhe, Angst aber auch abneigendem Verhalten gegenüber Pflegeleistungen kommen kann. Durch die Verminderung hektischer und stressiger Situationen bei Interaktionen zwischen Pflegepersonen und BewohnerInnen aber auch zwischen BewohnerInnen und BewohnerInnen weist die Erstellung eines Tagesplanes ebenfalls positive Ergebnisse in der Steigerung des Wohlbefindens bei Menschen mit Demenz auf (Bahar- Fuchs et al 2013). Diese Wirkung kann mit Stimuli wie Musik und Gerüchen verstärkt werden. Des Weiteren muss darauf geachtet werden, dass genügend Freiraum, Zeit zum Ausruhen, sowie für individuelle Beschäftigungen und evtl. Bewegungsdrang offen bleibt. Aktivitäten wie Gymnastik, Gedächtnistraining, Besuch des Marktes oder andere sollen im Wochenplan ebenfalls Platz finden. Diese Aktivitäten sollen allerdings maximal drei bis viermal wöchentlich eingeplant werden um die BewohnerInnen nicht zu überfordern und ihnen auch Zeit für sich zu geben (Curendo-Redaktion 2014). In dieser wie in allen anderen kognitiven Interventionen ist

zu berücksichtigen, dass sich der Therapieerfolg durch ein strukturiertes Vorgehen positiv beeinflussen lässt. Dieses strukturierte Vorgehen setzt sich aus 3 Komponenten zusammen: Gleichmäßigkeit, Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit. Diese vermitteln den BewohnerInnen Sicherheit und steigern dadurch das Wohlbefinden der Betroffenen. Daher soll innerhalb des Teams abgeklärt werden in welchem Rahmen der Tagesplan erstellt wird, um eine unterschiedliche Durchführungsweise zwischen den einzelnen Pflegepersonen zu vermeiden (Kitwood 2008). Es muss darauf geachtet werden, dass der Tagesplan für alle sichtbar positioniert ist. Die Wahl der Schriftgröße sowie Farben, aber auch der Einsatz von Pfeilen sollten eine gut übersichtliche Darstellung des Tagesplanes bieten (Lind 2005).

3.2.2 Probleme bei der Durchführung nichtmedikamentöser Interventionen in der Pflegepraxis

Zur Erreichung der bestmöglichen Ergebnisse der beschriebenen Interventionen wird in der Literatur mehrmals auf die Notwendigkeit der ordnungsgemäßen Durchführung hingewiesen. Diese zeichnet sich durch die regelmäßige Durchführung (3 Termine zu je 1 Stunde/Woche für mindestens 4 Wochen), einer passenden Gruppengröße (Einzel- oder Gruppentherapiesitzungen mit 3 bis maximal 5 TeilnehmerInnen) und einem geeigneten Raum aus (Abraha et al 2017, Bahar- Fuchs et al 2013, Gates & Sachdev 2014, Pitkälä et al 2013, Spector et al 2008, Woods et al 2012, Yu-Shiun et al 2015). Obwohl man weiß, dass die Wirksamkeit erst durch regelmäßige Durchführung der nichtmedikamentösen Maßnahmen erreicht wird, zeigen Erhebungen, dass in der Durchführung in der Praxis zahlreiche Hindernisse auftreten, welche den Erfolg, der durch die gesetzten Maßnahmen hervorgerufen werden könnte, negativ beeinflussen (Cohen- Mansfield et al 2012, Kolanowski et al 2010).

In der qualitativen Studie von Kolanowski et al (2010) wurden 35 MitarbeiterInnen (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, TherapeutInnen sowie medizinische DirektorInnen) in sechs Pflegeheimen in Pennsylvania und North Carolina zur Umsetzung der nicht medikamentösen Therapie befragt. Die sechs ausgewählten Pflegeheime waren alle „communitybased nursing homes“. Die durchschnittliche Bettenanzahl pro Pflegeeinrichtung lag bei 160. Pro Einrichtung wurden zwischen 4 - 10 MitarbeiterInnen für diese qualitative Befragung ausgewählt. Vorrangiges Ziel dieser qualitativen Erhebung war einerseits die Identifizierung von Hindernissen bei der Umsetzung der alternativen Behandlungsmethoden bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege sowie andererseits die Analysierung des

Entscheidungsprozesses im interdisziplinären Team in Bezug auf die zu setzenden nicht medikamentösen Maßnahmen. Auf die Heterogenität der Fokusgruppen wurde geachtet, um eine große Menge an Informationen zur Beantwortung der Fragestellungen zu erhalten. Die Transkripte der Fokusgruppeninterviews wurden mittels Inhaltsanalyse nach Morse & Field 1995 analysiert. Einerseits wurde von den Teilnehmenden beschrieben, dass die MitarbeiterInnen im Allgemeinen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Interventionen hatten. Diese Schwierigkeiten ergaben sich daraus, dass die durchzuführenden Maßnahmen nicht individuell auf die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst waren und dadurch die Umsetzung für das Pflegepersonal erschwert wurde. Die Pflegepersonen fühlten sich nicht genug ausgebildet, um die nichtmedikamentöse Intervention auf die individuellen Bedürfnisse der dementen BewohnerInnen anzupassen, woraus eine Überforderung und ein hohes Stressniveau bei den jeweiligen Pflegepersonen resultierte. Als weiterer Aspekt für die nicht ordnungsgemäße Durchführung wurde der Mangel an zeitlichen Ressourcen genannt (Kolanowski et al 2010).

In der deskriptiven Studie von Cohen- Mansfield et al (2012) wurden Hindernisse für die Durchführung nicht-pharmakologischer Interventionen bei Verhaltenssymptomen bei Menschen mit Demenz beschrieben. Diese Studie wurde in sechs Pflegeheimen in Mailand durchgeführt. Die Datenerhebung erfolgte mittels Placebo kontrolliert wiederholtem Vorgehen. Alle BewohnerInnen mit Demenz dieser Pflegeheime, welche den Einschlusskriterien entsprachen, nahmen an der Erhebung der Studie teil. Das Durchschnittsalter der BewohnerInnen betrug 85,9 Jahre und der durchschnittliche MMSE Wert lag bei 7,6 Punkten. Die Ergebnisse dieser Studien zeigten, dass Barrieren auftreten können, welche die Intervention negativ beeinflussen. Die beschriebenen Barrieren wurden in externe, bestehend aus Personellen-, Familiären-, Umwelt- und Systemprozessbarrieren und interne Barrieren, wie fehlende Motivation, mangelnde Bereitschaft zur Teilnahme, abgeneigte Haltung der dementen Personen wie zum Beispiel durch nicht reagieren bei Ansprache, oder auch das nicht verfügbar sein der Betroffenen, aufgrund von schlafendem und essendem Verhalten, eingeteilt. Abschließend wird in der Studie von Cohen- Mansfield et al 2012 festgestellt, dass zur ordnungsgemäßen Durchführung der alternativen Maßnahmen sowohl das richtige Personal, mit der richtigen Ausbildung zum richtigen Zeitpunkt benötigt wird. Um die erhobenen Daten

übersichtlich darzustellen wurde in dieser Studie das Vulnerability Assessment Framework (VAF) verwendet (Cohen- Mansfield et al 2012).

Die in den beiden Studien beschriebenen Barrieren haben zur Folge, dass die nichtmedikamentösen Interventionen in der Praxis nicht ordnungsgemäß durchgeführt werden. Nicht ordnungsgemäß bedeutet, dass die Interventionsdauer, die Anzahl der Einheiten und die Gruppengröße nicht den vorgeschriebenen Regeln entsprechen und dadurch die zu erreichenden Ergebnisse negativ beeinflusst werden. Die AutorInnen geben an, dass für die Anwendung nicht pharmakologischer Interventionen bei Menschen mit Demenz Evidenz vorhanden ist, die Aussagekraft aufgrund einer geringen Stichprobenanzahl aber nicht stark ist. Dennoch zeigen diese Erhebungen erste Barrieren bei der Durchführung der alternativen Therapiemaßnahmen und bestätigen die Notwendigkeit weiterer Forschung in diesem Bereich. Durch diese sollen nicht nur die auftretenden Barrieren, sondern auch die benötigten Ressourcen erhoben werden, um zukünftig die optimale Durchführung der nichtmedikamentösen Interventionen in der Praxis für demenzkranke Menschen zur Verfügung zu ermöglichen (Cohen- Mansfield et al 2012, Kolanowski et al 2010).

Abschließend kann gesagt werden, dass die Ergebnisse der zu diesem Thema identifizierten Studien durchaus positive Resultate in der Verbesserung des Verhaltens bzw. Linderung der Symptome von Demenz aufweisen. Laut der derzeitigen bestverfügbaren Evidenz ist die Umsetzung dieser Intervention in der Praxis zur Gewährleistung einer optimalen Pflege der Betroffenen durchaus sinnvoll und weist effiziente Ergebnisse auf, weshalb ich mich für diese Art der Intervention entschieden habe. Da es derzeit aber sehr viele unterschiedliche nichtmedikamentöse Interventionsmethoden gibt, wird in dieser Arbeit exemplarisch anhand einer ausgewählten effektiven Maßnahme der Soll- und Ist-Zustand der Praxis bei der Erstellung einer strukturierten Tagesplanung für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz ausgewählt, da es eine häufig durchgeführte Maßnahme ist, die schon eine gewisse Wirksamkeit bei der Verbesserung der Lebensqualität gezeigt hat.

4. Zielsetzung und Fragestellung

Ziel dieser Arbeit ist es, anhand des Beispiels „kognitive Rehabilitation mit Erstellung eines strukturierten Tagesplanes“ für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz im Pflegealltag, festzustellen, welche Barrieren für das Pflegepersonal bei der Umsetzung dieser nichtmedikamentösen Intervention auftreten, wodurch die korrekte Durchführung dieser Maßnahme verhindert wird.

Daraus ergibt sich folgende Forschungsfrage:

Welche Barrieren treten für das Pflegepersonal bei der Umsetzung von nichtmedikamentöser Intervention, am Beispiel „Erstellung eines strukturierten Tagesplanes“, bei Menschen mit leichter und mittlerer Demenz in der Langzeitpflege auf?

Um diese Forschungsfrage zu beantworten, wurden folgende drei Subfragen gebildet:

- Wie sieht die Durchführung der Tagesplanung in der Praxis aus?
- Wird die strukturierte Tagesplanung gemäß den oben beschriebenen Regeln (gleichmäßig, regelmäßig, zuverlässig) durchgeführt?
- Wie erleben Pflegepersonen die Durchführung der Erstellung eines Tagesplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz?

5. Methodische Vorgehensweise

In der vorliegenden Arbeit wurden Forschungsfrage und Subfragen angelehnt an den Mixed-Methods-Ansatz mittels quantitativ-deskriptiver und qualitativer Methodik sowie einer Synthese der beiden Methodenteile beantwortet. Diese Methode wurde gewählt, um Informationen auf unterschiedliche Weise zu gewinnen und zu kombinieren, um einen vertieften Einblick in die Durchführung dieser Intervention zu ermöglichen.

Der theoretische Rahmen für dieses Vorgehen erfolgt innerhalb des Donabedian *Framework of Structure, Process and Outcome*. Das 1966 entwickelte Modell von Donabedian bietet einen Evaluierungsrahmen, der bei der Bewertung der Sicherheit und Qualität im pflegerischen Prozess unterstützen soll. Der Rahmen dieses Modells wird in drei Kategorien unterteilt: Struktur, Prozess und Ergebnis (SPO). In der Struktur werden die Rahmenbedingungen beschrieben, welche für die optimale Durchführung pflegerischer Maßnahmen notwendig sind. Donabedian unterscheidet hier zwischen personellen und materiellen, sowie organisatorischen und finanziellen Ressourcen. Unter der Komponente Prozess werden alle Tätigkeiten, welche zur optimalen Leistungserbringung notwendig sind, zusammengefasst. Der Outcome stellt den Ist-Zustand der PatientInnen dar und beschreibt Veränderungen, welche durch die gegenwärtigen bzw. zukünftig durchgeführten pflegerischen Maßnahmen erwartet werden. Diese drei Komponenten beeinflussen sich gegenseitig und sind daher immer im Gesamten zu betrachten (Donabedian 1966). Diese Masterarbeit soll in diesem Modell verortet werden.

5.1 Teil 1: Quantitativer deskriptiver Teil

Im ersten Abschnitt lag das Forschungsinteresse darin, das beschriebene Pflegephänomen mittels quantitativem Forschungsansatz zu erheben. Dies dient dazu den richtigen Einsatz von Pflegeinterventionen in der Praxis anhand einer Beobachtung zu überprüfen (Mayer 2015).

5.1.1 Design

Im Zuge des quantitativen Teils dieser Arbeit wurde ein deskriptives Design gewählt. Mit diesem soll der Ist-Zustand beobachtet werden (Mayer 2015). Anschließend wurde dieser umfassend dargestellt und analysiert.

5.1.2 Setting und TeilnehmerInnen

Die Grundgesamtheit einer quantitativen Arbeit ist jene Personengruppe, für welche die Forschungsfrage beantwortet werden soll (Koller 2014). Als Grundgesamtheit wurde diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in Pflegeheimen, welches direkt an der Erstellung eines Tagesplanes für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz beteiligt ist, definiert. Die TeilnehmerInnen, welche im Zuge dieser Masterarbeit bei der Erstellung des strukturierten Tagesplanes beobachtet wurden, sind in den beiden ausgewählten Pflegeheimen in Kärnten tätig. Vor der Rekrutierung wurden keine Einschränkungen bezüglich Alters sowie Berufserfahrung festgelegt.

Die Daten wurden in zwei ausgewählten Pflegeheimen in Kärnten gesammelt. Diese Auswahl wurde aufgrund großen Interesses beider Institutionen an der Durchführung dieser Masterarbeit getroffen. Die beiden Pflegeheime verfügen über dieselben organisatorischen und räumlichen Rahmenbedingungen in welchem die Erstellung eines strukturierten Tagesplanes durchgeführt wird. Die zu beobachtende Intervention erfolgt in beiden Einrichtungen immer, unabhängig von der durchführenden Pflegeperson, Montag bis Freitag am selben Ort und circa zur selben Zeit. Diese Intervention findet in einem Aufenthaltsraum statt, in welchem sich eine für jede/jeden BewohnerIn zugängliche Küche befindet. Durch eine Kommode getrennt befinden sich in diesem Raum zusätzlich Tische, welche in Form eines U aufgestellt sind. Im Zuge der Beobachtung fiel auf, dass jede/ jeder BewohnerIn einen eigenen Stammsitzplatz hat. Auf der vorderen Seite des U befindet sich in der Mitte ein Tisch, der von der Pflegeperson benutzt wird, und dahinter eine große Tafel. Die an demenzerkrankten Personen haben einen direkten Blick zum Tisch der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson und auf die grüne Kreidetafel. Neben dieser Tafel ist ein vorgefertigter Tagesplan, der in beiden Häusern täglich gemeinsam von der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit den BewohnerInnen befüllt wird.

Vor Durchführung der ersten Beobachtung wurde ein Gespräch mit der Heimleitung der beiden Einrichtungen geführt, in der allgemeine Informationen über den Hintergrund der Erstellung des strukturierten Tagesplanes erzählt wurden. Der Aufbau der Räumlichkeiten in den beiden Pflegeheimen ist sehr ähnlich. Es gibt je drei Stationen mit einer voll ausgelasteten Bettenkapazität von 10 BewohnerInnen in Haus A und 15 in Pflegeheim B. Auf einer dieser drei Stationen werden ausschließlich PatientInnen mit Demenz betreut, weshalb für die Beantwortung dieser

Forschungsfragen ausschließlich auf dieser Station beider Pflegeheime beobachtet wurde.

Beim Einzug der dementen Personen in eines der beiden Pflegeheime werden in einem Vorgespräch, mit einer dafür zuständigen Person, individuelle Vorlieben in allen Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) erhoben. Diese Person, ist eine Kommunikationswissenschaftlerin, welche in der Verwaltung der Pflegeeinrichtungen tätig ist und sich um die Verarbeitung der erhobenen Daten, Vorbereitung der Tagesplankärtchen, Biographiearbeiten und anderen Aktivitäten, welche im Zuge der Demenzbetreuung durchgeführt werden, kümmert. Diese ATLs nach Juchli (1994) sollen im Zuge eines Anamnesegesprächs die Bedürfnisse und Vorlieben der BewohnerInnen ganzheitlich erfassen. Die Einteilung der 12 ATLs erfolgt in:

1. ruhen und schlafen
2. sich bewegen
3. sich beschäftigen
4. essen und trinken
5. ausscheiden
6. Körpertemperatur regulieren
7. atmen
8. für Sicherheit sorgen
9. waschen und kleiden
10. kommunizieren
11. Sinn finden im Werden
12. Kind, Frau, Mann sein

Die Verschriftlichung der gewonnenen Informationen wird für jede und jeden BewohnerIn nach demselben Schema aufbereitet und in einer Mappe gesammelt. Diese Mappe wird anschließend in das jeweilige Pflegeheim der jeweiligen BewohnerInnen im Gemeinschaftsraum auf der Station mit dem Schwerpunkt Demenz, in dem auch die Erstellung eines Tagesplanes erfolgt, aufbewahrt und kann jederzeit von der zuständigen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson zum Nachlesen herangezogen werden. Diese Vorgespräche finden sowohl mit Familienangehörigen, als auch Bekannten oder bis dato 24-Stunden PflegerInnen statt.

Ebenfalls im Aufenthaltsraum vorhanden ist eine Mappe, in der die Aktivitäten, welche im Zuge der Durchführung einer strukturierten Tagesplanung durchgeführt werden

können, detailliert beschrieben. Diese Mappe wurde von der zuständigen Person, welche ebenfalls die Dokumente der Biographiearbeit erstellt, verfasst. Die Materialienbeschaffung zur Umsetzung dieser Aktivitäten müssen von den Pflegepersonen selbst, wenn nicht im Aufenthaltsraum vorhanden, organisiert werden. Diese Informationsmappe wird nicht regelmäßig evaluiert und es wird keine Information darüber gegeben, ob und inwiefern dieses Dokument den EBN Richtlinien nach Rycroft-Malone entspricht. Diese theoretische Grundlage kann den vier verschiedenen Quellen der Evidenz, welche sich aus Forschung, klinische Expertise, PatientInnenpräferenzen und lokale Daten zusammensetzt, nur bedingt standhalten (Rycroft-Malone 2006).

5.1.3 Datenerhebung

Die offene teilnehmende Beobachtung in der quantitativen Forschung dient dazu die Häufigkeit sowie das Vorkommen bestimmter Handlungen aus der Sicht einer fremden Person zu erforschen. Ebenso soll das Verständnis für Prozesse und Strukturen in einem bestimmten Setting gefördert, Wissen und praktisches Tun untersucht, einen Einblick in den Alltag der zu beobachten Personengruppe erlangt werden. Ziel dieser Methode ist es das tatsächliche Handeln zu erheben. Die Stärke dieser Methode liegt vor allem darin, dass die Forscherin die Möglichkeit hat Unbekanntes durch einen vertieften Einblick, welcher durch die Teilnahme an der zu beobachtenden Intervention ermöglicht wird, zu erforschen. Zu den Schwächen dieser Methode zählt unter anderem die Beeinflussung des Handelns der zu beobachtenden Person, welche aufgrund des Wissens, dass die Forscherin ausschließlich auf deren Handeln achtet und dieses kritisch beleuchtet, resultiert. Ebenfalls gibt es in dieser quantitativen Methode Probleme mit der Repräsentativität sowie der Intersubjektivität, da die Erhebung des zu beobachtenden Verhaltens sehr subjektiv sein kann (Mayer 2015).

Die Forscherin führte im Zuge dieses Vorhabens 18 von 20 geplanten Beobachtungen in den beiden Pflegeheimen im Frühling 2018 durch und nahm dabei aktiv am Geschehen teil, um einen umfassenden Einblick in den Stationsalltag zu erlangen. Diese Beobachtung wurde mittels eigens dafür angefertigtem Beobachtungsbogen (siehe Anhang 1) durchgeführt. Notizen wurden mit kurzen Schlagworten festgehalten und nach dem Erstellen des Tagesplans durch noch in Gedanken gespeicherten Auffälligkeiten sowohl positiven als auch negativen ergänzt. Im Zuge dieses Vorgehens sollten zwei vordefinierten Subfragen durchgeführt, die wie folgt lauten:

- Wie sieht die Durchführung der Tagesplanung in der Praxis aus?
- Wird die strukturierte Tagesplanung gemäß den oben beschriebenen Regeln (gleichmäßig, regelmäßig, zuverlässig) durchgeführt?

5.1.4 Variablen und Messungen

Mit einem Beobachtungsbogen soll der Ist-Zustand im Pflegealltag zu einzelnen aus der Literatur hervorgehenden Variablen, welche relevant für eine optimale Erstellung eines Tagesplanes sind, erfasst werden. In den folgenden Unterpunkten werden die einzelnen Variablen, welche anhand der Inhalte zu unterschiedlichen Überkategorien zusammengefasst wurden, sowie deren Erhebung beschrieben. Abschließend wird nach jeder Überkategorie eine allgemeine Bewertung für die darin beinhaltenden Variablen durchgeführt, in der die Beobachterin ihren übergeordneten allgemeinen Eindruck für diese „Kategorie“ von Beobachtungen wiedergeben soll. Sie wird diesen allgemeinen Eindruck auf einer Skala von „0 gar nicht zutreffend“, „1 wenig zutreffend“, „2 weitgehend zutreffend“, „3 weder noch“, „4 zutreffend“, „5 sehr zutreffend“ bewerten.

5.1.4.1 Individuelle Gestaltung

Zur individuellen Gestaltung zählen unter anderem die Anpassung des Tagesplanes an die individuellen Bedürfnisse der TeilnehmerInnen, die Durchführung unterschiedlicher Aktivitäten für einzelne TeilnehmerInnen sowie die Vermeidung hektischer und stressiger Situationen.

- *Anpassung des Tagesplanes an individuelle Bedürfnisse der TeilnehmerInnen*
In dieser Variable soll herausgefunden werden, ob die Aufgaben, welche den dementen TeilnehmerInnen während der Tagesplanerstellung zugeteilt werden, individuell auf deren Bedürfnisse und Vorlieben angepasst werden. Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, profitieren die demenzerkrankten Personen vor allem von dieser Intervention, wenn die durchzuführenden Aufgaben in einem direkten Bezug zu bestimmten Alltagssituationen gestellt werden, mit denen sich die TeilnehmerInnen identifizieren können (Bahar- Fuchs et al 2013, Gates & Sachdev 2014, Spector et al 2008, Woods et al 2012). Diese Variable wird ebenfalls durch die Befragung der Pflegepersonen erhoben. Hierbei werden die Pflegepersonen nach der Erstellung des strukturierten Tagesplanes darum gebeten einen Wert zwischen „0 gar nicht zutreffend“, „1 wenig zutreffend“, „2 weitgehend zutreffend“, „3 weder noch“, „4 zutreffend“, „5 sehr zutreffend“ anzukreuzen.

- *Unterschiedliche Aktivitäten für einzelne TeilnehmerInnen*

Im nächsten Punkt wird beobachtet, ob den TeilnehmerInnen unterschiedliche Aufgaben im Tagesplan zugeteilt werden und diese ihre individuellen Stärken fördern. Zur Beurteilung dieser Variablen wurde ebenfalls eine Skala von 0 bis 5 gewählt, da die Aufgabenteilung nicht zwingend für jede/jeden Gruppen TeilnehmerIn gleichermaßen durchgeführt werden muss. Hierbei entspricht „0 gar nicht zutreffend“, „1 wenig zutreffend“, „2 weitgehend zutreffend“, „3 weder noch“, „4 zutreffend“, „5 sehr zutreffend“.

- *Vermeidung hektischer und stressiger Situationen*

Die Vermeidung hektischer und stressiger Situationen kann bei dementen Personen Überforderung, Unruhe, Angst aber auch abneigendem Verhalten gegenüber Pflegetätigkeiten vorbeugen. Daher wird in dieser Variable beobachtet, in wie fern eine Prävention dieser Situationen durchgeführt wird. Zur Beurteilung dieser Variablen wurde ebenfalls eine Skala von 0 bis 5 gewählt, da die Aufgabenteilung nicht zwingend für jede/jeden Gruppen TeilnehmerIn gleichermaßen durchgeführt werden muss. Hierbei entspricht „0 gar nicht zutreffend“, „1 wenig zutreffend“, „2 weitgehend zutreffend“, „3 weder noch“, „4 zutreffend“, „5 sehr zutreffend“.

5.1.4.2 Organisatorische Rahmenbedingungen

Zu den organisatorischen Rahmenbedingungen werden folgende Punkte gezählt:

- *Tagesplanerstellung nach Vorlage*
- *Derselbe Ort*
- *Derselbe Zeitpunkt*

Diese Aspekte stellen eine wichtige Basis für die optimale Durchführung der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes dar. Da Menschen mit Demenz sehr milieusensibel sind, wird in der Literatur mehrmals darauf hingewiesen, wie wichtig eine regelmäßige Erstellung eines Tagesplanes für diese PatientInnengruppe ist, um das Stressniveau zu senken und das Wohlbefinden der Betroffenen zu stärken (Lind 2005). Die Überprüfung dieser drei Aspekte erfolgt anhand einer teilnehmenden Beobachtung. Durch eine „Ja“ oder „Nein“ Antwortmöglichkeit sowie einem zusätzlichen Notizfeld im Beobachtungsbogen kann festgestellt werden, ob diese drei Aspekte korrekt ausgeführt und zusätzliche Auffälligkeiten dokumentiert werden.

5.1.4.3 Gruppengröße und -zusammensetzung

Im Aspekt der Gruppenzusammensetzung muss darauf geachtet werden, dass die Gruppengröße zwischen minimal fünf und maximal 7 TeilnehmerInnen beschränkt ist. Des Weiteren soll beobachtet werden, ob und inwiefern die Gruppe täglich aus denselben Teilnehmenden besteht bzw. in wie fern diese an den einzelnen Tagen voneinander abweichen. Die Messmethode zur Überprüfung der Angemessenheit der Gruppengröße soll mit einer „Ja-Nein Frage“ beantwortet werden. Im Notizfeld soll zusätzlich vermerkt werden, wie viele Personen an dieser Intervention teilnehmen. Die Gruppenzusammensetzung soll anhand einer eigens überlegten Skala überprüft werden. Anhand dieser sollen zunächst die TeilnehmerInnenanzahl des jeweiligen Tages „Heute n=...“ notiert werden. Anschließend soll im Feld „davon gestern n=...“ vermerkt werden, wie viele der heutigen TeilnehmerInnen ebenfalls am Vortag bereits dieser Intervention beiwohnten.

5.1.4.4 Zusätzlicher Eintrag

Unter der Überschrift zusätzlicher Eintrag werden im Zuge der Beobachtung folgende Aspekte näher betrachtet:

- Einsatz zusätzlicher Stimuli
- Zeit für zusätzliche Ruhephasen eingeplant
- Essenszeiten im Tagesplan eingetragen
- Zusätzlich eingetragen

Hierbei werden allgemeine Informationen zu zusätzlichen Aspekten, welche im Tagesplan vermerkt bzw. neben der Tagesplanerstellung angewandt werden könnten beobachtet und notiert. Diese Variablen sind nicht zwingend notwendig, um eine optimale Erstellung eines strukturierten Tagesplanes zu gewährleisten, können diese aber positiv beeinflussen. Der Einsatz zusätzlicher Stimuli, Zeit für zusätzliche Ruhephasen, aber auch Essenszeiten, welche im Tagesplan eingetragen werden können, werden in dem Beobachtungsprotokoll mit „Ja-Nein Fragen“ beantwortet. In den Kästchen Notizen sind kleine Nebenfragen notiert, die ebenfalls während der teilnehmenden Beobachtung ausgefüllt werden sollen. Die Variable „.... Eingetragen“ stellt die Möglichkeit für zusätzliche Notizen da. Diese Variable ist undefiniert, da die Möglichkeit besteht, dass Pflegepersonen zusätzliche Einträge auf dem Tagesplan vermerken, welche in der Literatur bis dato noch nicht beschrieben wurden, während der Beobachtung aber festgestellt werden könnten.

5.1.4.5 Formaler Aufbau

In der Überkategorie formaler Aufbau werden folgende Variablen näher begutachtet:

- Positionierung des Tagesplanes
- Schriftgröße
- Farbliche Gestaltung
- Einsatz von Hilfsmittel

Zunächst soll beobachtet werden ob die Positionierung des Tagesplanes gut gewählt, das heißt für alle TeilnehmerInnen sichtbar ist. Ebenfalls wird darauf geachtet, ob die Schriftgröße so gewählt ist, dass die dementen Personen alle Programmpunkte lesen können und ob die farbliche Gestaltung gut gewählt ist. Ebenfalls wird in dieser Kategorie beobachtet ob Hilfsmittel wie z.B. Pfeile am Tagesplan zur leichteren Orientierung eingesetzt werden. Dadurch erhofft man sich eine einfache Nachverfolgung der einzelnen Aspekte am Tagesplan zu gewährleisten. Diese Variablen werden mit einer Skala von 0 bis 5 bewertet. Hierbei entspricht „0 gar nicht zutreffend“, „1 wenig zutreffend“, „2 weitgehend zutreffend“, „3 weder noch“, „4 zutreffend“, „5 sehr zutreffend“.

5.1.4.6 Selbsteinschätzung der Qualität der strukturierten Tagesplanung durch die Pflegeperson

Im Anschluss an die Erstellung des Tagesplanes und dem damit einhergehenden Beobachtungsprozess wird die Pflegeperson von der Forscherin zu Ihrer Zufriedenheit mit der Erstellung des Tagesplanes an diesem Tag befragt. Die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson soll diese Zufriedenheit anhand einer Skala von 0 bis 10 angeben. Dabei entspricht „0 überhaupt nicht zufrieden“ und „10 vollkommen zufrieden“. Dieses Skalenniveau wurde gewählt, da es an die NRS (Numerische Rating-Skala) erinnert, welche durch die Diplomierten Pflegepersonen tagtägliche Anwendung in der Praxis findet und allgemein bekannt ist.

5.1.4.7 Biographiearbeit

Im Zuge der ersten Pflegeanamnese nach einem Einzug der dementen Person ins Pflegeheim, wird eine Biographiearbeit erstellt, in der vor allem individuelle Vorlieben und Abneigungen der BewohnerInnen erhoben werden. Diese Informationen werden in die Pflegeplanung miteingeschlossen und sollen den Pflegepersonen als Unterstützung im pflegerischen Alltag dienen (Bahar-Fuchs et al 2013). Die Biographiearbeit sollte in jedem Pflegeheim in der Pflegedokumentation zu finden sein.

Im Zuge der Beobachtung soll erhoben werden, ob diese theoretische Grundlage in der Gestaltung des Tagesplanes berücksichtigt wird. Dazu werden die Pflegepersonen, nach der Erstellung des Tagesplanes von der Autorin dieser Arbeit befragt, ob diese Maßnahmen in die Intervention miteinbezogen werden. Die Pflegepersonen werden darum gebeten den Einbezug der Biographiearbeit in die Erstellung des strukturierten Tagesplanes auf einer Skala von 0 bis 10 anzugeben. Dabei entspricht „0 überhaupt nicht zufrieden“ und „10 vollkommen zufrieden“.

5.1.4.8 Zufriedenheit aus Sicht der Forscherin

Abschließend erfolgt eine allgemeine Qualitätseinschätzung der Forscherin. Hierbei werden die zusammenfassenden Bewertungen jeder einzelnen Überkategorie erneut betrachtet und mit Einbeziehung der Notizen ein abschließender Wert angekreuzt. Die Skala für diese Bewertung ist wieder dieselbe, wie bei der Selbsteinschätzung der Qualität der Pflegepersonen (0 schlechteste vorstellbare Qualität bis 10 exzellente Qualität) bezeichnet.

5.1.5 Datenauswertung

Die empirischen Daten, welche im Zuge der vierzehntägigen Beobachtung erhoben wurden, wurden sowohl narrativ zusammengefasst als auch mittels deskriptiver Statistik beschrieben. Die Daten wurden mit dem Programm IBM SPSS Statistics 23 ausgewertet. Die einzelnen Variablen wurden vorab auf ihre Normalverteilung getestet. Dies wurde im Zuge eines KS Tests in SPSS durchgeführt. Die deskriptive Auswertung erfolgte mittels Berechnung des Mittelwerts mit Standardabweichung bzw. dem Median mit 25% und 75% Perzentil. Damit die zusammengefassten Ergebnisse des Fokusgruppeninterviews mitgeteilt werden konnten, wurden diese im Anschluss an die Datenauswertung zusammengefasst. Aufgrund der technischen Gegebenheiten, in denen das Fokusgruppeninterview durchgeführt werden soll, konnte die Studentin eine kurze PowerPoint Präsentation vorbereiten.

5.1.6 Feldzugang und Rekrutierung

Die Rekrutierung für die teilnehmende Beobachtung erfolgte in zwei ausgewählten Pflegeheimen in Kärnten. In diesen Einrichtungen wurde zunächst im Februar 2018 die Erlaubnis der Heimleitung zur Durchführung der teilnehmenden Beobachtung eingeholt. Anschließend wurde das Einverständnis der in dieses Vorhaben miteingeschlossenen Pflegepersonen eingeholt. Bei Zustimmung zur Beobachtung seitens der Pflegepersonen wurde vorab sowohl mündlich als auch im Zuge eines

ausgehändigten Informationsschreibens (siehe Anhang 2) der Informed consent gegeben, in dem diese darüber aufgeklärt wurden, dass die Teilnahme an der Beobachtung freiwillig ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen abgebrochen werden kann. Die erhobenen Daten wurden vertraulich behandelt und nicht an dritte weitergegeben. Diese Beobachtung wurde ausschließlich auf der Station mit dem Schwerpunkt Demenz durchgeführt, da nur in diesem Bereich der Institution ein Tagesplan erstellt wird. Im Zuge dieses Vorhabens nahm die Beobachterin zehn Arbeitstage lang, täglich von Montag bis Freitag (ausgenommen feiertags) ab 7:00 bis zum Ende der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes am Pflegealltag teil und beobachtete inwiefern die Erstellung eines Tagesplanes durchgeführt wird. Die zu beobachtende Pflegeperson ist täglich jene, die der Station mit dem Schwerpunkt Demenz zugeteilt wird. Im Zuge der teilnehmenden Beobachtung wurde täglich der Beobachtungsbogen neu ausgefüllt. Der zeitliche Beginn der Erstellung dieser Intervention ist abhängig von der Tagesgestaltung der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Die Beobachterin blieb ausschließlich bis zum Ende der Erstellung des Tagesplanes, zog sich dann in den Schwesternstützpunkt zurück und verschriftlichte einige Notizen. Nach diesem Vorhaben blieb sie nicht bei der Umsetzung der Aktivitäten, welche am Tagesplan beschrieben wurden. Da es in dieser Masterarbeit ausschließlich um die Erstellung eines strukturierten Tagesplanes geht, war es nicht notwendig die Aktivitäten ebenfalls zu beobachten.

5.2 Teil 2: Qualitativer Forschungsansatz

Zur Beantwortung der letzten Unterfrage: „Wie erleben Pflegepersonen die Durchführung der Erstellung eines Tageplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz?“ wurde im zweiten Teil dieser Arbeit ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, da das subjektive Erleben der Pflegepersonen im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stand. Um die Erfahrungen der Personen individuell zu erheben, wurde ein qualitatives deskriptives Design gewählt. Die Befragten sollen dadurch die Möglichkeit haben ihr Erleben in ihren eigenen Worten zu beschreiben (Mayer 2015). Im Sinne des Mixed-Methods Ansatzes flossen Ergebnisse aus dem ersten Teil dieser Arbeit (quantitative Beobachtung) in die Erstellung des Interviewleitfadens für den zweiten Teil dieser Arbeit (qualitatives Interview) ein.

5.2.1 Datenerhebung

Um das Erleben der Pflegenden bei der Durchführung dieser Maßnahmen darzustellen, wurde ein offenes leitfadengestütztes Fokusgruppeninterview durchgeführt. Bei der Bildung einer Fokusgruppe müssen folgende Kriterien erfüllt werden: Diese Gruppe sollte sich (1) aus Personen zusammensetzen, welche eine Gemeinsamkeit haben (z.B. bereits alle im Zuge der Umsetzung der kognitiven Rehabilitation einen Tagesplan für die Dementen erstellt haben). Zusätzlich sollen diese (2) in der Lage sein eine Diskussion zu einem Thema anregen zu können bzw. wollen, um dadurch der Forscherin eine Erhebung qualitativer Daten zu ermöglichen. Dadurch sollen die TeilnehmerInnen dazu beitragen, dass (3) das Verständnis zu diesem Thema vertieft wird. Fokusgruppeninterviews sollen zusätzlich (4) die Gruppendiskussion anregen, um eine tiefere Einsicht in ein bestimmtes Themengebiet zu ermöglichen und den Informationsaustausch zwischen den TeilnehmerInnen zu fördern (Mayer 2015).

Der erstellte Interviewleitfaden (Anhang 3) sollte der Forscherin helfen auch während des Fokusgruppeninterviews einen thematischen Rahmen zu haben. Dennoch wird während des Interviews von der Forscherin hohe Offenheit und Flexibilität hinsichtlich der Fragebogenadaption erwartet. Die Reihenfolge der Fragestellung steht der Interviewerin frei zu und kann im Laufe des Interviews verändert werden. Das Sprachniveau muss an das der Befragten angepasst werden, um die Fragen für alle verständlich zu formulieren (Bauer & Blasius 2014). Im Verlauf des Interviews sollen einige Themen durch die Forscherin angesprochen werden, welche von der Fokusgruppe aufgefasst und diskutiert werden sollen. Hier ist die Rolle der Interviewerin eher passiv. Sie leitet und lenkt das Interview, mit Themen, Zwischenfragen oder kann durch gezielte Nachfragen zu weiteren Diskussionen anregen (Mayer 2015).

Zur Charakterisierung der TeilnehmerInnengruppe werden, bevor das eigentliche Fokusgruppeninterview beginnt, demographische Daten mittels vorgefertigter Fragebögen erhoben (Anhang 4). Im Zuge der Erhebung der demographischen Daten wird das Hauptaugenmerk auf folgende Punkte gelegt: Geschlecht, Alter, abgeschlossene Ausbildung, Anzahl der Berufsjahre (gesamt), Anzahl der Berufsjahre (im Langzeitpflegebereich), Anstellungsverhältnis sowie Informationen über Aus-, Fort- und Weiterbildungen. Dieser wird ohne Angabe des Namens in ein Kuvert verpackt und in eine bereitgestellte Box geworfen.

Für den Beginn des Interviews wurde eine Präsentation vorbereitet. Diese stellt die Ergebnisse der quantitativen Beobachtung dar und wird von der Interviewerin durch narrative Beschreibung untermauert. Anschließend wird der offene Einstieg in das Fokusgruppeninterview mit einer direkten Überleitung von der Ergebnispräsentation zu einer bei der Beobachtung offengebliebenen Frage übergeleitet. Durch die Präsentation wird versucht, im Vorhinein, eine vertrauensvolle Basis zu schaffen, in dem die Interviewerin ihre Ergebnisse mit den TeilnehmerInnen teilt. Der Rahmen des Interviews soll dem eines Alltagsgesprächs ähneln. Dadurch soll der Erzählstimulus gefördert werden. Der Vorteil dieser Interviewform ist es, dass die Interviewerin sich im Hintergrund hält und das Interview dennoch versucht zu lenken. Dadurch sollen die TeilnehmerInnen eine eigene Dynamik erlangen und ein Gruppengespräch soll entstehen. Die Aufgabe der Forscherin ist es, die TeilnehmerInnen alle zu gleichen Teilen im Gespräch miteinzubeziehen. Die passiven TeilnehmerInnen können durch direkte Ansprache miteinbezogen werden. Zu aktive InterviewpartnerInnen können etwas eingebremst werden um passivere TeilnehmerInnen mehr zu Wort kommen zu lassen (Mayer 2015).

5.2.2 Beschreibung des Settings und der TeilnehmerInnen

Es werden Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen in den beiden ausgewählten Pflegeheimen in Kärnten angefragt, welche auf den beiden Stationen mit dem Schwerpunkt Demenz tätig sind und die Aufgabe haben einen Tagesplan für Menschen mit Demenz zu erstellen.

Die Auswahl erfolgt nach folgenden Kriterien:

- Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal in einem der beiden ausgewählten Pflegeheimen
- Pflegepersonal mit viel bzw. wenig Erfahrung in der Erstellung eines Tagesplanes für Menschen mit Demenz
- Pflegepersonal aus allen Altersstufen
- Pflegepersonal mit bzw. ohne Zusatzausbildungen, abgeschlossenen Studien
- Pflegepersonen mit einer Teilzeit- bzw. Vollzeitbeschäftigung
- Pflegepersonen aller Berufsjahre

Im Zuge des qualitativen Teils dieser Masterarbeit wurde am 20.07.2018 um 12:07 ein Fokusgruppeninterview durchgeführt. Insgesamt wurden sieben TeilnehmerInnen für das Interview ausgewählt, wobei drei dieser PartizipantInnen am vereinbarten Termin aufgrund von Krankheit sowie Personalmangel und anderen familiären Gründen nicht

erscheinen konnten. Dadurch ergab sich für das Interview eine Gruppengröße von n=4. Das Interview wurde im Konferenzraum in einer der beiden Pflegeheime durchgeführt. Die Interviewdauer betrug 56 Minuten.

5.2.3 Datenauswertung

Das durchgeführte Fokusgruppeninterview wurde mit Hilfe von zwei Aufnahmegeräten aufgezeichnet. Anschließend wurde eine sprachliche Analyse der Daten vorgenommen. Die gesammelten Daten wurden in einem verständlichen Schriftdeutsch verschriftlicht. Die für diese Transkription herangezogenen Transkriptionsregeln stammen von Kuckartz et al (2014).

Das Beobachtungsprotokoll, welches während des Interviews durch die Kollegin der Forscherin dieser Arbeit ausgefüllt wurde, diente als Gedächtnishilfe bei der Transkription.

5.2.4 Datenanalyse

Der Datenanalyseprozess erfolgte in Anlehnung an die Grounded Theory nach Corbin & Strauss (1996). Das Ziel der Grounded Theory ist die Untersuchung sozialer Prozesse mit einer anschließenden Generierung von Theorien. Im Zuge dieser Arbeit soll herausgefunden werden, wie sich der Prozess der Durchführung der strukturierten Tagesplanung für das Pflegepersonal gestaltet. Hierbei sollen alle Erfahrungen, die die Pflegepersonen bereit sind zu teilen, in der Analyse mit einbezogen werden, um ein ganzheitliches Bild über die positiven und negativen Aspekte der Durchführung dieser Intervention zu erlangen (Corbin & Strauss 1996).

Das Vorgehen in der Grounded Theory nach Corbin & Strauss zeichnet sich vor allem durch den Analyseprozess aus, welcher sich aus drei Kodierphasen zusammensetzt. Im ersten Schritt dieses Prozesses, dem offenen Kodieren, werden die transkribierten Daten analysiert. Dies erfolgt durch ein schrittweises Vorgehen mit einer konkreten Auseinandersetzung des Transkript Inhaltes. Zur Beantwortung der Forschungsfrage relevante Textpassagen werden im Text markiert und anschließend interpretiert, bevor diesen Kodes zugeordnet werden. Die Zuordnung zu den einzelnen Kodes erfolgt sowohl durch In-vivo Kodes als auch durch konstruierte Kodes. Die In-vivo Kodes werden stark durch die eigeninterpretative Haltung des Forschers beeinflusst. Die konstruierten Kodes werden vom Fachwissen abgeleitet. Durch dieses Vorgehen möchte man vom Fließtext über Kodes zu ersten Konzepten überleiten. Zusätzlich werden im Zuge des offenen Codierens Fragen (Wer? Was? Wie? Wann/wie lange/ wo? Warum? Womit? Wozu?) an den transkribierten Text gestellt, welche zur

Unterstützung bei der Entwicklung von Kategorien, Eigenschaften sowie Dimensionen bzw. Unterkategorien dienen sollen (Corbin & Strauss 1996).

Im zweiten Schritt dieses Prozesses, dem axialen Kodieren, geht es darum, die im ersten Schritt entstandenen Kategorien miteinander in Verbindung zu setzen und deren Beziehung herauszuarbeiten. Hierbei ist das Ziel, die Bedingungen unter welchem ein gewisses Phänomen stattfindet, herauszuarbeiten und im jeweiligen Kontext bekanntzumachen. Im dritten Schritt dieses Analyseprozess, dem selektiven Kodieren, werden die gebildeten Kategorien einer Überkategorie untergeordnet, um aus diesem eine Theorie über das genauer betrachtete Phänomen zu bilden (Corbin & Strauss 1996).

In dieser Arbeit wurde die Datenanalyse ausschließlich mit dem offenen und axialen Kodieren durchgeführt. Auf das selektive Kodieren wurde verzichtet, da im Zuge dieser Masterarbeit kein Modell entwickelt werden soll.

Durch dieses mehrphasige Vorgehen soll eine theoretische Sensibilität entwickelt werden, welche den angemessenen Datenumgang fördern und die Unterscheidung von wichtigem und unwichtigem Datenmaterial zu ermöglichen. Dies kann durch das eigene Wissen jedoch beeinflusst werden. Zusätzlich werden Memos verfasst, welche als „Gedankenhilfe“ bis zum Abschluss des Forschungsprojektes dienen sollen (Corbin & Strauss 1996).

5.2.5 Gütekriterien qualitativer Forschung

In dieser Masterarbeit wurden die Gütekriterien der qualitativen Forschung nach Phillip Mayring berücksichtigt. Zu diesen werden folgende Kriterien gezählt: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicht, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und Triangulation (Mayring 2016). Im Zuge der Verfahrensdokumentation wird darauf geachtet, dass trotz eines individuellen Forschungsvorgehens, der Forschungsverlauf nachvollziehbar und überprüfbar ist. Aus diesem Grund wurden die Schritte dieses Forschungsprozesses dokumentiert und nachvollziehbar dargestellt. Das Kriterium der argumentativen Interpretationsabsicherung, welche sich durch eine nachvollziehbare und argumentierbare Interpretation der Ergebnisse auszeichnet, wurde in dieser Masterarbeit durch den direkten Bezug der Zitate der FokusgruppeninterviewteilnehmerInnen gewährleistet. Da in dieser Forschungsarbeit Regeln eingehalten werden und ein schrittweises sowie systematisches Vorgehen nachvollziehbar dargestellt wird, kann

der Aspekt der Regelgeleitetheit ebenfalls gewährleistet werden. Um den Aspekt der Nähe zum Gegenstand zu gewährleisten, sollte sich die Forscherin in die Lebenswelt der Betroffenen einfühlen, um deren Perspektive besser verstehen zu können. Dies wurde im Zuge des quantitativen Parts dieser Arbeit bereits durchgeführt, indem sich die Forscherin dieser Arbeit das Praxisumfeld der zu interviewenden Personen beobachtet hat. Die kommunikative Validierung und Triangulation dieser Arbeit können aufgrund des Größenausmaßes nicht erfüllt werden (Mayring 2016).

5.2.6 Feldzugang und Rekrutierung

Die Rekrutierung der zu interviewenden Personen erfolgt über die beiden Stationen mit dem Schwerpunkt Demenz in den ausgewählten Pflegeheimen. Vorab wurde das Einverständnis der Heimleitung für dieses Vorhaben im Februar 2018 eingeholt. Im Zuge der quantitativen Beobachtung wurde der Kontakt zu den Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen der beiden Häuser geknüpft. Pflegepersonen, die den vordefinierten Einschlusskriterien entsprachen, wurden bei Interesse um die Teilnahme an dem Fokusgruppeninterview gebeten. Vor der Zustimmung zu diesem Vorhaben wurden die Pflegepersonen mündlich über den Informed consent informiert. Im Zuge dessen wurde den TeilnehmerInnen erklärt, dass die Teilnahme an diesem Fokusgruppeninterview freiwillig ist und jederzeit abgebrochen werden kann. Die gewonnenen Informationen werden vertraulich behandelt und nicht an dritte Personen weitergegeben. Es ist kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich.

Nachdem sieben Pflegepersonen zur Teilnahme an diesem Fokusgruppeninterview zugesagt haben, wurde der 20.07.2018 um 9:00 als Termin für das Fokusgruppeninterview fixiert. Die Heimleitung reservierte den Konferenzraum im Haus A für dieses Vorhaben und stellte der Interviewerin technische Hilfsmittel (Beamer) sowie Getränke und Naschereien zur Verfügung. Das Fokusgruppeninterview wurde von der Studierenden selbst mit Unterstützung einer ehemaligen Kollegin aus dem Bachelorstudiengang Pflegewissenschaft, die in keinem persönlichen Verhältnis zur Untersuchungsgruppe stand, durchgeführt. Diese kümmerte sich um die audiografische Aufnahme und machte sich Notizen anhand eines vorgefertigten Bogens zu den Themen Situation/ Stimmung/ Atmosphäre des Interviews, Besonderheiten/ nonverbale Aspekte/ Sonstiges/ eigene Gedanken und spontane thematische Auffälligkeiten (siehe Anhang 5).

Vor Beginn des Interviews erhielten die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen Informationen über die diesem Termin beiwohnende Person. Das Informationsschreiben zur Teilnahme an diesem Vorhaben (Anhang 6) wurde vor Beginn des Fokusgruppeninterviews ausgehändigt und die Pflegepersonen wurden darum gebeten sich dieses durchzulesen. Da keine weiteren Fragen bestanden und alle mit dem Gelesenen einverstanden waren, wurden die TeilnehmerInnen erneut mündlich über das Vorhaben dieser Masterarbeit informiert und ebenfalls nochmal darauf hingewiesen, dass die Inhalte dieser Unterhaltung vertraulich behandelt wurden diese Daten ausschließlich zur Beantwortung der Forschungsfragen dieser Arbeit verwendet und anschließend keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sein werden.

5.3 Synthese

Die Synthese der quantitativen und qualitativen Daten erfolgt angelehnt an die Mixed-Methods Methodik *Integration auf Methodenebene*. In diesem Vorhaben werden sowohl quantitative als auch qualitative Daten gesammelt, analysiert, interpretiert und zusammengefasst (Leech & Onwuegbuzie 2008). Die Ergebnisse der beiden Methoden werden im Zuge dieser Arbeit in Verbindung zueinander gesetzt und zur Beantwortung der Forschungsfrage sowie Subfragen herangezogen. Diese Methode wurde aufgrund der Datenerhebungsmethode dieser Masterarbeit, angelehnt an das explorative sequentielle Design gewählt. Dieses Design wird dadurch gekennzeichnet, dass die in der ersten Phase erhobenen Daten (quantitativer Teil) zur Erhebung erster Informationen sowie zur Entwicklung von Instrumenten für den zweiten Part der Arbeit (qualitativer Teil) verwendet werden (Creswell & Plano 2011). Angelehnt an die Integration auf Methodenebene werden in dieser Masterarbeit die Erkenntnisse der ersten Phase genutzt und in der zweiten Phase integriert (Doyle et al 2016). Die durch die quantitative Beobachtung erhobenen Daten, werden in die Erstellung des Interviewleitfadens einfließen, um gezielt auf offene Fragen eingehen zu können und diese durch die Kombination der beiden Methoden beantworten zu können, um abschließend ein gemeinsames Ganzes zu erreichen. Dieses Vorgehen soll der Forscherin dabei helfen den Ist-Zustand der Intervention „kognitive Rehabilitation mit Erstellung eines strukturierten Tagesplanes“ zu erheben und dadurch die Barrieren, welche bei der Durchführung dieser Interventionen entstehen zu identifizieren und

narrativ darzustellen sowie die Diskussion zu manchen Themen anhand der Beobachtung zu stimulieren oder zu validieren.

Zur Erhöhung der Qualität der Ergebnisse werden in diesem Forschungsvorhaben die Gütekriterien nach Mayring berücksichtigt. Diese Kriterien werden wie folgt definiert: Verfahrensdokumentation, argumentative Interpretationsabsicht, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand, kommunikative Validierung und Triangulation (Mayer 2015). Eine Herausforderung stellen die Aspekte der Objektivität und Offenheit aufgrund des theoretischen und praktischen Vorwissens dar. Es ist wichtig, sich diesem Vorwissen bewusst zu sein, um während der Interviewsituation dieses auszublenden. Derzeit ist unklar inwieweit die Qualitätskriterien für den quantitativen und qualitativen Teil einer Mixed-Methods Studie ausreichend sind und inwiefern eine kombinierte Form dieser Kriterien notwendig wäre, um die beste verfügbare Grundlage zu bilden (Doyle et al 2016).

6 Ethische Überlegungen

Wichtig bei der Durchführung eines Forschungsprojektes ist die Aufrechterhaltung der ethischen Grundsätze in der Pflegeforschung. Diese Prinzipien sind ursprünglich im Nürnberger Kodex verankert und legen ihren Fokus auf die Erhaltung der Autonomie, der Benefizienz, der Non-Malefizienz und der Gerechtigkeit (Mayer 2015, S.62).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Pflegepersonen, welche in diese beiden Vorhaben miteingebunden wurden, vorab eine ausführliche mündliche bzw. schriftliche Informationsgabe erhalten haben und darüber informiert wurden, dass die Teilnahme freiwillig ist und eine Nichtteilnahme keinerlei negative Auswirkungen haben würde. Die ProbandInnen wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass die Beobachtung bzw. das Interview jederzeit abgebrochen werden kann. Des Weiteren wurden diese darüber informiert, dass die erhobenen Daten anonym behandelt werden und anschließend keine Rückschlüsse auf die jeweilige Institution oder Person möglich sein wird. Die mit dem Audiogerät aufgezeichneten Daten wurden ausschließlich für die Beantwortung dieser Forschungsfragen verwendet. Diese Audiodatei wurde auf einem separaten passwortgeschützten Computer gespeichert und nach der Verschriftlichung der Ergebnisse gelöscht.

Die Masterstudentin, die Begleitperson beim Interview sowie die Betreuungsperson dieser Arbeit unterliegen der Schweigepflicht und haben sich verpflichtet, die Daten so aufzubereiten, dass keinerlei Rückschluss auf einzelne Personen sowie die Institutionen möglich ist. Da keine patientInnenbezogenen Daten erhoben wurden, war die Vorlage bei einer Ethikkommission nicht notwendig. Der Betriebsrat der Langzeitpflegeeinrichtungen wurde ebenfalls mittels Abstract über das Vorhaben informiert.

7 Ergebnisse

7.1 Auswertungen der quantitativen Ergebnisse

Im Zuge des quantitativen Teils dieser Masterarbeit wurden 18 teilnehmende Beobachtungen, im Zeitraum von 30.04.2018 - 16.05.2018 in zwei ausgewählten Pflegeheimen in Kärnten durchgeführt.

7.1.1 Wie sieht die Durchführung der Tagesplanung in der Praxis aus?

Die Mittelwerte/Mediane sowie Standardabweichung/Perzentile sind in Tabelle 1 dargestellt.

	Gesamt	Haus A	Haus B
Anzahl Beobachtungen; N	18	10	8
Dauer der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes; Angaben in Minuten; MW (SD)	17,1 (4,86)	16,7 (4,00)	17,7 (6,02)
Einbezug der Biographiearbeit (von Pflegenden eingeschätzt); Skalierung 0-10; MW (SD)	7,5 (1,10)	7,7 (1,34)	7,3 (0,71)
Anpassung des Tagesplanes an individuelle Bedürfnisse der BewohnerInnen; Skalierung 0-5; Median (25%Perzentil/75% Perzentil)	4,0 (4,00/5,00)	4,5 (4,00/5,00)	4,0 (3,00/4,00)
Durchführung unterschiedlicher Aktivitäten für einzelne TeilnehmerInnen; Skalierung 0-5; Median (25%Perzentil/75% Perzentil)	4,0 (4,00/5,00)	4,5 (4,00/5,00)	4,0 (3,00/4,00)
Vermeidung hektischer und stressiger Situationen; Skalierung 0-5; Median (25%Perzentil/75% Perzentil)	4,5 (4,00/5,00)	5,0 (5,00/5,00)	4,0 (3,25/4,00)
Individuelle Gestaltung; Skalierung 0-5; Median (25%Perzentil/75% Perzentil)	5,0 (4,00/5,00)	5,0 (5,00/5,00)	4,0 (4,00/4,00)
Selbsteinschätzung der Qualität der strukturierten Tagesplanung durch die Pflegeperson; Skalierung 0-10; Median (25%Perzentil/75% Perzentil)	8,0 (7,00/9,00)	8,2 (7,00/9,00)	8,0 (7,00/8,00)
Zufriedenheit aus Sicht der Forscherin; Skalierung 0-10; Median (25%Perzentil/75% Perzentil)	8,5 (8,00/10,00)	9,0 (8,00/10,00)	8,0 (8,00/9,00)

Tabelle 1: Resultate der teilnehmenden Beobachtungen

MW: Mittelwert	SD: Standardabweichung
----------------	------------------------

Die Beobachtungen fanden von Montag bis Freitag zwischen 7:28 und 10:10 statt. Die durchschnittliche Dauer der Intervention (Erstellung eines strukturierten Tagesplanes) betrug 17 Minuten. Von 20 geplanten Beobachtungen konnten lediglich 18 (90%) durchgeführt werden. 10 teilnehmende Beobachtungen wurden in Pflegeheim A und 8 in Pflegeheim B durchgeführt (siehe Tabelle 1). In Pflegeheim B konnte aufgrund eines Krankenstandes der Pflegeperson die Erstellung eines strukturierten Tagesplanes an Tag 5 nicht durchgeführt werden. Die Pflegeperson gab gegen 6.30 bekannt, dass sie krank sei und heute nicht zum Dienst erscheinen kann. Aufgrund dieser kurzfristigen Absage konnte eine Ersatzpflegeperson erst ab 13.00 gefunden werden. Die anderen pflegerischen Tätigkeiten wurden unter dem diensthabenden Pflegepersonal aufgeteilt, doch die Erstellung eines strukturierten Tagesplanes fiel aus. Die Beobachtung, welche an Tag 10 im Pflegeheim B stattfand, musste aus einem medizinischen Notfall eines Gruppenteilnehmers abgebrochen werden. Aufgrund fehlender Daten wurde diese Beobachtung nicht zur Datenanalyse herangezogen.

Nachdem die beiden ersten Kästchen befüllt wurden, wurde gemeinsam festgelegt, was heute vor dem Mittagessen getan werden soll. An allen Tagen wurde nach dem Erstellen des Tagesplanes, dem Frühstück und dem anschließenden gemeinsamen Abwasch, das Zeitunglesen geplant. Vor allem das Vorlesen der Horoskope wurde von den BewohnerInnen gewünscht. In diesem Zuge wurde in 11/ 18 (61%) Beobachtungen vom Pflegepersonal erklärt, dass dies die erste Gedächtnisübung des Tages sein wird. Diese Erklärung wurde in 9/10 (90%) Beobachtungen in Haus A gegeben und 2/8 (25%) in Haus B. In den übrigen 7 Beobachtungen wurde nicht auf die Notwendigkeit und die Bedeutung dieser Aktivität hingewiesen. Die Auswahl der anschließenden Aktivitäten fiel täglich unterschiedlich aus. Zu den geplanten Aktivitäten zählten zum Beispiel das Backen eines Apfelstrudels, das Durchführen einfacher Rätselaufgaben (Bilderrätsel, Zahlenrätsel), Bewegungsübungen, gemeinschaftliches Kochen, aber auch gemeinsames Basteln. Anhand des Punktes Vormittagsaktivität wurde in 12/ 18 (67%) Beobachtungen versucht die Dauer der jeweiligen Aktivität auf 1 bis maximal 1,5 Stunden zu beschränken. In den weiteren 6/ 18 (33%) Beobachtungen wurde keine zeitliche Beschränkung gewählt. Anschließend wurde etwas Freizeit eingeplant. Die Uhrzeit für das Mittagessen und die anschließende Ruhephase wurden ebenfalls im Tagesplan eingetragen. Die Erstellung des Tagesplanes erfolgt nach einer vordefinierten Vorlage und vorhandenen Materialien in der jeweiligen Einrichtung. Trotz derselben vorhandenen

Materialien gab es Unterschiede im Einsatz und der Verwendung sowie dem Verzicht auf diese Hilfsmittel. Um den dementen Personen die Orientierung am Zeitplan zu erleichtern, wurde in 11/ 18 (61%) Beobachtungen ein Pfeil an der Tafel angeheftet. In den übrigen 7/18 (39%) Beobachtungen wurde ausschließlich verbal darauf hingewiesen, was als Nächstes am Tagesplan aufgeschrieben werden soll. Nach der Mittagsruhe wird eine Kaffee- und Kuchenpause eingeplant. In 12/ 18 (67%) Beobachtungen erklärte das Pflegepersonal, dass im Zuge dessen Lieder gesungen, Gedichte gelesen oder allfällige Themen besprochen werden. Am Plan wird ebenfalls festgehalten, dass der strukturierte Tagesplan ausschließlich bis 14:30 durchgeführt wird.

Die in diesen Pflegeheimen erstellten Tagespläne erfolgten alle nach einer Vorlage und täglich im Aufenthaltsraum der beiden Häuser. Der Zeitpunkt der Erstellung des Tagesplanes variierte von Pflegeperson zu Pflegeperson. Die Intervention wurde entweder vor oder nach dem Frühstück durchgeführt. Das Eintragen von zusätzlichen Informationen wurde in keiner Beobachtung durchgeführt.

In der Kategorie „Formaler Aufbau“ wurden die drei Variablen „Positionierung des Tagesplanes ist für alle sichtbar“, „Schriftgröße ist gut gewählt“ sowie „Tagesplangestaltung ist farblich gut gewählt“ für alle Beobachtungen gleich ausgefüllt, da diese Aspekte durch die Vorlage des Hauses bereits vorgegeben wurden.

Die Gruppengröße lag durchschnittlich bei 7,5 TeilnehmerInnen. Die TeilnehmerInnen waren täglich dieselben, jedoch blieben an manchen Tagen einzelne Personen fern und kamen am Folgetag wieder. Die Anzahl der dementen TeilnehmerInnen variierte zwischen 7 und 10. Der Einsatz zusätzlicher Stimuli wurde in allen Beobachtungen vermieden. Zum Beispiel wurde das Radio, welches vor der Interventionsdurchführung im Hintergrund gelaufen ist ausgeschaltet bevor mit der Erstellung des strukturierten Tagesplanes begonnen wurde. Als Ruhephase wurde in allen Beobachtungen der Mittagsschlaf eingeplant. Das Eintragen der Essenszeiten in den Speiseplan variierte zwischen den einzelnen Pflegepersonen. Abhängig von der Uhrzeit der Erstellung des strukturierten Tagesplanes, vor bzw. nach dem Frühstück, wurde das Frühstück vorzeitig oder nachträglich eingetragen. Das Mittagessen und ebenfalls die Kaffeejause wurden bei 18/ 18 (100%) Beobachtungen während der Erstellung des strukturierten Tagesplanes aufgeschrieben. Abbildung 1 stellt einen beispielhaften Tagesplan dar, um das Verständnis der narrativ dargestellten Beobachtung bildlich zu untermauern.

Tagesplan Montag 30.04.2018

Wann?	Was machen wir?	Was brauche ich dafür?	Wo finde ich die benötigten Sachen?	Aufgabenverteilung
7:30-7:50	Erstellung eines Tagesplanes	-	-	-
7:50-8.50	Frühstück und gemeinsamer Abwasch	-	Küche	Abräumen: XY, YZ Abwaschen: AB Abtrocknen: BC wegräumen: CD
8:50	Zeitung lesen	-	-	-
Vormittags	Kartoffeldruck	• Scharfes Messer • Brett • Kartoffel • Leinenfleck • Farbe rot und grün	Küche: Messer und Brett Balkon: Kartoffelsack Kommode: Leinenfleck, Farben rot und grün	Alle machen mit!
11:30-12:00	Mittagessen	• Tischset • Teller • Messer • Gabel • Löffel • Wasserglas	Küche	Aufdecken: EF Abräumen: GH Abwaschen: IJ Abtrocknen: KL wegräumen: MN
12:00-13:30	Mittagsruhe	-	-	-
13:30-14:30	Kaffeekränzchen	• Löffel • Kaffeetasse • Wasserglas	Küche	Serviert durch PP
14:30	Ende unseres Tagesplanes	-	-	-

Abbildung 1: Darstellung eines Tagesplanes für Menschen mit Demenz (eigene Darstellung 2018)

Nach der Erstellung des strukturierten Tagesplanes wurden die Pflegepersonen zur Einbeziehung der Biographiearbeit in diese Intervention befragt und zusätzlich um eine Selbsteinschätzung gebeten: 9/9 befragten Pflegepersonen gaben an, dass ihnen die Einschätzung in diesem Bereich besonders schwerfiel.

7.1.2 Wird die strukturierte Tagesplanung gemäß den oben beschriebenen Regeln (gleichmäßig, regelmäßig, zuverlässig) durchgeführt?

Starke Differenzen in der Durchführung treten bei häufigem Personalwechsel auf. Dies lässt sich durch Auffälligkeiten, wie die Erklärung des Sinn und Zwecks der Durchführung von Gedächtnisübungen, bei 11/ 18 (61%) Beobachtungen feststellen. Ebenfalls spiegeln sich die Differenzen in der Durchführung der Intervention vor bzw. nach dem Frühstück. Dies erfolgt nach Vorlieben der Pflegepersonen. 13/ 18 (72%) fanden vor dem Frühstück statt.

7.1.3 Reflexion der quantitativen Beobachtung

An 6/10 (60%) Beobachtungstagen konnten täglich, aufgrund der zeitlichen Unterschiede, die Beobachtungen der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes sowohl in Haus A als auch Haus B durchgeführt werden.

Der vorgefertigte Beobachtungsbogen war eine große Erleichterung. Dieser ermöglichte eine objektive Beurteilung der Intervention. Die Standardisierung aller durchgeführten Beobachtungen konnte ebenfalls erreicht werden.

Die in den beiden Pflegeheimen durchgeführte Intervention „*Erstellung eines strukturierten Tagesplanes*“ zeigte durchaus zufriedenstellende Ergebnisse. Lind 2005 beschreibt, dass die Berücksichtigung individueller Gewohnheiten und Vorlieben der BewohnerInnen in der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes das Um und Auf einer erfolgreich durchgeführten Intervention darstellt. Diese Grundvoraussetzung wird sowohl in Haus A als auch Haus B erfüllt. Ebenfalls werden diese unterschiedlichen Interessen in der Planung von Einzelaktivitäten berücksichtigt. Allerdings fiel während der Beobachtungen auf, dass die Berücksichtigung der Biographiearbeit bei der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes nur in Einzelfällen optimal funktioniert. Die Pflegepersonen schienen teilweise nicht mit der Biographiearbeit der Einzelnen vertraut zu sein, weshalb die Aufgabenaufteilung oft zu Stress und Unruhe seitens des Pflegepersonals führte. Da der Aspekt des Einbezuges der Biographiearbeit eine sehr wichtige Basis für die optimale Erstellung eines strukturierten Tagesplanes darstellt, wird dieses Thema im Fokusgruppeninterview aufgegriffen und näher behandelt.

Des Weiteren werden die formalen Rahmenbedingungen wie das Verwenden einer Vorlage zur Erstellung eines strukturierten Tagesplanes, sowie die Durchführung der Intervention am selben Ort, in derselben TeilnehmerInnengruppe erfüllt. Wie bereits in Kapitel 6.1.1 beschrieben gibt es Unterschiede in der zeitlichen Durchführung der Intervention, welche auf die individuellen Vorlieben der jeweiligen Pflegeperson zurückzuführen sind. Dennoch kann gesagt werden, dass die Erstellung eines strukturierten Tagesplanes in allen Beobachtungen bis spätestens 10:10 durchgeführt wurde. Dies trug dazu bei, dass das Stressniveau und die Unruhe der TeilnehmerInnen aufgrund eines strukturierten Tagesplanes gesenkt wurde (Bahar- Fuchs et al 2013). Die Gruppengröße für die Erstellung eines Tagesplanes sollte zwischen 5 bis maximal 7 BewohnerInnen sein, welche in den beiden Heimen beinahe täglich überschritten wurde (Gruppengröße zwischen 7 und 10 Personen). In der Literatur wird mehrmals darauf hingewiesen, dass die Gruppengröße einen wichtigen Part für eine erfolgreiche Durchführung der Intervention ausmacht. Dies ist ein Thema, welches als sehr wichtig eingestuft wird und im Fokusgruppeninterview unbedingt angesprochen werden muss, da davon auch die erfolgreiche Durchführung dieser Intervention negativ beeinflusst werden kann. Eine TeilnehmerInnenanzahl von 7 bis 8 Personen wurde während der Beobachtung als optimal empfunden, doch bei 10 dementen Personen wurde die Aufmerksamkeit der Einzelnen sichtlich geschwächt. Die BewohnerInnen zeigten Desinteresse an der Erstellung einer strukturierten Tagesplanung und waren beobachtet unruhiger als in einer kleineren Gruppe. Im Fokusgruppeninterview soll nachgefragt werden, ob diese Überschreitung ebenfalls von den Pflegepersonen als störend empfunden wurde.

Auf den Einsatz von Stimuli wie Musik und Gerüchen wurde während der Erstellung des strukturierten Tagesplanes verzichtet. Dieser Verzicht wurde im Zuge der Beobachtung als gut befunden, da die Gruppe sehr schnell durch kleine Veränderungen abgelenkt wurde und die Musik in diesem Fall ebenfalls einen Störfaktor dargestellt hätte, weshalb im Fokusgruppeninterview nicht näher auf die Gründe für dieses Vorgehen eingegangen werden wird.

In der Literatur wird beschrieben, dass der Einsatz von Aktivitäten wie Gymnastik, Gedächtnistraining etc. auf maximal drei- bis viermal die Woche beschränkt werden soll, um die BewohnerInnen nicht zu überfordern. In den beiden Pflegeheimen wurden diese Aktivitäten 5mal wöchentlich von Montag bis Freitag durchgeführt. Die Häufigkeit dieser Intervention wird jede Woche um eine Einheit überschritten. Da das Programm

sehr abwechslungsreich gestaltet sowie Zeit für Ruhephasen gegeben wurde und die TeilnehmerInnen selbst entschieden ob sie der Intervention beiwohnen wollten oder nicht, wird dieser Aspekt als in Ordnung eingestuft und ebenfalls im Fokusgruppeninterview nicht angesprochen.

Die Positionierung des Tagesplanes, sowie die Wahl der Schriftgröße und die Farbwahl sind passend gewählt worden. Das Verwenden des Pfeiles, welcher zur Orientierung am Tagesplan dienen sollte, wäre in allen Fällen wünschenswert. Aus diesem Grund wird diese offengebliebene Frage im Fokusgruppeninterview aufgegriffen.

Das strukturierte Vorgehen, welches sich aus den 3 Komponenten Gleichmäßigkeit, Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit zusammensetzt, wird als sehr wichtig eingestuft. Die Intervention wird mit einer nichtgleichmäßigen Qualität durchgeführt. Diese Beurteilung der Interventionsqualität wurde im Zuge der Beobachtung auf die unterschiedlichen Arten der Erstellung einer strukturierten Tagesplanung der Pflegepersonen zurückgeführt (Einsatz von Pfeilen, Erklärung über die Notwendigkeit des Gedächtnistrainings, ...). Die Erstellung einer strukturierten Tagesplanung erfolgt regelmäßig von Montag bis Freitag und wird ausschließlich in medizinischen Notfällen oder aufgrund von Personalmangel unterbrochen bzw. ausgelassen. Die Zuverlässigkeit seitens des Pflegepersonals in der Durchführung dieser Intervention ist gegeben und wird als sehr wichtige Komponente definiert, die im Zuge der Beobachtung als in Ordnung eingestuft wurde. Die beiden Komponenten Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit wurden als gut eingestuft und konnten im Zuge des quantitativen Vorgehens beobachtet werden. Im Fokusgruppeninterview soll im Speziellen auf den Mangel der Gleichmäßigkeit eingegangen werden, da dieser Faktor große Auswirkungen auf die Aufmerksamkeit und das Stressniveau der BewohnerInnen hat und dadurch die erfolgreiche Durchführung der Intervention gestört werden kann. Ebenfalls soll herausgefunden werden, was das Pflegepersonal benötigen würde, um eine gleichmäßige und optimale Durchführung dieser Intervention gewährleisten zu können.

Auf die Frage warum es eine unterschiedliche Personaleinteilung in den beiden Pflegeheimen gibt, wird im Fokusgruppeninterview verzichtet, da die Durchführungsmöglichkeit und Verantwortlichkeit dieses Themas nicht bei den zu befragenden Personen liegen.

7.1.4 Adaption des Fokusgruppeninterviewleitfadens

Für das Fokusgruppeninterview, welches am 20.07.2018 um 9.00 stattfand, wurden folgende Ziele gesetzt: Die Ergebnisse der quantitativen Beobachtung sollen im Zuge einer kurzen Präsentation dazu beitragen das Fokusgruppeninterview zu bereichern. Ebenfalls sollen durch die Möglichkeit zur Nachfrage, die Ergebnisse der quantitativen Beobachtung von der Beobachterin besser verstanden und offene Fragen beantwortet werden. Durch die Nachfrage zu inhaltlichen Themen sollen die TeilnehmerInnen dazu angeregt werden über inhaltliche Fragen sowie Barrieren nachzudenken.

Die quantitativen Ergebnisse wurden angepasst an die vordefinierten Kategorien des Beobachtungsbogens, zusammengefasst und den Pflegepersonen, welche an dem Fokusgruppeninterview teilnahmen, kurz präsentiert. Die Einteilung der Kategorien lautete wie folgt:

- Individuelle Gestaltung
- Organisatorische Rahmenbedingungen
- Gruppengröße und -zusammensetzung
- Zusätzlicher Eintrag
- Formaler Aufbau
- Pflegeperson: Wie zufrieden warst Du heute mit deiner Erstellung eines strukturierten Tagesplanes?
- Pflegeperson: Wurde die Biographiearbeit in der Tagesplangestaltung berücksichtigt?

Die Selbsteinschätzung der Qualität dieser Intervention sowie die Fremdbeurteilung durch die Beobachterin, aber auch die Frage nach der Berücksichtigung der Biographiearbeit in der Tagesplangestaltung wurden den Teilnehmenden in der Ergebnisdarstellung nicht präsentiert, um den Verlauf des Fokusgruppeninterviews durch eine Bewertung, in der sich die Pflegepersonen evtl. kritisiert oder angegriffen fühlen könnten, nicht negativ zu beeinflussen.

Anschließend wurde der Interviewleitfaden für das Fokusgruppeninterview um die Fragen, welche sich im Zuge der Beobachtung aufgetan haben, adaptiert (Anhang 3).

- ✓ Eine optimale Durchführung einer Erstellung des strukturierten Tagesplanes setzt sich vor allem aus drei Komponenten zusammen: Gleichmäßigkeit, Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit. Im Zuge meiner Beobachtungen ist mir aufgefallen, dass sie diese Intervention regelmäßig und zuverlässig von Ihnen

durchgeführt wird. Wie bereits in meinen Ergebnissen dargestellt, fiel mir auf, dass es zwischen den durchgeführten Beobachtungen kleine Unterschiede gibt. Zum Beispiel wurde in einigen Beobachtungen festgehalten, dass die Pflegepersonen erklären, dass das Zeitungslesen die erste Gedächtnisübung darstellt, andere verzichten darauf. Ich würde gerne von Ihnen erfahren, was Sie glauben woran dies liegt?

- Ebenfalls fiel auf, dass die Vormittagsaktivitäten in manchen Fällen zeitlich auf 1 bis maximal 1,5 Stunden beschränkt wurden und in den anderen Beobachtungen gab es keinen vordefinierten zeitlichen Rahmen. Welche Gründe bestehen für diese Differenz?
 - Mir ist aufgefallen, dass nicht alle Pflegenden die Pfeile benutzen, können Sie sich vorstellen, woran das vielleicht liegen mag?
 - Was würden Sie als Pflegepersonal benötigen, um die Gleichmäßigkeit der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes gewährleisten zu können?
- ✓ In zwei Fällen konnte die Tagesplanung nicht durchgeführt werden. Wie ist das dann für die Bewohnerinnen und Bewohner? Wie ist das dann für die Pflegenden, wenn man mal vom Zeitmangel absieht?
- ✓ Welche Rolle spielt Ihrer Erfahrung nach das Wissen über die Bedürfnisse und Vorlieben der einzelnen Bewohnerinnen bei Ihnen und Ihren Kolleginnen? Welche Faktoren sind dabei eventuell eher förderlich oder hinderlich?
- ✓ Mir fiel auf, dass die Berücksichtigung der Biographiearbeit eventuell eine besondere Hürde darstellt. Könnten Sie mir vielleicht erklären, woran Sie glauben, dass das liegen könnte? Welche Erfahrungen haben Sie damit vielleicht gemacht? Was sind hier hinderliche Faktoren, was wäre förderlich?

7.2 Auswertungen der qualitativen Ergebnisse

Im Zuge der qualitativen Datenerhebung wurde eine Stammdatenblatterhebung sowie ein Fokusgruppeninterview durchgeführt, um folgende Forschungsfrage zu beantworten: Wie erleben Pflegepersonen die Durchführung der Erstellung eines Tagesplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz?

7.2.1 Ergebnisse der Stammdatenblatterhebung

Alle TeilnehmerInnen (n=4) waren weiblich. Eine der Befragten war im Alter zwischen 31-40 Jahren, eine weitere zwischen 40-50 Jahren und die beiden anderen TeilnehmerInnen zwischen 51-60 Jahren. Drei der Befragten hatte die Ausbildung zur

Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson absolviert. Die vierte Partizipantin hatte zusätzlich einen Bachelorabschluss Pflegewissenschaft. Die prozentuelle Aufteilung der Befragten, waren sowohl auf die Anzahl der „Berufsjahre gesamt“ als auch auf die Anzahl der „Berufsjahre im Langzeitpflegebereich“, ident. Je eine Person war zwischen 6-10, 11-15, 16-20, 21-25 Jahren in diesem Bereich tätig. Der Großteil der Interviewteilnehmerinnen war zu 100% angestellt und eine der Befragten arbeitete in einem Teilzeitverhältnis. Keine der Befragten hatte bis zu diesem Zeitpunkt eine Aus- Fort- oder Weiterbildung im Bereich Erstellung eines strukturierten Tagesplanes besucht.

7.2.2 Wie erleben Pflegepersonen die Durchführung der Erstellung eines strukturierten Tageplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz?

Während der Datenauswertung fällt auf, dass das Erleben der Durchführung der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes bei Menschen mit leichter und mittlerer Demenz vom Pflegepersonal unterschiedlich ist. Das Erleben umfasst zahlreiche Eindrücke aus der Pflegepraxis, welche von den Pflegepersonen im Pflegealltag sowohl aktiv als auch passiv wahrgenommen werden. Des Weiteren hilft das Erleben die Praxiseindrücke zu verarbeiten und mit diesen umzugehen. Wie Pflegepersonen im Pflegealltag die Durchführung der strukturierten Tagesplanung erleben, resultiert aus der durchgeführten Tätigkeit, der Erstellung einer strukturierten Tagesplanerstellung und beeinflusst das Pflegepersonal bei der erneuten Durchführung dieser Intervention, durch bereits gesammelte Erfahrungen und Eindrücke.

Im Anschluss an die Datenanalyse kann gesagt werden, dass sich das Erleben aus drei unterschiedlichen Aspekten zusammensetzt, welche sich permanent gegenseitig beeinflussen.

Diese drei Aspekte können von Pflegeperson zu Pflegeperson unterschiedlich stark ausgeprägt sein, doch die Summe dieser Aspekte stellt für jede Pflegeperson das individuelle Erleben dar. Zu diesen drei Aspekten zählen: institutionelle Rahmenbedingungen, kognitive Fähigkeiten sowie Emotionen der Pflegepersonen.

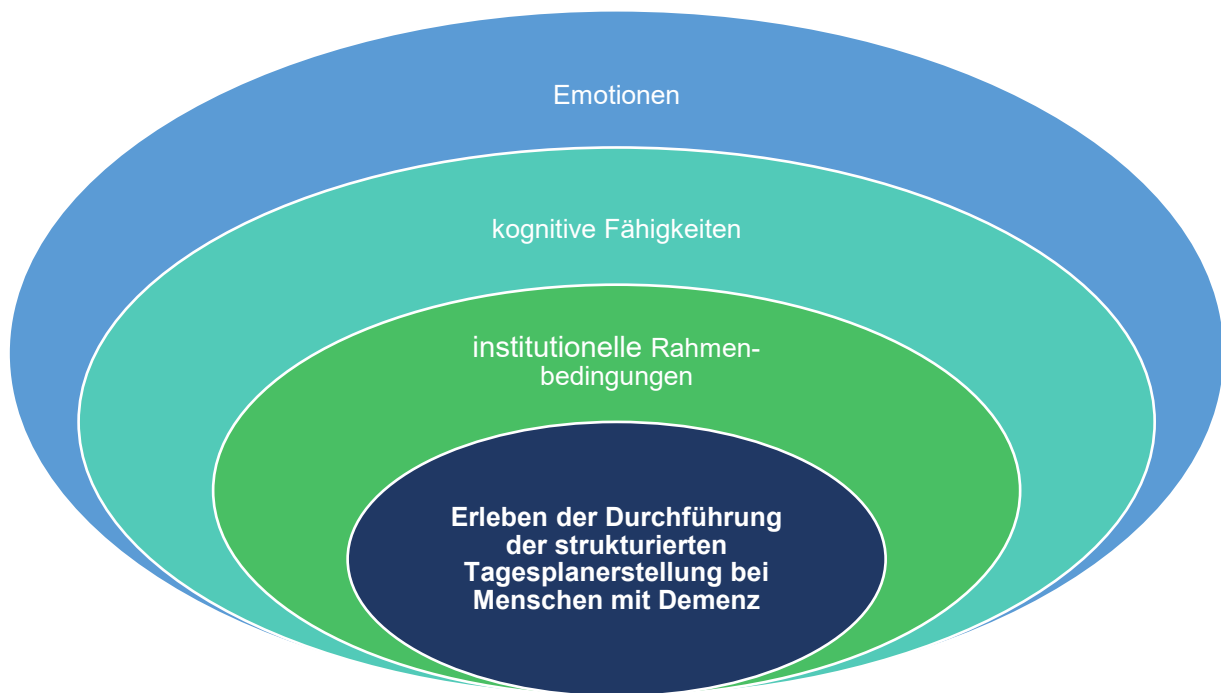


Abbildung 2: Darstellung des Erlebens der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes aus Sicht der Pflegepersonen

Einen Aspekt des Erlebens stellen die institutionellen Rahmenbedingungen, welche sich aus organisatorischen Rahmenbedingungen und den Ressourcen (zeitlich, materiell, personell) zusammensetzen, dar. Sowohl die organisatorischen Rahmenbedingungen als auch die vorhandenen Ressourcen werden von den Pflegepersonen stark kritisiert. Diese seien mitunter Gründe für die negativ behafteten Emotionen in der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes. Das Pflegepersonal kritisiert vor allem die Dienstplaneinteilung, welche das Entstehen einer Regelmäßigkeit in der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes behindert. Die Pflegepersonen geben an, dass es schwierig sei, eine Routine zu erhalten bzw. aufrecht zu erhalten, wenn das Personal täglich wechselt und nur selten ein paar aufeinanderfolgende Dienste im Aufenthaltsraum eingeteilt werden. Durch diese Einteilung wird, laut den zu interviewenden Personen, auch die Organisation unterschiedlicher Aktivitäten sowie die Planung und Durchführung eines abwechslungsreichen Unterhaltungsprogrammes für die BewohnerInnen erschwert. Des Weiteren erzählen die Pflegepersonen, dass es vermehrt dazu kommt, dass durch diesen Personalwechsel materielle Ressourcen verloren gehen, da diese falsch oder überhaupt nicht weggeräumt werden, die BewohnerInnen sich diese entnehmen oder das Reinigungspersonal diese wegwirft.

„... Schlimm aber wahr. Bei der Geschichte mit dem Pfeil fehlt uns oft das Material. Wir mit meinen Kolleginnen sind ja eher wenige die sich mit dem Dienst abwechseln, aber bei uns gehen die auch immer verloren. Wir haben uns jetzt Ersatz gebastelt und diese in einer Schreibtischlade versteckt. Wenn dann aber wieder in einem anderen Monat, mehrere Pflegepersonen im Aufenthaltsraum eingeteilt werden, herrscht ein reges Chaos“ (210-219).

„... Sachen gehen kaputt oder verschwinden. (.) Vor allem die Vorlagen zur Tagesplanbefüllung wie der Pfeil oder die Kärtchen, die wir nur raufkleben. (.) ... Das ist echt schwierig. Da wär's einfacher, wenn sagen wir Hausnummer 4 Leute von uns da eingeteilt wären, die sich dafür besser auskennen würden und auch einen Plan hätten, welche Übung oder Aktivität an welchem Tag mit welchen Hilfsmitteln durchgeführt werden soll. ...“ (224-231).

Zusätzlich zählt zu den organisatorischen Rahmenbedingungen die Gruppengröße. Da die Personenanzahl von maximal 7 TeilnehmerInnen beinahe täglich überschritten wird, wurde von den Pflegenden im Interview beschrieben, dass sie nicht auf einzelne Bewohnerinnen und Bewohner eingehen könnten und dass dadurch auch Störfaktoren wie z.B. Unruhe oder Nervosität der Teilnehmenden viel stärker ins Gewicht fielen.

Im Punkt Ressourcen wird bei den Rahmenbedingungen von den Pflegenden vor allem auf das Fehlen von zeitlichen, materiellen, aber auch personellen Ressourcen eingegangen. Die personellen Ressourcen sind vor allem in Zeiten der Krankenstände und Urlaubszeiten merkbar und beeinflussen die Durchführung der Intervention negativ. Die Pflegepersonen geben an, dass sie im Falle eines Personalmangels vor allem ihre KollegInnen bei pflegerischen Tätigkeiten auf Station unterstützen müssen, um die „notwendigen“ Aufgaben zu erfüllen. Die Erstellung des strukturierten Tagesplanes bleibt hier oftmals auf der Strecke. Offenbar wird diese Intervention von vielen KollegInnen aufgrund des mangelnden Knowhows nicht als pflegerisches Muss angesehen. Stattdessen sei nicht bekannt, dass auch in dieser Maßnahme die Regelmäßigkeit der Durchführung ähnlich wichtig für die Bewohnerinnen und Bewohner ist, wie grundpflegerische Maßnahmen, wie zum Beispiel dem Lagern der bettlägerigen BewohnerInnen nach dem Lagerungsplan alle 2 Stunden.

Des Weiteren kritisieren die Pflegepersonen, die mangelnde Überarbeitung und Instandhaltung der Informationsmappe sowie der BewohnerInnenbiographien, welche dafür gedacht wären, dass sich Pflegepersonen bei der Erstellung eines strukturierten

Tagesplanes vorbereiten können bzw. diese Ideen direkt zur Gestaltung in der Praxis anwenden können. Die Pflegepersonen geben an, dass sie nicht darüber Bescheid wissen, wer für die Überarbeitung dieser Mappen verantwortlich wäre und sie daher glauben, dass niemand das Gefühl hat, dass diese Tätigkeit durchgeführt werden müsse.

Zusätzlich wird angegeben, dass die Materialien, welche zur Befüllung der Vorlage des Tagesplanes benötigt werden, mangelhaft bzw. fehlen und nicht erneut nachbesetzt werden. Im Zuge der Datenauswertung wird klar, dass dieses Problem daran liegen könnte, dass die Frage, wer für die Adaption und Instandhaltung der Materialien verantwortlich sei, nicht geklärt ist. Die vorhandenen Materialien werden verwendet bis sie verloren bzw. kaputt gehen und danach wird auf andere Materialien zurückgegriffen. Eine Herausforderung stellt dies aber vor allem für diejenigen Pflegepersonen dar, welche zu ihrem Dienst erscheinen, keine Materialien vorfinden und dann spontan, ohne zeitliche Ressourcen zur Vorbereitung, noch materiellen Ressourcen zu Adaption der Materialien, die Erstellung einer strukturierten Tagesplanes durchführen müssen.

Als weiterer Aspekt wurden die kognitiven Fähigkeiten genannt. Einen Teil der kognitiven Fähigkeiten, stellt laut den Pflegepersonen das mangelnde Knowhow über die durchzuführende Intervention dar. Dieses Fehlende Wissen führt zu einem Gefühl der Unsicherheit in der Durchführung der Intervention, welches die bestmögliche Interventionsdurchführung verhindert und den BewohnerInnen die Möglichkeit für eine abwechslungsreiche Alltagsgestaltung verwehrt bleibt. Die Pflegepersonen geben an, dass oftmals durch das mangelnde Knowhow das Stresslevel stark ansteigt, wodurch die Freude und der Spaß an der Interventionsdurchführung verloren gehen.

„Aber meine KollegInnen, eine davon, die heute leider nicht hier sein kann, (.) die sagt halt sie tut sich generell oft schwer mit dem Schreiben des Tagesplanes und mit dem Durchführen und mit Ideen, was sie raufschreiben soll bzw. heute unternehmen will mit den Patienten, weil sie nicht weiß was passt und zu unkreativ ist. ...“ (25-31).

„... Aber ich muss auch sagen, dass das so eine Sache ist, die jeder von uns individuell für sich entscheidet und durchführt wies einem halt am besten vorkommt. (..) ...“ (34-37).

„... Manchmal hab ich das Gefühl, dass ich nicht über das notwendige Knowhow verfüge, dass notwendig wär, um das optimal Durchzuführen. ...“ (45-47).

Einige Pflegende äußerten, dass ihre Kolleginnen, vor allem die, die nicht häufig im Aufenthaltsraum eingesetzt werden, eventuell die Wichtigkeit der strukturierten Tagesplanung nicht wertschätzten. Diese mangelnde Wertschätzung wird vor allem dadurch deutlich, dass bei mangelnder Besetzung der Pflege, die Pflegenden vom Aufenthaltsraum immer im Grundpflegebereich mithelfen müssten, wodurch deren eigentliche Tätigkeiten im Aufenthaltsraum aus mangelnden zeitlichen Ressourcen nicht durchgeführt werden konnten. Ihre Aufgaben im Aufenthaltsraum schienen den Kolleginnen dabei anscheinend nicht so wichtig.

„... Und Kolleginnen die nie da sind, zeigen dann auch oft kein Verständnis für diese Intervention. (..)“ (115-117).

„Naja wir sind ein gutes Team, aber nicht alle sind im Aufenthaltsraum eingeteilt. Sie wissen zwar was wir dort tun, aber nehmen das halt nicht so ernst, weil sie es nicht als „pflegerisches Muss“ ansehen. Wenn man das so sagen kann. (..) Und dann ein Nein, ist halt oft mühsam und in der Teamlaune echt merkbar. Da wär es vom Vorteil, wenn die das einfach akzeptieren würden. ...“ (121-126).

Doch die kognitiven Fähigkeiten lassen sich nicht nur auf das mangelnde Knowhow der Pflegepersonen reduzieren. Vielmehr werden von den Pflegepersonen auch noch mangelnde Kreativität in der Aktivitäten Gestaltung und hinderliche Faktoren bei der Planung der Tagesplanerstellung genannt. Der Aspekt der Problemlösung wird im Zuge des Fokusgruppeninterviews von den Pflegepersonen ebenfalls diskutiert.

„... Und ich finde auch durch zusätzliche Unterstützung. (Ehm) wie soll ich das erklären. (..) Naja, also ich habe von Kolleginnen in anderen Häusern gehört, dass die Unterstützung durch Zivildienen erhalten. Ich weiß jetzt auch nicht genau wie das bei denen abläuft und in welchem Bereich die eingesetzt werden, aber bei uns wäre das sicher hilfreich. (..) Die könnten zum Beispiel bei den Aktivitäten helfen, aber auch beim Tisch aufdecken, abräumen und einfach bei den „Unterhaltungstätigkeiten“. Ich glaube, dass uns da schon viel geholfen wäre und dass wir hier dann schon auch eine größere Gruppe einfacher bewältigen könnten ohne dabei Stress zu spüren. (..) ...“ (155-172).

„... Oder man gibt eine Liste dem Hauswart bei seinen Einkäufen mit und er erledigt es für uns. Aber da muss man oft eine Woche vorausplanen. (..) Wenn man oft im Aufenthaltsraum ist, ist das durchaus möglich, aber wenn man nur selten da ist beschäftigt man sich glaube ich nicht schon eine Woche im Vorhinein damit was man an dem einen Tag an dem man im Aufenthaltsraum Dienst hat mit den Bewohnern unternehmen wird. ... (.) ...“ (173-181).

„... Ich finde ja immer noch es wäre am einfachsten, wenn es so eine Art Kalenderplan für uns Pflegepersonen geben würde. Derjenige der am häufigsten im Aufenthaltsraum eingeteilt wird, der schreibt auf, an welchem Tag im Monat was zu tun ist. Und bestellt danach auch die Lebensmittel in der Küche oder andere Materialien beim Hauswart, dann müsste man an nichts mehr denken und hätte alles vor Ort. ...“ (184-192).

Des Weiteren wird erzählt, dass die einmalige Einschulung, welche zu Arbeitsbeginn für die Erstellung und Durchführung einer strukturierten Tagesplangestaltung, durchgeführt wird, zu wenig sei und daraus wiederum ein Gefühl der Überforderung bei den jeweiligen Pflegepersonen entsteht. Durch diese Überforderung kommt es während der praktischen Umsetzung vermehrt zur Unruhe in der BewohnerInnengruppe, welche wiederum die Durchführung der Tagesplanerstellung erschwert und die Chance auf positive Auswirkungen auf das Wohl der BewohnerInnen minimiert.

Die kurze Einschulung in die Durchführung, Organisation und Handhabung der strukturierten Tagesplanung zu Arbeitsbeginn trägt laut den teilnehmenden Pflegepersonen zu einer Informationsüberflutung bei, da die Aufmerksamkeitsspanne zu gering sei, um alle erhaltenen Informationen gleich zu Beginn aufzunehmen.

Des Weiteren wird kritisiert, dass diese einmalige Schulung eine unzureichende Wissensbasis für die optimale Umsetzung dieser Intervention sei und weitere Schulungen bzw. auch externe Schulungen angeboten werden sollten.

Der Aspekt der Emotionen stellt in den meisten Fällen der Befragten den größten Teil des Erlebens dar, machen aber dennoch nicht das gesamte Erleben aus. Im Allgemeinen sind Emotionen eine sehr spezielle Erlebensform, da diese die inneren Werte der Pflegepersonen widerspiegeln. Die inneren Werte werden vor allem durch äußere Aspekte sowohl negativ als auch positiv beeinflusst. Man erlangt durch die äußeren Einflüsse eine Position der bewertenden Stellungnahme, welche wiederum

die Ausführung praktischer Handlungen positiv oder negativ beeinflussen können. Diese theoretischen Hintergrundinformationen, ließen sich im Fokusgruppeninterview klar identifizieren. Die Emotionen, welche von den vier befragten Pflegepersonen genannt wurden, sind nicht für jeden Einzelnen des Pflegepersonals allgemein gültig. Allerdings konnten im Zuge des Fokusgruppeninterviews zahlreiche Parallelen zwischen den Einzelnen wahrgenommen werden.

Aus den Daten geht hervor, dass die kognitiven Fähigkeiten neben den Emotionen den am stärksten ausgeprägten Aspekt bei dem Erleben der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes aus Sicht der Pflegepersonen darstellt. Im Zuge des durchgeführten Fokusgruppeninterviews, waren diese beiden Aspekte vorrangige Gesprächsthemen. Hierbei konnte festgestellt werden, dass diese kognitiven Fähigkeiten sich einerseits auf das vorhandene aber auch auf das mangelnde Knowhow seitens der Pflegepersonen beziehen.

Die vier Pflegenden bemerkten, dass viele negative Emotionen wie Stress und Überforderung, vor allem durch das fehlende Wissen ihrerseits, entstehen und dass ihnen dadurch die Freude an der Interventionsdurchführung genommen wird.

„Wenn für mich die Tagesplanerstellung glattläuft, fühl ich mich gut. (.) Allerdings ist es häufig so, dass ich mich ziemlich überfordert fühl, weil ich nicht weiß was ich mit den Bewohnern tun soll. Wenn dann zusätzlich noch überraschend Besuch kommt, der die Gruppe zerreißt. (.) Wenn ich zum Beispiel in der Früh wüsste, dass derjenige abgeholt wird gegen keine Ahnung 10.00 dann würde ich die Arbeitsaufteilung anders planen. Aber so ist es dann oft nervig und stresst mich dann auch häufig, muss ich zugeben. (..)“ (76-84).

Die zu interviewenden Personen geben an, dass sie sich bei der Durchführung der Intervention „komisch“ vorkommen, da sie sich von den BewohnerInnen nicht wahrgenommen fühlen, wodurch die Intervention wiederum teilweise nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird, da die Sinnhaftigkeit dieser nicht bekannt ist. Eine Pflegeperson gab an, dass dies vor allem auf das mangelnde Knowhow der Pflegepersonen in der Durchführung dieser Intervention zurückzuführen ist. Des Weiteren wird angegeben, dass sie sich unsicher bei der Planung und Erstellung des strukturierten Tagesplanes fühlen, da sie zu wenig ausgebildet sind und nicht wissen bei wem sie Antworten auf ihre Fragen erhalten können.

„...Ich erkläre, muss ich mit Schande zugeben, nie, dass dies die erste Übung des Tages ist, obwohl ich das schon oft bei meinen Kolleginnen gehört habe. Die Zeit bei der Tagesplanerstellung ist immer sehr knapp anberaumt und daher ist jede Zeitersparnis wertvoll. (.) ... Und mir kommt es auch manchmal etwas komisch vor, wenn ich ihnen das erkläre und ich eh das Gefühl hab, dass sie es nicht wahrnehmen. ...“ (12-23).

„... Mir kommt auch vor, dass uns oft das notwendige Hintergrundwissen fehlt, (.) gebe ich ehrlich zu, dass wir behaupten können, dass die Intervention ordentlich durchgeführt werden kann...“ (103-105).

Des Weiteren geben die Pflegepersonen an, dass sie es als störend empfinden, wenn diese zum Dienst erscheinen und materielle Ressourcen, welche täglich benötigt werden, wie z.B. Kärtchen zum Befüllen des Tagesplanes, nicht vorhanden sind. Für diese Art der Situationen berichten Pflegepersonen über zahlreiche negative Emotionen wie Stress, Verärgerung, Wut.... Es ist für das Pflegepersonal unverständlich wie diese Intervention optimal durchgeführt werden soll, wenn durch solche Herausforderungen bereits früh morgens das Stressniveau und die Überforderung der einzelnen an ihre Grenzen stößt. Pflegepersonen fühlen sich vor allem auch in diesem Aspekt zu wenig ausgebildet, um flexibel, kreativ und stressfrei auf diese Situation zu reagieren, um die optimale Durchführung der Intervention zu ermöglichen.

„Ich find das in der Früh schon immer super nervig, wenn ich das so sagen darf, wenn ich in die Arbeit komm, dann schaut es wieder chaotisch aus, der Tagesplan von gestern ist nur teilweise abgeklaut und die Sachen nicht da verräumt wo sie sein sollten (.) bahh da bekomme ich in der Früh schon so einen Hals...“ (52-61).

Die Pflegepersonen geben ebenfalls an, dass sie den Besuch der Angehörigen während der Erstellung des strukturierten Tagesplanes als störend empfinden. Dies ist sowohl auf die mangelnde Informationsweitergabe an die Angehörigen als auch auf die organisatorischen Rahmenbedingungen zurückzuführen. Da es in dieser Einrichtung keine festgelegten Besuchszeiten gibt, können Angehörige täglich kommen, wann immer es ihnen möglich ist. Dies ist sowohl für die BewohnerInnen als auch für das Pflegepersonal von großem Vorteil, doch bei der Durchführung der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes stellt dies eine große Herausforderung dar. Das Erlangen der Aufmerksamkeit der BewohnerInnen während der Durchführung

der Intervention stellt täglich aufgrund der Überschreitung der Gruppengröße sowie den unterschiedlichen Interessen der Einzelnen eine Herausforderung für das Pflegepersonal dar, für welche die Pflegepersonen sich nicht ausreichend ausgebildet fühlen. Bei zusätzlichen Störfaktoren wie einem Angehörigenbesuch während der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes, kommt es auf Seiten des Pflegepersonals vermehrt zu dem Gefühl des nicht verstanden Werdens, einem erhöhten Stresslevel und der Kritik an den organisatorischen Rahmenbedingungen.

„... Und es wäre find ich einfach leicht zu organisieren, dass die Bewohner erst ab 12.00 besucht werden würden, wenn das Programm vorbei ist. Und es stört ja nicht nur sie selbst, sondern die gesamte Gruppe. Das Klopfen, alle sind nervös wer da jetzt kommt, die Begrüßung, das Raus- und Reingehen usw. (.) ist vielleicht in anderen Bereichen einfacher, aber bei uns, wenn die Bewohner von Haus aus schon sehr empfindlich auf Störfaktoren sind und sich schnell ablenken lassen, dann wär es nett, wenn die Besuchszeiten akzeptiert werden oder sich die Angehörigen am Vorabend ankündigen und die Bewohner dann besuchen wenn sie noch im Zimmer sind oder so...“ (212-222).

Emotionen	Kognitive Fähigkeiten	Institutionelle Rahmenbedingungen	
		Organisatorische Rahmenbedingungen	Ressourcen
• Gefühl des „Sich komisch Vorkommens“ • Gefühl des „nicht wahrgenommen Werdens“ • Gefühl der Überforderung • Gefühl der Unsicherheit • Gefühl des „zu wenig ausgebildet seines“ • Gefühl des Stresses • Gefühl des „nicht verstanden Werdens“ • Gefühl des „nicht wertgeschätzt Werdens“ • Gefühl das Bestmögliche umsetzen zu wollen • Gefühl des abwechslungsreichen Alltags • Gefühl des Spaßes bei der Umsetzung • Gefühl des Motivationsverlustes	• Knowhow der PP • Knowhow der KollegInnen • Kreativität in der Aktivitäten Gestaltung • hinderliche Faktoren bei der Planung der Tagesplanerstellung • Aspekte der Problemlösung	• Dienstplaneinteilung • Einschulung in die Interventionsdurchführung • Interventionsgruppengröße	• Zeitlich • Materiell • Personell

Tabelle 2: Zusammenfassung der ausgewerteten Daten

Da die Pflegepersonen an sich aber sehr interessiert daran wären eine optimale Durchführung der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes zu ermöglichen, haben sich diese, wie bereits erwähnt, mit ihrem gesammelten kognitiven Fähigkeiten Ideen zur Optimierung dieser Intervention überlegt.

7.2.2.1 Ansätze zur Problemlösung

Das Pflegepersonal würde gerne, um dem mangelnden Wissen und der mangelnden Wertschätzung seitens des Kollegiums entgegenzuwirken, eine Präsentation vorbereiten, in denen die Aufgaben und die Durchführung der Erstellung des strukturierten Tagesplanes und die positiven Auswirkungen dieser Intervention auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen erklärt werden.

Ebenfalls würden sich die KollegInnen einen internen Informationsaustausch untereinander wünschen, um die Organisation und Planung der Aktivitäten zu erleichtern. Zusätzlich wäre die Unterstützung durch einen Zivildienstler, welcher Einkaufstätigkeiten zur Ermöglichung unterschiedlicher Aktivitäten durchführen könnte, sinnvoll. Um zahlreiche Kommunikations- und Organisationsprobleme im Pflorgeteam zu minimieren, sollte eine für diesen Bereich verantwortliche Person ausgewählt werden (vgl. Hygienefachkraft), um einen Aktivitätenplan zu organisieren und der mangelnden Kreativität anderer KollegInnen entgegenzuwirken, sowie die Bestellung und Organisation von fehlenden Hilfsmitteln durchzuführen. Als abschließender Punkt wurde der Wunsch nach einer Ankündigung der Angehörigen am Vortag gebeten, um die Störfaktoren während der Interventionsdurchführung zu minimieren bzw. wie Aufgabenaufteilung auf einzelne BewohnerInnen dementsprechend anzupassen.

7.2.2 Reflexion

Am Fokusgruppeninterview nahmen 4/7 (57%) Pflegepersonen teil. Die geplante Dauer des Interviews von 60 Minuten konnte mit 56 Minuten erreicht werden. Die beiden Aufnahmegeräte funktionierten einwandfrei und auch die Verständlichkeit der Dateien waren durchaus zufriedenstellend. Die Notizen, welche durch eine dem Fokusgruppeninterview beiwohnende Person getätigt wurden, dienten der Forscherin während der Transkription als Gedächtnisstütze und waren ebenfalls sehr hilfreich. Die auf einer PowerPoint Präsentation zusammengefassten Ergebnisse der quantitativen Beobachtung, wurden von den TeilnehmerInnen positiv aufgenommen. Laut Angabe der zu interviewenden Personen waren die Ergebnisse für alle klar und verständlich

aufgebaut. Die Dauer dieser Präsentation betrug 9 Minuten, welche im Nachhinein etwas kürzer gestaltet hätte werden können. Ebenfalls die Vorstellungsrunde wurde von den PartizipantInnen dieses Interviews begrüßt, da sich diese teilweise unbekannt waren. Durch diese Erzählungen konnte vor dem eigentlichen Interviewstart eine als angenehm empfundene Gesprächsbasis geschaffen werden. Der vorbereitete Interviewleitfaden war eine große Unterstützung bei der Themenfindung. Aufgrund des großen Erzählbedarfes der TeilnehmerInnen konnten nicht alle Fragen gestellt werden. Die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Fragen konnten trotz des Zeitdrucks gestellt und beantwortet werden. Das Gespräch der Fokusgruppe entwickelte eine Eigendynamik, in der die Befragten vermehrt auf die Probleme und Unsicherheiten sowie über Vorschläge zur Lösung dieser Hindernisse eingingen.

7.3 Ergebnis-Synthese

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der quantitativen Beobachtung mit denen des qualitativen Interviews einander gegenübergestellt, Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede herausgearbeitet.

Die Interventionsdurchführung wurde in der Ergebnisdarstellung sowohl anhand der quantitativen Beobachtung als auch im qualitativen Fokusgruppeninterview als uneinheitlich vermerkt. Diese Uneinheitlichkeit ist spürbar in der Unsicherheit bei der Durchführung der Intervention seitens der Pflegepersonen und zeigt sich durch die unterschiedliche Handhabung mit Hilfsmitteln (z.B. Einsatz des Pfeiles zur Orientierung am Tagesplan), aber auch im strukturellen Aufbau der Durchführung dieser Intervention, welcher ebenfalls von Pflegeperson zu Pflegeperson variiert. Im Zuge der quantitativen Beobachtung wurde diese Uneinheitlichkeit in der Durchführung der Intervention anhand der Beispiele „Erklärung der ersten Übung des Tages“ sowie „das Setzen zeitlicher Beschränkungen für einzelne Aktivitäten“ genannt. Diese Aspekte sowie die Gründe für diese Uneinheitlichkeit in der Interventionsdurchführung wurden durch die Pflegepersonen im Fokusgruppeninterview ebenfalls geschildert. Das Pflegepersonal kritisierte unter anderem die zu geringen Ausbildungs-, Fort- sowie Weiterbildungsmöglichkeiten aber auch die zu kurze Einschulung in diese pflegerische Maßnahme. Des Weiteren geben die Pflegepersonen an, dass diese Uneinheitlichkeit auch auf den häufigen Personalwechsel im Aufenthaltsraum zurückzuführen ist. Die Vermeidung dieses

Problems könnte ihrer Meinung nach durch ein kleineres Pflgeteam, welches sich mit den Diensten im Aufenthaltsraum abwechseln würde, gewährleistet werden und die Durchführung dieser Intervention optimieren. Diese Uneinheitlichkeit lässt sich auch bei der Befüllung des Tagesplanes trotz vordefinierter Vorlage sowie dem Einsatz unterschiedlicher Hilfsmittel vermerken. Damit die BewohnerInnen sich am Zeitplan besser orientieren können, wurde beobachtet, dass nur in 61% der Fälle der Pfeil als Orientierungshilfe zum Einsatz kommt. Die Pflegepersonen teilten im Fokusgruppeninterview ebenfalls mit, dass dies auf den Mangel an materiellen Ressourcen zurückzuführen ist. Dieser Materialschwund sei ebenfalls ein Aspekt der durch ein kleineres Pflgeteam aufgrund einer leichteren Absprache und Organisation verhindert werden könnte und die Optimierung der Interventionsdurchführung mit sich bringen würde. Des Weiteren wurde beobachtet, dass die maximale Gruppengröße für die Durchführung dieser Intervention beinahe täglich überschritten wird und dies eine Herausforderung für die Pflegepersonen darstellt. Die Überschreitung der vorgegebenen Gruppengröße zeichnet sich nicht nur durch eine vermehrte Unruhe und schwächere Aufmerksamkeitsspanne seitens der BewohnerInnengruppe aus, sondern äußert sich ebenfalls durch ein erhöhtes Stressniveau der Pflegeperson. Dies wurde sowohl im Zuge der Beobachtung festgestellt, als auch von den Pflegepersonen im Fokusgruppeninterview als „Herausforderung in der Interventionsdurchführung“ aufgrund der beschriebenen Auswirkungen im Pflegealltag genannt. Der Einbezug der Biographiearbeit konnte im Zuge der direkten Beobachtungen nicht eruiert werden. Dieser Aspekt wurde mit Hilfe der notwendigen Nachfrage im Fokusgruppeninterview erhoben und zeigte, dass hierbei der Zeitmangel zur Vorbereitung eine große Rolle spielt. Die Ergebnisse, welche im Zuge der quantitativen Beobachtung gesammelt wurden, waren kongruent mit denen, welche im Fokusgruppeninterview von den Pflegepersonen genannt wurden. Die für die Beobachterin im quantitativen Part dieser Arbeit als „unzufrieden stellend“ empfundenen Aspekte in der Durchführung der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes, wurden von den Pflegepersonen im qualitativen Teil, dem Fokusgruppeninterview, als belastende und herausfordernde Aspekte genannt, ohne direkt auf diese angesprochen worden zu sein. Im qualitativen Fokusgruppeninterview wurde vertieft auf die Herausforderungen und Barrieren bei der Durchführung dieser Interventionen für das Pflegepersonal eingegangen. Des Weiteren wurden Lösungsvorschläge bzw. präventive Maßnahmen zur Entstehungsvorbeugung dieser Barrieren von den Pflegepersonen genannt, sowie die

subjektiv empfundenen Auswirkungen dieser Intervention auf das BewohnerInnenwohl.

Sowohl in der Umsetzung des quantitativen als auch qualitativen Forschungsansatzes konnten einige Aspekte festgestellt werden, welche die Qualitätseinbußen der Durchführung dieser Intervention hervorrufen. Die Aspekte, welche in der quantitativen Beobachtung identifiziert wurden, waren denen der qualitativen Erhebung sehr ähnlich. In der quantitativen Beobachtung wurden die Aspekte der Anpassung der Tagesplanerstellung an individuelle BewohnerInnenbedürfnisse, Ermöglichung der Durchführung unterschiedlicher Aktivitäten sowie die Vermeidung stressiger und hektischer Situationen benannt, um eine Steigerung der Qualität dieser Intervention hervorzurufen. Im qualitativen Fokusgruppeninterview konnten die zu optimierenden Aspekte, um eine optimale Interventionsdurchführung zu ermöglichen, wie folgt eingeteilt werden: Förderung der kognitiven Fähigkeiten der Pflegepersonen, Verbesserung der institutionellen Rahmenbedingungen, Förderung der Wertschätzung seitens PP/Angehöriger gegenüber dieser Intervention, Ressourcenoptimierung (zeitlich, personell, materiell). Ziel dieser Aspekte war die Steigerung des positiven Erlebens dieser Interventionsdurchführung für das Pflegepersonal. Wie bereits in der Aufzählung dieser Aspekte gezeigt werden kann, beziehen sich die genannten Punkte der quantitativen als auch die der qualitativen Forschung auf die Optimierung dieser Interventionsdurchführung. Um diese narrative Beschreibung grafisch zu untermauern, siehe Abbildung 3.

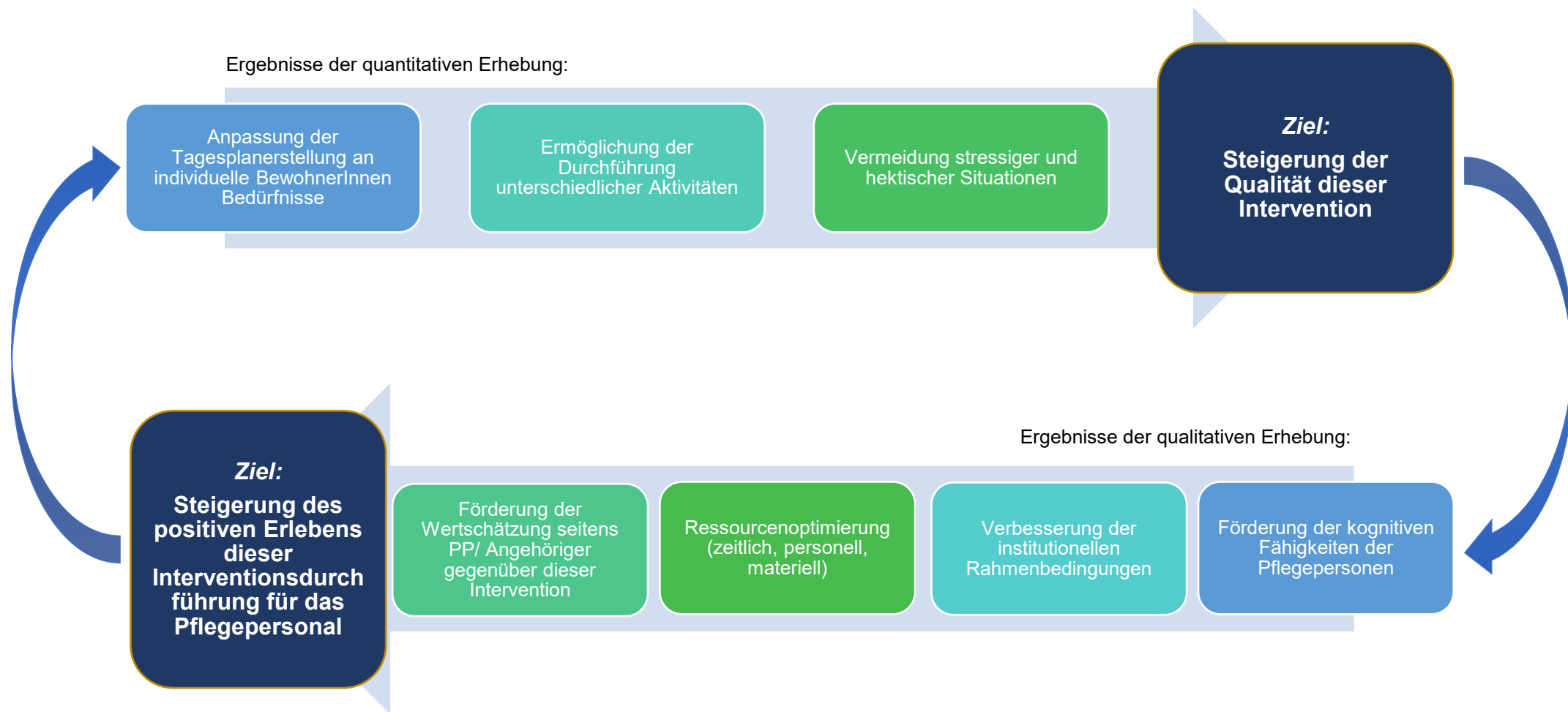


Abbildung 3: Notwendige Veränderungen zur Ermöglichung einer optimalen Interventionsdurchführung (Ergebnisse der quantitativen vs. qualitativen Erhebung)

Die in dieser Masterarbeit als definierte Forschungsfrage Welche Barrieren treten für das Pflegepersonal bei der Umsetzung von nichtmedikamentösen Intervention, am Beispiel „Erstellung eines strukturierten Tagesplanes“, bei Menschen mit leichter und mittlerer Demenz in der Langzeitpflege auf? konnte durch die Kombination der erhobenen Daten, wie bereits in den beiden Ergebnisteilen in Kapitel 6.1 und 6.2 beschrieben, beantwortet werden.

8 Diskussion

Im Zuge der quantitativ teilnehmenden Beobachtung konnten die vordefinierten Subfragen beantwortet werden. Ebenfalls das qualitative Fokusgruppeninterview fand Anklang bei den Pflegepersonen und die vordefinierten Fragen des Interviewleitfadens konnten im Zuge dieses Vorgehens beantwortet werden.

Wie bereits in Kapitel 6.1.2 beschrieben ist es für eine erfolgreiche Durchführung der strukturierten Tagesplanerstellung wichtig, dass diese Intervention sowohl gleichmäßig, regelmäßig als auch zuverlässig durchgeführt wird, um den BewohnerInnen ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln und dadurch das Wohlbefinden zu steigern (Kitwood 2008). Im Zuge der quantitativen Beobachtung konnte festgestellt werden, dass die Gleichmäßigkeit der Durchführung dieser Intervention nicht vollumfänglich gewährleistet ist. Die Pflegepersonen achten darauf, dass die Erstellung eines strukturierten Tagesplanes regelmäßig und zuverlässig durchgeführt wird, doch die Gleichmäßigkeit variiert von Pflegeperson zu Pflegeperson. Diese Ungleichmäßigkeit, welche bereits in der Beobachtung wahrgenommen wurde, wurde im Fokusgruppeninterview erneut aufgegriffen und diskutiert. Die Pflegepersonen gaben an, dass sie über diese Differenzen in der praktischen Umsetzung wenig überrascht seien. Dies ist laut Angabe der Pflegepersonen auf die mangelnde einmalige Einschulung in die Durchführung dieser Intervention zurückzuführen. Wie bereits in der Studie von Kolanowski et al 2010 beschrieben, ergeben sich die Schwierigkeiten in der praktischen Umsetzung dieser Intervention daraus, dass die Pflegepersonen sich nicht ausreichend ausgebildet fühlen, um die nichtmedikamentöse Intervention auf die individuellen Bedürfnisse der dementen BewohnerInnen anzupassen, woraus eine Überforderung und ein hohes Stressniveau bei den jeweiligen Pflegepersonen resultierte (Kolanowski et al 2010). Das Pflegepersonal, welches an der Fokusgruppe dieser Arbeit teilgenommen hat, gibt ebenfalls an, dass die theoretische Wissensbasis für die optimale Umsetzung dieser Intervention unzureichend sei und weitere Schulungen bzw. auch externe Schulungen angeboten werden sollten. Dieser Wunsch wird von jeder einzelnen der vier befragten TeilnehmerInnen stark unterstützt, da man sich dadurch eine Verbesserung des Knowhows der einzelnen erhofft, welche wiederum die Durchführung der Intervention erleichtern, die Personalfriedenheit steigern und das bestmögliche Ergebnis für die BewohnerInnen begünstigen würde (Bahar-Fuchs et al 2013).

In der Studie von Kolanowski et al 2010 wurde darauf geachtet, dass die Heterogenität der Fokusgruppe erhalten bleibt, um eine große Menge an Informationen zur Beantwortung der Fragestellungen zu erhalten. Die Heterogenität der Fokusgruppe mit n=4 TeilnehmerInnen war aufgrund der PartizipantInnenauswahl nicht möglich.

Die in der deskriptiven Studie von Cohen-Mansfield et al (2012) identifizierten Barrieren, welche in externe, bestehend aus personellen, familiären, Umwelt- und Systemprozessbarrieren und interne Barrieren, wie fehlende Motivation, mangelnde Bereitschaft zur Teilnahme, abgeneigte Haltung der dementen Personen, wie zum Beispiel durch nicht reagieren bei Ansprache oder auch das nicht verfügbar sein der Betroffenen, aufgrund von schlafendem oder essendem Verhalten, eingeteilt wurden, stimmten nur bedingt mit den in dieser Arbeit identifizierten Barrieren überein (Cohen-Mansfield et al 2012). Die in der Studie identifizierten externen Barrieren wurden ebenfalls im Fokusgruppeninterview vermehrt angesprochen, doch die internen Barrieren, welche sich in der zu diesem Thema identifizierten Studie ausschließlich auf das Verhalten der BewohnerInnen beschränkten, wurden im Fokusgruppeninterview nicht angesprochen. Die zu interviewenden Pflegepersonen gaben mit keinem Wort an, dass das dementiell bedingte Verhalten der BewohnerInnen eine Herausforderung für die Umsetzung dieser Intervention darstellt. Nach erneutem Stellen der Frage, warum sie dies nicht als Barriere identifiziert haben, antwortete die Befragte wie folgt:

„Meiner Meinung nach zeigt dies ein bisschen an Schwäche, wenn man sich auf das herausfordernde Verhalten der Bewohner ausredet. ... Außerdem stellt dies keine Barriere für mich dar... Das Verhalten der Bewohner ist da und das werden wir auch durch mehr Personal oder was auch immer nicht ändern. (..) Aber was wir ändern können ist, dass wir uns ausreichend ausgebildet fühlen mit diesem Verhalten umzugehen und die Barrieren, die uns das erschweren, zu reduzieren...“ (312-324).

Die anderen Pflegepersonen gingen mit dieser Meinung einher und deuteten darauf hin, dass dies „nur faule Ausreden“ seien und auf die Inkompetenz der Pflegepersonen zurückzuführen sei.

In der Literatur wird abschließend beschrieben, dass die Durchführung dieser Intervention durchaus positive Resultate in der Verbesserung des Verhaltens bzw. Linderung der Symptome von Demenz aufweisen (Cohen-Mansfield et al 2012, Kolanowski et al 2010). Auch die interviewten Pflegepersonen in dieser Arbeit geben an, dass das subjektive Wohlbefinden der BewohnerInnen durch diese Intervention

gesteigert wird, das aggressive Verhalten dieser vermindert und die Konfliktkonfrontationen innerhalb der Gruppe bei regelmäßiger Durchführung deutlich abnehmen.

In der Literatur wird vermehrt auf die Anpassung individueller Aufgaben an die Bedürfnisse der BewohnerInnen hingewiesen (Bahar-Fuchs et al 2013, Clare et al 2010, Martini et al 2015). Im ausgewählten Setting sind die theoretischen Unterlagen zur individuellen Anpassung der Aufgaben vorhanden, welche wie bereits beschrieben durch eine Mitarbeiterin der Verwaltung verfasst werden, sind aber nicht evidenzbasiert und geben keine Ratschläge für die Praxis zum Umgang mit individuellen Unterschieden zwischen den BewohnerInnen. Die praktische Umsetzung scheitert ebenfalls an der Überschreitung der maximalen Gruppengröße, der unregelmäßigen Dienstplaneinteilung im Aufenthaltsraum sowie dem Mangel an materiellen Ressourcen. Die in der Literatur empfohlene Gruppengröße beträgt 5 bis 7 Personen und soll, wie bereits erwähnt, wenn möglich sich immer aus derselben Personengruppe zusammensetzen (Bahar-Fuchs et al 2013). An den meisten Tagen wird diese Anzahl sowohl in Haus A und als auch B überschritten.

Aufgrund der vorgefertigten Vorlage dieses Tagesplanes gibt es keinen Spielraum für individuelle Gestaltungsmöglichkeiten und die Adaption des Tagesplanes um zusätzliche Einzelaktivitäten. Aus diesem Grund können die Pflegepersonen das Tagesprogramm nicht adaptieren und die kreative Gestaltung seitens des Pflegepersonals wird eingeschränkt bzw. geht dadurch verloren. In der Vorlage zur Erstellung des Tagesplanes gibt es kein Kärtchen mit zusätzlichen Stimuli (Geruch, Hintergrundmusik, ...). In allen Beobachtungen wurde dies daher in der Tagesplanung nicht berücksichtigt, obwohl in der Literatur darauf hingewiesen wird, dass der Einsatz dieser eine positive Auswirkung auf die dementen BewohnerInnen haben kann (Bahar-Fuchs et al 2013).

Die in der Literatur beschriebenen Barrieren, stimmen mit den durch diese Arbeit identifizierten Barrieren überein. Es konnten allerdings zusätzlich weitere Barrieren identifiziert werden:

Ein weiterer Aspekt, welcher im qualitativen Interview diskutiert wurde, war das mangelnde Verständnis gegenüber der Interventionsdurchführung, welches den Pflegepersonen des Aufenthaltsraumes, von anderen KollegInnen entgegengebracht wird, da die Erstellung des strukturierten Tagesplanes in deren Augen nicht als „pflegerisches Muss“ angesehen wird. Wichtig wäre es, dass diese Pflegepersonen

einen theoretischen Input über diese Intervention zur Steigerung der Lebensqualität der dementen BewohnerInnen erhalten, um zu verstehen, dass dadurch nicht nur die Erkrankten sondern auch die Pflegepersonen profitieren können. Dieser Profit lässt sich im Senken der Aggressivität und des Stressniveaus der dementen BewohnerInnen, sowie der Steigerung der Lebensfreude und Motivation an pflegerischen Aktivitäten bemerken, wodurch der Umgang mit dieser BewohnerInnengruppe vor allem in der Pflegepraxis erleichtert werden kann.

Des Weiteren kommt im Zuge des qualitativen Interviews zum Vorschein, dass das Pflegepersonal das Gefühl hat, dass die Erstellung des strukturierten Tagesplanes nicht wertgeschätzt wird. Dieser Eindruck entsteht aufgrund der Besuche der Angehörigen während der Interventionsdurchführung. Allerdings scheint dies ein großes Missverständnis, aufbauend auf mangelnden Informationsaustausch, zu sein. Den Angehörigen wird mitgeteilt, dass es keine Besuchszeiten gibt und diese jederzeit willkommen sind, um die BewohnerInnen zu besuchen. Die Pflegepersonen fühlen sich aber durch diese Besuche während der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes gestört, da die BewohnerInnengruppe leicht abzulenken ist und durch die Aufmerksamkeit der Gruppe bereits beim Klopfen eines Angehörigen stark sinkt. Dieses Missverständnis wurde von den Pflegepersonen als nicht wertschätzend wahrgenommen, doch die Angehörigen sind sich diesen Störfaktoren nicht bewusst. Um dieses Problem zu verhindern, könnten die Pflegepersonen den Angehörigen der BewohnerInnen, die an dieser Intervention teilnehmen, erklären, dass die Durchführung der Intervention einen wichtigen Zweck für die Bewohnerinnen erfüllt und diese täglich zur selben Zeit durchgeführt werden. Eine Möglichkeit wäre, dass die Angehörigen die Zeiten der strukturierten Tagesplanung kennen und entweder ihren Besuch an die Zeiten anpassen oder ankündigen, damit die Bewohnerin oder der Bewohner an diesem Tag nicht an der Intervention teilnimmt. Dementsprechend sollten die Informationen über diese festen Strukturen auf der Station für Angehörige transparent gemacht werden. Zudem sollte daran gearbeitet werden, dass alle Pflegenden die Wichtigkeit der Intervention anerkennen und diese den Angehörigen gegenüber kommunizieren.

8.1 Limitationen

Wie in der Literatur bereits beschrieben, ist für die Anwendung nicht pharmakologischer Interventionen bei Menschen mit Demenz Evidenz vorhanden, die

Aussagekraft aufgrund einer geringen Stichprobenanzahl aber nicht stark (Cohen-Mansfield et al 2012, Kolanowski et al 2010). Dennoch wird diese Art der Intervention von Pflegenden, die von der Wichtigkeit dieser Intervention überzeugt sind, regelmäßig durchgeführt.

Die Auswahl der zu beobachtenden sowie interviewenden Pflegepersonen stellte eine Herausforderung dar. Zwar war das Interesse an den Forschungsergebnissen dieser Arbeit seitens der Pflegepersonen groß, die Überwindung zur Teilnahme an dieser aber dennoch für die meisten zu hoch. Wie bereits erwähnt, konnten nur 28 Beobachtungen im quantitativen Teil dieser Arbeit durchgeführt und vier Personen zum Fokusgruppeninterview ausgewählt werden. Die Wahl für die TeilnehmerInnen am Fokusgruppeninterview stellte zu Beginn keine Herausforderung dar und schnell konnten sieben Pflegepersonen zur freiwilligen Teilnahme gefunden werden. Doch als der Interviewtermin immer näherkam, wurde die Anzahl der TeilnehmerInnen aus individuellen Gründen immer kleiner. Die TeilnehmerInnen des Fokusgruppeninterviews gaben an, dass dies teilweise „schlechte Ausreden“ waren, da die Pflegepersonen sich doch gegen diese Teilnahme entschieden haben, da sie Konsequenzen, trotz der Anonymität dieser Interviews, fürchteten. Auffallend in diesem kombinierten Forschungsvorgehen war, dass sowohl die TeilnehmerInnen der 18 durchgeführten Beobachtungen als auch die 4 TeilnehmerInnen des Fokusgruppeninterviews weibliche Pflegepersonen waren.

Die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse dieser Forschungsarbeit stellen aufgrund einer geringen Stichprobe sowohl im qualitativen als auch quantitativen Vorgehen eine Einschränkung dar. Dennoch kann zusammenfassend gesagt werden, dass die Intervention seitens der Pflegepersonen im Aufenthaltsraum gerne durchgeführt wird, diese sich aber eine theoretische Grundlage wünschen, die evidenzbasiert ist und regelmäßig evaluiert wird. Des Weiteren wäre der Wunsch nach einer Ansprechperson in diesem Themengebiet sehr groß, um diese bei Fragen und Unsicherheiten zu kontaktieren, sowie eine einheitliche Durchführung dieser Intervention im gesamten Pflorgeteam des Aufenthaltsraums durch Schulungen durch diese Ansprechperson zu ermöglichen.

Die Barrieren, welche im Zuge des Fokusgruppeninterviews identifiziert werden konnten, waren kongruent mit denen, die in der Literatur beschrieben wurden (Cohen-Mansfield et al 2012, Kolanowski et al 2010). Durch die Kombination der quantitativen und der qualitativen Forschung und den vordefinierten Subfragen zur eigentlichen

Forschungsfrage konnten die Ergebnisse dieser Arbeit eine umfangreichere Darstellung dieser Interventionsdurchführung bieten, als die theoretische Grundlage, welche im Hintergrund dieser Arbeit näher beschrieben wurde.

Ferner stellt sich die Frage ob es von Vorteil gewesen wäre, Pflegepersonen aus unterschiedlichen Langzeitpflegeeinrichtungen sowohl für die Beobachtung als auch für die Befragung im Fokusgruppeninterview auszuwählen, um mehrere unterschiedliche Ressourcen, welche von Institution zu Institution unterschiedlich zur Verfügung gestellt werden, zu erhalten. Dadurch hätte man eventuell die Gesprächsthemen erweitern und den Gedankenaustausch fördern können, da die institutionellen und organisatorischen Gegebenheiten unterschiedlich dargestellt werden worden wären.

9 Schlussfolgerung

Aufgrund des demographischen Wandels und der damit einhergehenden Zunahme der Anzahl Betroffener an Demenz und dem Mangel an einem Heilmittel, nimmt die Wichtigkeit der nichtmedikamentösen Interventionen der Demenztherapie stetig zu.

Im Zuge dieser Forschungsarbeit konnte ein vertiefter Einblick in die praktische Durchführung der Erstellung einer strukturierten Tagesplanung sowie das Erleben der Pflegepersonen dieser Intervention gegeben werden. Die Pflegepersonen, welche diese Intervention tagtäglich im Berufsleben durchführen, sind überzeugt von den positiven Auswirkungen auf das Verhalten der BewohnerInnen. Diese berichten über die Steigerung des Wohlbefindens, die Linderung der Aggressivität der dementen Personen, aber auch dem Gefühl, dass die BewohnerInnen ruhiger und offener zur Teilnahme an pflegerischen Aktivitäten seien. Trotz der geringen vorhandenen Evidenz dieser Intervention, sind die Pflegepersonen überzeugt von deren Wirkung auf die dementen BewohnerInnen und sind von sich aus motiviert und bemüht diese regelmäßig und ordnungsgemäß durchzuführen. Dennoch konnten zahlreiche Barrieren identifiziert werden, welche zur Folge haben, dass die Erstellung einer strukturierten Tagesplanung nicht ordnungsgemäß durchgeführt wird und die Ziele der Intervention scheitern. Die in diesem Forschungsvorhaben identifizierten Barrieren, können durch folgende Aspekte hervorgerufen werden:

- Mangelndes Knowhow der Pflegepersonen
- Organisatorische Rahmenbedingungen
- Ressourcenmangel (zeitlich, materiell, personell)
- Mangelnde Wertschätzung seitens der KollegInnen
- Mangelnde Information seitens der Angehörigen

Diese Barrieren sind Einzelteile, welche im Erleben der Pflegepersonen verankert sind. Würden diese Herausforderungen minimiert oder sogar aufgelöst werden, würde einer optimalen Durchführung der Intervention nichts mehr im Wege stehen und das Wohl der BewohnerInnen, könnte durch eine ordnungsgemäße Durchführung der Intervention, verbessert werden.

Wie bereits beschrieben sind diese Ergebnisse aufgrund der geringen Stichprobenanzahl nur bedingt gültig und nicht auf die Allgemeinheit übertragbar. Aus

diesen Gründen kann zusammenfassend gesagt werden, dass vermehrt Forschung notwendig wäre, wie man die theoretischen Grundlagen zur Durchführung dieser Intervention bestmöglich als Vorlage in der Praxis integrieren und regelmäßig evaluieren, wie das fehlende Know-how an andere Pflegepersonen aber auch an Angehörige weitergeben, durch welche Ansprechperson evtl. auftretende Fragen geklärt werden könnten, aber auch welche Ressourcen Pflegepersonen zur optimalen Durchführung dieser Intervention benötigen würden. Ebenfalls wäre es wichtig eine Langzeitstudie zu diesem Thema durchzuführen, um die tatsächlichen Ergebnisse der Verbesserung auf das Wohl, sowie das ängstliche, distributive und aggressive Verhalten der BewohnerInnen festzustellen.

10 Literaturverzeichnis

Abraha I., Rimland, J., Trotta, F., Dell'Aquila, G., Cruz-Jentoft, A., Petrovic, M., Gudmundsson, A., Soiza, R., O'Mahony, D., Guaita, A., Cherubini A. (2017): Systematic review of systematic reviews of nonpharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series.

Bahar-Fuchs, A., Clare, L. & Woods, B. (2013): Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer's disease and vascular dementia (Review). The Cochrane Library, 6, 1-100.

Bauer, N. & Blasius, J. (2014): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer Fachmedizin.

Brunelle-Hamann, L., Thivierge, S., Simard, M. (2015): Impact of a cognitive rehabilitation intervention on neuropsychiatric symptoms in mild to moderate Alzheimer's disease. Neuropsychological Rehabilitation. 25, 5, 677–707.

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Das österreichische Gesundheitssystem. Zahlen Daten Fakten. Aktualisierte Auflage.

Chew, J., Chong, M., Fong, Y., Tay, L. (2015): Outcomes of a multimodal cognitive and physical rehabilitation program for persons with mild dementia and their caregivers: a goal-oriented approach. Interventions in Aging. 10, 1687–1690.

Clare L, Evans S, Parkinson C, Woods R, Linden D. Goalsetting (2010): In cognitive rehabilitation for people with early stage Alzheimer's disease. Clinical Gerontologist. 34, 3, 220–36.

Cohen-Mansfield, J. Thein, K. Marx, M., Dakheel-Ali, M. (2012): What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for Behavioral symptoms in the nursing home? Journal of the American Medical Directors Association. 13 (4), 400–405.

Creswell, J. & Plano, C. (2011): Designing and Conducting Mixed Methods Research. 3. Auflage, 8-400.

Corbin, J. & Strauss, A. (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union.

Curendo-Redaktion (2014): Tagesplan individuell erstellen. Abgerufen am 28.02.2018: <https://www.curendo.de/pflege/tagesplan-individuell-erstellen>.

Diener, H. & Ackermann, H. (2008): Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Doyle, L., Brady, A. & Byrne, G. (2016): An overview of mixed methods research – revisited. Journal of Research in Nursing. 21 (8), 623–635.

Donabedian, A. (1966): Evaluating the quality of medical care. The Milbank Memorial Fund Quarterly. 44, 166–206.

Dorner, T., Rieder, A. & Stein, V. (2011): Besser Leben mit Demenz. Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter. Netzwerk aktiv. Competence Center Integrierte Versorgung. 1. Auflage. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse.

Engel, S. (2012): Alzheimer&Demenzen: Die Methode der einfühlsamen Kommunikation. 1. Auflage. Trias Verlag, 11-108.

Flick, U. (2006): An introduction to qualitative research. 3.Auflage. London: Sage Publications.

Folstein, M., Folstein, S., McHugh & P. (1975): Mini-Mental State (a practical method for grading the state of patients for the clinician). Journal of Psychiatric Research. 12, 189–198.

Gates, N. & Sachdev, P. (2014): Is cognitive training an effective treatment for preclinical and early Alzheimer's disease? Journal of Alzheimer's disease. 42, 4, 551-559.

Kitwood, T. (2008): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern: Huber Verlag.

Kolanowski, A., Fick, D. & Frazer C. (2010): It's About Time: Use of Nonpharmacological Interventions. Journal of Nursing Scholarship, 42, 2, 214–222.

Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2014): Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung. Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, 383-396.

Koller, M. (2014): Statistik für Pflege- und Gesundheitsberufe. Wien: Facultas Verlag.

Leech, N. & Onwuegbuzie, A. (2008): A typology of mixed methods research designs, Quality and Quantity. 43,2, 265-275.

Lind, S. (2005): Demenzpflege- Tagesstrukturierung für Demenzkranke. Die Schwester Der Pfleger. 44, 38-41.

Livingston, G., Kelly, L., Lewis-Holmes, E., Baio, G., Morris, S., Patel, N. Omar, R., Katona, C., Cooper, C. (2014): Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: systematic review of randomised controlled trials. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science.* 205, 6, 436-442.

Martini de Oliveira, A., Radanovic, M., Homem de Mello, P., Cardoso Buchain, P., Dias Barbosa Vizzotto, A., Celestino, D., Stella, F., Piersol, C., Forlenza, O. (2015): Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. Hindawi Publishing Corporation. *BioMed Research International.* 9-11.

Mayer, H. (2015): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium, 4.Auflage. Wien: Facultas Verlag.

Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz.

Olazarán, J., Reisberg, B., Clare, L., Cruz, I., Pena-Casanova, J., Del Ser, T., Woods, B., Beck, C., Auer, S., Lai, C., Spector, A., Fazio, S., Bond, J., Kivipelto, M., Brodaty, H., Rojo, J., Collins, H., Teri, L., Mittelman, M., Orrell, M., Feldman, H., Muniz, R. (2010): Non-pharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and geriatric cognitive disorders.* 30,2, 161-178.

Österreichische Alzheimergesellschaft (ÖAG) 2014: Vereinigung zur Erforschung der Alzheimer-Krankheit und verwandter Demenzformen. Abgerufen am 22.10.2017 unter: <http://www.alzheimer-gesellschaft.at/index.php?id=39>.

Pitkälä, K., Savikko, N., Poysti, M., Strandberg, T., Laakkonen, M. (2013): Efficacy of physical exercise intervention on mobility and physical functioning in older people with dementia: A systematic review. *Experimental Gerontology.* 48, 85-93.

Platzek, R. (2014): Demenz. Zum Begriff einer häufigen Alterserkrankung. *Fachprosaforschung Grenzüberschreitungen.* 10, 223–232.

Rycroft-Malone, J. (2006): The politics of evidence-based practice movements. *Journal of Research in Nursing.* 11, 95-108.

Schreier M. (2014): Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Qualitative Sozialforschung.* 15, 1 (18), 1-27.

Spector, A., Woods, B. & Orrell, M. (2008): Cognitive stimulation for the treatment of Alzheimer's disease. *Expert review of neurotherapeutics.* 751-757.

Steidl, S. & Nigg, B. (2011): Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Wien: Facultas Verlag.

Sütterlin, S., Hoßmann, I. & Klingholz, R. (2011): Demenz- Report: wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können. Berlin: Institut für Bevölkerung und Entwicklung.

Woods, B., Aguirre, E., Spector, A., Orell, M. (2012): Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia (Review). The Cochrane Collaboration. 2. JohnWiley & Sons.

Yu- Shiun., C., Shin, C. & Chyn- Yng, Y. (2015): The efficacy of music therapy for people with dementia: A meta- analysis of randomised controlled trials. Journal of Clinical Nursing. 24, 3425- 3440.

11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Darstellung eines Tagesplanes für Menschen mit Demenz (eigene Darstellung 2018)

Abbildung 2: Darstellung des Erlebens der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes aus Sicht der Pflegepersonen

Abbildung 3: Notwendige Veränderungen zur Ermöglichung einer optimalen Interventionsdurchführung (Ergebnisse der quantitativen (obere Darstellung) vs. qualitativen Erhebung (untere Darstellung))

12 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Resultate der teilnehmenden Beobachtung

Tabelle 2: Zusammenfassung der ausgewerteten Daten

13 Anhang

Anhang 1: Beobachtungsbogen: kognitive Rehabilitation mit Erstellung eines strukturierten Tagesplanes

Individuelle Gestaltung	Die Anpassung des Tagesplanes erfolgt an die individuellen Bedürfnisse der TeilnehmerInnen.	0	1	2	3	4	5	Notizen
	Es werden unterschiedliche Aktivitäten für einzelne TeilnehmerInnen durchgeführt.	0	1	2	3	4	5	Notizen
	Vermeidung hektischer und stressiger Situationen	0	1	2	3	4	5	Notizen
	Die individuelle Gestaltung hat für mich gestimmt.	0	1	2	3	4	5	Notizen
Organisatorische Rahmenbedingungen	Tagesplanerstellung nach Vorlage	Ja		Nein		Notizen		
	Selber Ort (vgl. Vortag)	Ja		Nein		Notizen Wo?		
	Selber Zeitpunkt (vgl. Vortag)	Ja		Nein		Notizen Wann?		

	Die organisatorischen Rahmenbedingungen haben für mich gestimmt.	0	1	2	3	4	5	Notizen
Gruppengröße und -zusammensetzung	Gruppengröße angemessen (5-7 Personen)	Ja			Nein			Notizen Wie viele?
	Selbe TeilnehmerInnengruppe (vgl. Vortag)	Heute n= Davon gestern n=....						Notizen
	Die Gruppenkonstellation hat für mich gestimmt.	0	1	2	3	4	5	Notizen
Zusätzlicher Eintrag	Einsatz zusätzlicher Stimuli	Ja			Nein			Notizen Welche?
	Zeit für zusätzliche Ruhephasen eingeplant	Ja			Nein			Notizen Wie lange?
	Essenszeiten im Tagesplan eingetragen	Ja			Nein			Notizen
	Zusätzlich eingetragen							Notizen
	Die zusätzlichen Einträge haben für mich gestimmt.	0	1	2	3	4	5	Notizen

Formaler Aufbau	Die Positionierung des Tagesplanes ist für alle sichtbar.											0	1	2	3	4	5	Notizen
	Die Schriftgröße ist gut gewählt.											0	1	2	3	4	5	Notizen
	Die Tagesplangestaltung ist farblich gut gewählt.											0	1	2	3	4	5	Notizen
	Einsatz von Hilfsmitteln zur Orientierung am Zeitplan (z.B. Pfeile)											Ja			Nein			Notizen Welche?
	Der formale Aufbau hat für mich gestimmt.											0	1	2	3	4	5	Notizen
Pflegeperson: Wie zufrieden warst Du heute mit der mit Erstellung eines strukturierten Tagesplanes?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Notizen						
Pflegeperson: Wurde die Biographiearbeit in der Tagesplangestaltung berücksichtigt?	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Notizen						
Die Tagesplanung ist meiner Meinung nach gelungen!	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Notizen						

Anhang 2: Informationsschreiben zur Beobachtung



INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT

FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Begleitperson dieser Masterarbeit:

Dr. phil. Antje Koller Universitätsassistentin

Informationsschreiben zur Beobachtung zum Thema:

**„Wie erleben Pflegepersonen die Durchführung der Erstellung eines
Tageplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz?“**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Ich möchte Sie mit diesem Schreiben darum bitten, mich bei der Durchführung meiner Forschungsarbeit zum Abschluss meines Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien zu unterstützen.

Im Zuge dieses Projektes, möchte ich untersuchen, wie Pflegende die Durchführung der kognitiven Rehabilitation am Beispiel der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz im Pflegealltag erleben.

Um die nötigen Informationen zu erheben, werde ich zehn Beobachtungen der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes in Ihrem Haus beiwohnen. Diese Beobachtung erstreckt sich ausschließlich über den Zeitraum dieser Intervention. Ich würde Sie höflichst, um die Erlaubnis Sie bei der Durchführung dieser Tätigkeit beobachten zu dürfen, bitten. Die Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit ohne Angaben von Gründen diese Beobachtung abubrechen, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf Sie auswirken wird. Die Daten werden anonymisiert gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Ich werde speziell darauf achten, dass die Daten keinen Rückschluss auf einzelne Personen im Rahmen des Forschungsprojektes zulassen. Der Zugriff auf diese Daten ist ausschließlich von mir möglich. Veröffentlichungen (Publikationen, Präsentationen) werden so gestaltet, dass für Dritte die Identität der einzelnen Personen nicht ersichtlich ist.

Mir ist es besonders wichtig, dass Sie über die Bedeutung und Tragweite dieses Forschungsprojektes aufgeklärt sind. Gerne können Sie mir Fragen stellen und ich werde Ihnen diese beantworten bis alle offenen Fragen geklärt sind.

Wenn keine weiteren Fragen bestehen, würde ich Sie höflich darum bitten mich verbal davon in Kenntnis zu setzen, dass Sie mich bei meinem Forschungsprojekt unterstützen und ich an Ihrer Erstellung des strukturierten Tagesplanes beiwohnen darf.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Unterstützung!

Mfg Alina Schottak

Anhang 3: Interviewleitfaden Fokusgruppeninterview

Forschungsfrage
Wie erleben Pflegepersonen die Durchführung der Erstellung eines Tageplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz?
Einstiegsfrage
Guten Tag, vielen herzlichen Dank, dass Sie sich heute die Zeit genommen haben, um mit mir darüber zu sprechen wie Sie bei der Erstellung eines Tagesplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz vorgehen, zu sprechen. Das heutige Vorhaben wird circa 60 Minuten dauern. Ich habe Ihnen bereits die Information gegeben, dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden und dass nach der Ausarbeitung der Ergebnisse keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Ich würde auch Sie höflichst darum bitten, dass sie vertrauliche Informationen untereinander für sich behalten und das Gesprochene in dieser Sitzung nicht nach Außen kommuniziert wird. Zu Beginn würde ich Sie bitten, da Sie sich untereinander nicht alle kennen, dass wir uns kurz einander vorstellen. Ich habe dafür schon auf einem Flipchart folgende Punkte notiert, welche ich gerne von Ihnen wissen würde: Namen, welche Ausbildung(en) Sie gemacht haben, welche Berufserfahrung Sie mitbringen, auf welcher Station Sie Arbeiten und wie lange Sie schon auf dieser tätig sind. Wenn es für Sie in Ordnung ist würde ich gleich mit der Vorstellungsrunde beginnen?
Fragen abgeleitet aus dem quantitativem Methodenteil
✓ Eine optimale Durchführung einer Erstellung des strukturierten Tagesplanes setzt sich vor allem aus drei Komponenten zusammen: Gleichmäßigkeit, Regelmäßigkeit und Zuverlässigkeit. Im Zuge meiner Beobachtungen ist mir aufgefallen, dass sie diese Intervention regelmäßig und zuverlässig von Ihnen durchgeführt wird. Wie bereits in meinen Ergebnissen dargestellt, fiel mir auf, dass es zwischen den durchgeführten Beobachtungen kleine Unterschiede gibt. Zum Beispiel wurde in einigen Beobachtungen festgehalten, dass die Pflegepersonen erklären, dass das Zeitungslesen die erste Gedächtnisübung darstellt, andere verzichten darauf. Ich würde gerne von Ihnen erfahren, was Sie glauben woran dies liegt? • Ebenfalls fiel auf, dass die Vormittagsaktivitäten in manchen Fällen zeitlich auf 1 bis maximal 1,5 Stunden beschränkt wurden und in den anderen Beobachtungen gab es keinen vordefinierten zeitlichen Rahmen. Welche Gründe bestehen für diese Differenz? • Mir ist aufgefallen, dass nicht alle Pflegenden die Pfeile benutzen, können Sie sich vorstellen, woran das vielleicht liegen mag? • Was würden Sie als Pflegepersonal benötigen, um die Gleichmäßigkeit der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes gewährleisten zu können? ✓ In zwei Fällen konnte die Tagesplanung nicht durchgeführt werden. Wie ist das dann für die Bewohnerinnen und Bewohner? Wie ist das dann für die Pflegenden, wenn man mal vom Zeitmangel absieht? ✓ Welche Rolle spielt Ihrer Erfahrung nach das Wissen über die Bedürfnisse und Vorlieben der einzelnen Bewohnerinnen bei Ihnen und Ihren Kolleginnen? Welche Faktoren sind dabei eventuell eher förderlich oder hinderlich? ✓ Mir fiel auf, dass die Berücksichtigung der Biographiearbeit eventuell eine besondere Hürde darstellt. Könnten Sie mir vielleicht erklären, woran Sie glauben, dass das liegen könnte? Welche Erfahrungen haben Sie damit vielleicht gemacht? Was sind hier hinderliche Faktoren, was wären Förderliche?

Inhaltliche Aspekte	Aufrechterhaltungs- fragen	Nachfragen
✓ Wie wird bei Ihnen die Erstellung eines Tagesplanes auf der Station gehandhabt? ✓ Sie haben ja mitbekommen, dass ich bei Ihnen auf Station Beobachtungen durchgeführt habe. Die erhobenen Daten habe ich bereits ausgewertet und Ihnen heute mitgebracht- (Verweis Flip Chart) ✓ Was gelingt Ihrer Meinung nach gut/ schlecht bei der Durchführung dieser Intervention? ✓ Wie finden Sie beeinflusst diese Maßnahme das Verhalten der BewohnerInnen? ✓ Ich hatte den Eindruck, dass... ✓ Fühlen Sie sich für diese Aufgabe ordnungsgemäß ausgebildet?	✓ Was bedeutet das für Sie? ✓ Was macht das mit Ihnen? ✓ Wie sehen Sie das? ✓ Wie trifft das auf Sie zu? ✓ Was bringen Sie damit sonst noch in Verbindung? ✓ Gibt es sonst noch etwas? ✓ Und sonst? Und weiter? Und dann? etc. ✓ Was meinen Sie damit konkret?	✓ Wer erstellt diesen Plan? ✓ Wird dieser auf die individuellen Bedürfnisse der BewohnerInnen angepasst? ✓ Wann bzw. wie oft wird dieser Plan verändert? ✓ Durch wen wird dieser angepasst bzw. verändert? ✓ Wovon ist diese Veränderung bzw. Anpassung abhängig? ✓ Können Sie mir ein positives/ negatives Beispiel dafür nennen? ✓ Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden? ✓ Was nehmen Sie als eine positive Veränderung bei den BewohnerInnen wahr? ✓ Gibt es negative Veränderungen?
Inhaltliche Aspekte		
✓ Fördernde Faktoren ✓ Hinderliche Faktoren ✓ Aufgabenverteilung ✓ Anpassung der Intervention an die Bedürfnisse der BewohnerInnen ✓ Verbesserungsvorschläge ✓ Kompetenzgefühl der Pflegenden		
Nachphase		Allgemeine Daten
✓ Wertschätzung/Dank aussprechen ✓ Bei Bedarf Kontaktadresse geben für weitere Fragen		✓ Berufsausbildung ✓ Zusatzausbildung ✓ Alter der PP ✓ Berufsjahre allgemein ✓ Tätig in diesem Haus

Anhang 4: Demographischer Erhebungsbogen

Erhebung demographischer Daten

Vielen herzlichen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an der heutigen Befragung teilzunehmen. Sie helfen mir damit, bei der Umsetzung meiner Masterarbeit zum Thema „Barrieren für das Pflegepersonal bei der Durchführung nichtmedikamentöser Interventionen bei Menschen mit Demenz in der Langzeitpflege am Beispiel der strukturierten Tagesplanung“ im Bereich Pflegewissenschaften an der Universität Wien. Bevor wir mit dem Interview starten, würde ich Sie recht höflich darum bitten, diesen Bogen mit allgemeinen demographischen Daten auszufüllen und mir anschließend nach dem Interview verschlossen in dem beigelegten Kuvert vor dem Verlassen des Raumes in die gelbe Box neben der Türe einzuwerfen. Durch dieses Vorgehen wird kein Rückschluss auf einzelne Personen möglich sein. Ich danke Ihnen bereits im Voraus und freue mich auf unser gemeinsames Gespräch im Anschluss. Alina Schottak

Geschlecht: ☐ weiblich
☐ männlich

Alter: _____ Jahre

Anstellungsverhältnis: ☐ Teilzeit
☐ Vollzeit
☐ Sonstiges: _____

Berufsjahre gesamt: ☐ 0-5 Jahre
☐ 6-10 Jahre
☐ 11-20 Jahre
☐ >20 Jahre

Tätig in diesem Fachbereich: ☐ 0-5 Jahre
☐ 6-10 Jahre
☐ 11-20 Jahre
☐ >20 Jahre

Berufsbezeichnung: ☐ DGKP
☐ DGKP BScN
☐ DGKP MSc
☐ Sonstiges: _____

Fort-, Aus- und Weiterbildung im Bereich kognitive Rehabilitation mit Erstellung eines strukturierten Tagesplanes“ für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz im Pflegealltag? ☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, welche:

Anhang 5: Protokoll Fokusgruppeninterview

Interviewerin:	Datum:
Startzeit:	Dauer des Interviews:
Ort:	Gruppengröße:
Situation/ Stimmung/ Atmosphäre des Interviews	
Besonderheiten/ nonverbale Aspekte/ Sonstiges/ eigene Gedanken	
Spontane thematische Auffälligkeiten	

Beilagen: E-Mail-Adresse/Telefonnummer

Anhang 6: Informationsschreiben zur Teilnahme am Fokusgruppeninterview



INSTITUT FÜR PFLEGEWISSENSCHAFT FAKULTÄT FÜR SOZIALWISSENSCHAFTEN

Begleitperson dieser Masterarbeit:
Dr. phil. Antje Koller Universitätsassistentin

Informationsschreiben zur Teilnahme am Fokusgruppeninterview zum Thema: „Wie erleben Pflegepersonen die Durchführung der Erstellung eines Tageplanes für Menschen mit leichter und mittlerer Demenz?“

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Ich möchte Sie mit diesem Schreiben darum bitten, mich bei der Durchführung meiner Forschungsarbeit zum Abschluss meines Masterstudiums Pflegewissenschaft an der Universität Wien zu unterstützen.

Im Zuge dieses Projektes, möchte ich untersuchen, wie Pflegende die Durchführung der kognitiven Rehabilitation am Beispiel der Erstellung eines strukturierten Tagesplanes für Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz im Pflegealltag erleben.

Um die nötigen Informationen zu erheben, werde ich ein Fokusgruppeninterview mit 5 bis 7 Pflegepersonen aus Ihrem und einem weiteren Pflegeheim zum Thema Erstellung eines strukturierten Tagesplanes führen. In diesem Fokusgruppeninterview werden Sie darum gebeten Ihre Erfahrungen in der Umsetzung dieser Intervention mit der Gesprächsgruppe zu teilen, andere Meinungen kennenzulernen und diese zu diskutieren. Die Dauer dieses Interviews beträgt 60 Minuten an einem von der Gruppe gemeinsam ausgewählten Termin. Ich würde Sie höflichst um die Teilnahme an diesem Gespräch bitten.

Die Teilnahme an diesem Projekt ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit ohne Angaben von Gründen dieses Gespräch abubrechen, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf Sie auswirken wird. Die Daten werden anonymisiert gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Ich werde speziell darauf achten, dass die Daten keinen Rückschluss auf einzelne Personen im Rahmen des Forschungsprojektes zulassen. Der Zugriff auf diese Daten ist ausschließlich von mir möglich. Veröffentlichungen (Publikationen, Präsentationen) werden so gestaltet, dass für Dritte die Identität der einzelnen Personen nicht ersichtlich ist. Die Aufzeichnung dieses Gesprächs erfolgt mittels Audiogerät. Diese Aufzeichnungen werden auf einem Passwortgeschützten Datenträger verwahrt und anschließend nach Abschluss dieses Projektes gelöscht.

Mir ist es besonders wichtig, dass Sie über die Bedeutung und Tragweite dieses Forschungsprojektes aufgeklärt sind. Gerne können Sie mir Fragen stellen und ich werde Ihnen diese beantworten bis alle offenen Fragen geklärt sind.

Wenn keine weiteren Fragen bestehen, können wir nun mit unserem Fokusgruppeninterview beginnen.

Ich bedanke mich herzlich für Ihre Unterstützung!
Mfg Alina Schottak

Anhang 7: Häufigkeitstabellen

Statistiken

	Biographie- arbeit	Tagesplan- anpassung	Aktivitäten- anpassung	Stress- reduktion	Gestaltungg esamt	Selbstein- schätzung	Fremdein- schätzung
N Gültig	18	18	18	18	18	18	18
Fehlend	1	1	1	1	1	1	1
Mittelwert	7,5000	4,0556	4,1111	4,3889	4,5000	7,9444	8,7778
Standardabweichung	1,09813	,80237	,67640	,69780	,61835	,93760	,87820
Varianz	1,206	,644	,458	,487	,382	,879	,771
Minimum	6,00	2,00	3,00	3,00	3,00	6,00	8,00
Maximum	9,00	5,00	5,00	5,00	5,00	9,00	10,00

Biographiearbeit

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig 6	4	21,1	22,2	22,2
7	5	26,3	27,8	50,0
8	5	26,3	27,8	77,8
9	4	21,1	22,2	100,0
Gesamt	18	94,7	100,0	
Fehlend System	1	5,3		
Gesamt	19	100,0		

Tagesplananpassung

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig weitgehend zutreffend	1	5,3	5,6	5,6
weder noch	2	10,5	11,1	16,7
zutreffend	10	52,6	55,6	72,2
sehr zutreffend	5	26,3	27,8	100,0
Gesamt	18	94,7	100,0	
Fehlend System	1	5,3		
Gesamt	19	100,0		

Aktivitäten Anpassung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weder noch	3	15,8	16,7	16,7
	zutreffend	10	52,6	55,6	72,2
	sehr zutreffend	5	26,3	27,8	100,0
	Gesamt	18	94,7	100,0	
Fehlend	System	1	5,3		
Gesamt		19	100,0		

Stressreduktion

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weder noch	2	10,5	11,1	11,1
	zutreffend	7	36,8	38,9	50,0
	sehr zutreffend	9	47,4	50,0	100,0
	Gesamt	18	94,7	100,0	
Fehlend	System	1	5,3		
Gesamt		19	100,0		

Gestaltung gesamt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weder noch	1	5,3	5,6	5,6
	zutreffend	7	36,8	38,9	44,4
	sehr zutreffend	10	52,6	55,6	100,0
	Gesamt	18	94,7	100,0	
Fehlend	System	1	5,3		
Gesamt		19	100,0		

Selbsteinschätzung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	6	1	5,3	5,6	5,6
	7	5	26,3	27,8	33,3
	8	6	31,6	33,3	66,7
	9	6	31,6	33,3	100,0
Gesamt		18	94,7	100,0	
Fehlend	System	1	5,3		
Gesamt		19	100,0		

Fremdeinschätzung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	8	9	47,4	50,0	50,0
	9	4	21,1	22,2	72,2
	vollkommen zufrieden	5	26,3	27,8	100,0
	Gesamt	18	94,7	100,0	
Fehlend	System	1	5,3		
	Gesamt	19	100,0		

Alter

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	31-40	1	25,0	25,0	25,0
	41-50	1	25,0	25,0	50,0
	51-60	2	50,0	50,0	100,0
	Gesamt	4	100,0	100,0	

Berufsjahre (gesamt)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	6-10	1	25,0	25,0	25,0
	11-15	1	25,0	25,0	50,0
	16-20	1	25,0	25,0	75,0
	21-25	1	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	4	100,0	100,0	

Tätigkeitsdauer in dieser Institution

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0-5	1	25,0	25,0	25,0
	6-10	1	25,0	25,0	50,0
	11-15	1	25,0	25,0	75,0
	21-25	1	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	4	100,0	100,0	

Berufsbezeichnung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	DGKP	3	75,0	75,0	75,0
	DGKP BSC(N)	1	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	4	100,0	100,0	

Aus-/Fort-/Weiterbildung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Nein	4	100,0	100,0	100,0

Geschlecht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	weiblich	4	100,0	100,0	100,0

Anstellungsverhältnis

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Vollzeit	3	75,0	75,0	75,0
	Teilzeit	1	25,0	25,0	100,0
	Gesamt	4	100,0	100,0	