

Wie erleben Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim?

Phänomenologische Studie im Oberwallis und Berner Oberland

Name:	Andenmatten Melina Anna
Adresse:	Kirchstrasse 12, 3905 Saas-Almagell
E-Mail:	melina.andenmatten@students.hevs.ch
Name:	Berchtold Isabelle Rosalie
Adresse:	Klosmattenstrasse 30, 3902 Glis
E-Mail:	isabelle.berchtold@students.hevs.ch
Kurs:	Bachelor 16
Name und Titel:	Carlen Fernando Dozent HES-SO Wallis, Master in Palliative Care
Ort und Datum der Abgabe:	Visp, 10. Juli 2019

Danksagung

„Dankbarkeit ist keine Erklärung, die man abgibt. Sie ist Wertschätzung des Gegebenen und Ausrichtung des Bewusstseins auf das, woher die Gabe kommt.“

(Michael Depner)

An dieser Stelle sprechen die Autorinnen der vorliegenden Forschungsarbeit ihren Dank an all diejenigen Personen aus, die durch ihre Unterstützung und Motivation bei der Ausfertigung zum Gelingen der Bachelorarbeit beigetragen haben.

Ein ganz besonderer Dank geht an Herrn Carlen Fernando, der uns tatkräftig mit hilfreichen Rückmeldungen beim Schreiben der Bachelorarbeit als Ansprech- und Begleitperson zur Seite stand. Für diese äusserst professionelle, persönliche und fachliche Begleitung sind die Autorinnen ihm sehr dankbar. Dies gilt ebenfalls für Herrn Prof. Dr. phil. Dorschner Stephan für die fachkompetente Leitung des Forschungsprojekts. Die regelmässigen Treffen mit der gesamten Forschungsgruppe förderten kritisches Denken und trugen relevante Erkenntnisse zur Entwicklung des Projekts bei. Ebenso bedanken wir uns für die Unterstützung und Motivation zu Beginn des „neuen“ Forschungsprojekts. Die wertvollen Gesprächsrunden ermutigten zur Weiterarbeit und zur Erreichung der Ziele.

Im Weiteren gilt es, der gesamten Forschungsgruppe für die gegenseitige Unterstützung einen Dank auszusprechen. Durch die diversen Blickwinkel und die anregenden Fachgespräche untereinander wurde es überhaupt möglich, diese Arbeit zu verwirklichen.

Auch verdanken wir den zahlreichen Interviewpartnerinnen ihre Einwilligung und Bereitschaft zur Teilnahme am Forschungsprojekt und dem dafür in Anspruch genommenen Zeitaufwand. Durch deren Beitrag konnte die vorliegende Bachelorarbeit überhaupt erst realisiert werden. Nicht zuletzt bedanken wir uns auch recht herzlich bei den Pflegedienstleitungen der vier Alters- und Pflegeheime für ihr Engagement in der Vermittlung der Interviewpartnerinnen.

Abschliessend gebührt ein ganz besonderer Dank unseren Familien und Freunden für ihre Unterstützung, Ermutigung und motivierenden Worte. Herzlichen Dank!

Zusammenfassung

Problembeschreibung: Der Einbezug Angehöriger nimmt in Alters- und Pflegeheimen einen wichtigen Stellenwert ein. Obwohl schon einige Literatur aus der Perspektive der Angehörigen besteht, fehlt die Sichtweise von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit auf die immer grösser werdende Thematik des Einbezugs Angehöriger.

Fragestellung: Wie erleben Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim?

Ziel: Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sollen dazu beitragen, mehr über das Erleben des Einbezugs Angehöriger im Alters- und Pflegeheim zu erfahren. Dabei steht die Perspektive der Fachfrau, des Fachmanns Gesundheit im Mittelpunkt.

Methode: Im Rahmen einer qualitativen Studie wurde der phänomenologische Ansatz gewählt. Anhand von neun problemzentrierten Interviews wurde die Datensammlung durchgeführt. Die Datenanalyse erfolgte mittels eines modifizierten Analyseschemas von Stephan Dorschner nach Diekelmann (1992).

Ergebnisse: Es konnten fünf Hauptthemen identifiziert werden. Das erste bildet das Zitat „reden ist das A und O.“, welches die Kommunikation beinhaltet. Das zweite Hauptthema wird mit dem Zitat „...dass es nicht so ein Gegenspiel ist ... dass es ein Miteinander ist“ beschrieben und steht für die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Fachfrauen Gesundheit. „Es ist immer ein Geben und Nehmen“ verkörpert das dritte Hauptthema und beinhaltet den Einbezug der Angehörigen. Die Sterbephase wird mit dem Zitat „...mit ihnen den Weg zu gehen...“ gekennzeichnet. „...als FaGe hat man halt allgemein ein bisschen weniger mit ihnen zu tun...“ steht für den Kompetenzbereich der Fachfrauen Gesundheit und den Verweis auf diplomierte Pflegefachpersonen. „Wenn das der Wunsch ist immer im Rahmen des Möglichen“ betitelt das konstitutive Muster und bildet das Fundament aller Hauptthemen. Die Ergebnisse wurden zur Veranschaulichung grafisch dargestellt.

Schlussfolgerungen: Die Angehörigenintegration ist sehr wichtig und muss bereits beim Eintritt ins Alters- und Pflegeheim einsetzen. Alters- und Pflegeheime sollten vermehrt ein Konzept zur Angehörigenbetreuung implementieren. Die Themen „Kommunikation“ und „Umgang mit Angehörigen“ sollten im Lehrplan der Pflegeausbildung integriert sein.

Schlüsselbegriffe: Alters- und Pflegeheim, Fachfrau und Fachmann Gesundheit, Angehörigenintegration, Bewohnerinnen und Bewohner

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung	1
1.2 Fragestellung	5
1.3 Zielsetzung.....	5
 2 Theoretischer Bezugsrahmen.....	 6
2.1 Alters- und Pflegeheime	6
2.2 Angehörige.....	7
2.3 Pflegepersonen	9
2.3.1 Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ	10
2.3.2 Diplomierte Pflegefachfrau und diplomierter Pflegefachmann.....	11
2.3.3 Pflegehelferin und Pflegehelfer SRK.....	12
2.4 Palliative Care	12
 3 Methodenbeschreibung	 14
3.1 Forschungsdesign.....	14
3.2 Stichprobenbildung.....	14
3.3 Datensammlung	15
3.4 Datenanalyse	15
3.5 Ethische Aspekte	16
3.6 Gütekriterien.....	17
 4 Ergebnisse	 19
4.1 Vorstellung der Interviewpartnerinnen	19
4.2 Themenübersicht	21
4.3 Ausführliche Beschreibung der Themen.....	22
4.3.1 „... <u>reden</u> ist das A und O.“	22
4.3.2 „...dass es nicht so ein Gegenspiel ist ... dass es ein Miteinander ist.“	25
4.3.3 „Es ist immer ein Geben und Nehmen...“	27
4.3.4 „...mit ihnen den Weg zu gehen...“	31
4.3.5 „...als FaGe hat man halt allgemein ein bisschen weniger mit ihnen zu tun...“	32
4.3.6 Konstitutives Muster	33
4.4 Grafische Darstellung.....	34

5 Diskussion	36
5.1 Diskussion der Forschungsergebnisse	36
5.2 Kritische Würdigung	43
 6 Schlussfolgerungen	 45
6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis	45
6.2 Empfehlungen für die Pflegeausbildung	46
6.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung.....	48
6.4 Empfehlungen für Angehörige.....	49
 7 Literaturverzeichnis.....	 51
 8 Anhang	

1 Einleitung

1.1 Problembeschreibung

In den kommenden Jahren wird die Schweizer Bevölkerung unabhängig von der Immigration offensichtlich altern. Diese einleitende Aussage stützt sich auf das Bundesamt für Statistik (BFS) vom Jahr 2015. Das BFS sagt voraus, dass die Zahl der über 65-jährigen Einwohner der Schweiz von 1.5 Millionen (Stand 2015) bis zum Jahr 2030 auf 2.2 Millionen ansteigen wird. Die Lebenserwartung der in der Schweiz lebenden Bevölkerung ist eine der höchsten der Welt und steigt kontinuierlich an (BFS, 2017). Gründe für den Anstieg der Lebenserwartung in der Schweiz sind die medizinisch-pflegerischen Fortschritte und die verbesserten Lebensbedingungen (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2014). Aufgrund der zunehmenden Alterung der Bevölkerung und durch die Abnahme des Anteils der Jugendlichen ergibt sich eine Verschiebung des Durchschnittsalters der Schweiz. Dieses Phänomen wird als demographische Alterung benannt. Zudem werden die geburtenreichen Babyboomer-Jahrgänge immer älter, wodurch die Zahl der über 65-Jährigen weiter ansteigen wird (BFS, 2018b).

Bei zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit der Multimorbidität an. Multimorbidität wird als „das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Krankheiten“ definiert (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan], 2013, S. 1). Zu den häufigsten chronischen Krankheiten zählen laut WHO Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane wie COPD, Arthrose, Depressionen und Diabetes (2013 zit. in Obsan, 2013). In der Schweiz können ungefähr 75% der Todesfälle auf eine chronische Krankheit zurückgeführt werden. Bei 11% der Verstorbenen lag nur eine chronische Erkrankung vor, wogegen bei 4% keine chronischen Krankheiten diagnostiziert werden konnten. Die Multimorbidität wirkt sich in zahlreichen Facetten auf das erkrankte Individuum, seine Angehörigen und die Akteure im Gesundheitswesen aus. Für den Betroffenen kann die Multimorbidität zu funktionellen Einschränkungen, Autonomieverlust, Senkung der Lebensqualität und zu einem komplizierten Verlauf der einzelnen Erkrankungen führen. Höhere Behandlungskosten, ein Anstieg des Risikos einer Hospitalisierung und eine erhöhte Anzahl an Medikamenten stehen in Zusammenhang mit der Multimorbidität. Die Akteure des Gesundheitswesens sehen sich immer mehr mit komplexen Krankheitsbildern konfrontiert (Obsan, 2013).

Aus der erhöhten Lebenserwartung und dem demographischen Wandel kann hergeleitet werden, dass der Pflegebedarf der schweizerischen Gesellschaft in Zukunft zunehmen wird (Obsan, 2016). Im Zusammenhang mit dem erhöhten Pflegebedarf findet die Pflege von erkrankten Personen zunächst im häuslichen Setting statt. Die Pflege und Betreuung wird in

diesem Rahmen hauptsächlich von Angehörigen übernommen. Laut dem Bundesamt für Gesundheit (2017a) übernehmen Angehörige vor allem die psychische und soziale Unterstützung des erkrankten Betroffenen. Ebenso bieten Angehörige Hilfe im Haushalt, bei Transporten sowie bei organisatorischen und administrativen Tätigkeiten. Bei länger andauernder Pflegebedürftigkeit des Betroffenen leisten Angehörige auch Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege. Der Bund erkannte die Wichtigkeit der Angehörigen. Im Jahre 2014 verabschiedete der Bundesrat den „Aktionsplan zur Unterstützung und Entlastung für betreuende und pflegende Angehörige“ (BAG 2017a). Dieser Aktionsplan verfolgte das Ziel, gute Rahmenbedingungen wie unter anderem passende Unterstützungs- und Entlastungsangebote für betreuende und pflegende Angehörige zu schaffen. Um Unterstützungs- und Entlastungsangebote weiterzuentwickeln, wurde vom Bundesamt für Gesundheit (2017a) ein Förderprogramm unter dem Namen „Entlastungsangebote für pflegende Angehörige“ von 2017 bis 2020 ins Leben gerufen. Dieses Förderprogramm des Bundes fordert die Umsetzung von Massnahmen zur Unterstützung Angehöriger mit Hilfe des Kantons, der Gemeinden und gemeinnützigen Organisationen (BAG, 2019).

Sobald die Versorgung von pflegebedürftigen Personen im häuslichen Setting nicht mehr gewährleistet werden kann, erweist sich der Heimeintritt als unumgänglich. Die Entscheidung, in ein Alters- und Pflegeheim einzutreten, wird oftmals erst dann getroffen, wenn die Multimorbidität der Betroffenen so weit fortgeschritten ist, dass die Pflege Zuhause nicht mehr durchgeführt werden kann (BFS, 2019). Am 31. Dezember 2017 lebten in der Schweiz 89'700 Personen in einem Alters- und Pflegeheim (BFS, 2019). Im Kanton Bern gab es im Jahr 2017 insgesamt 19'153 Langzeit- und 4881 Kurzzeitplätze. Insgesamt wurden 24'574 Personen in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern beherbergt (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2017). Für Langzeitaufenthalte in den Oberwalliser Alters- und Pflegeheimen zeigte sich im Jahr 2013 eine Anzahl von 2'876 Plätzen. Diese Zahl verweist auf einen Anstieg, denn im Vergleich wurden im Jahr 2000 2'148 Betten in Alters- und Pflegeheimen im Wallis angeboten. Die Zahl der angebotenen Betten sank jedoch im Vergleich zum Bevölkerungswachstum. Im Jahr 1999 wurden pro 1'000 Einwohner 253 Betten angeboten, im Jahr 2013 nur noch 190 (Walliser Gesundheitsobservatorium, 2015). Dies verdeutlicht die Problematik, dass die Anzahl der Langzeitplätze nicht proportional zum Bedarf an Alters- und Pflegeheimbetten steigt.

Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag (2019) erwähnen in ihrem Buch, dass die Sterbeorte in der Schweiz nicht mehr systematisch erfasst werden. Die Ergebnisse der Studie von Reich, Signorell und Busato (2013) der Jahre 2007 bis 2011 und der Studie von Junker (2012)

aus dem Jahr 2009 zeigen ziemlich präzise Hinweise über die Sterbeorte. Demnach versterben 40% der Schweizer Bevölkerung in einem Alters- und Pflegeheim. Verglichen dazu finden 40% der Sterbefälle im Spital und 20% Zuhause oder an anderweitigen Orten statt (Zimmermann et al., 2019). Laut einer schweizweiten Umfrage im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Jahr 2017 wünschen sich 72% der Befragten, Zuhause zu sterben (Stettler, Bischof & Bannwart, 2018). Diese Aussage repräsentiert den Wunsch, gemeinsam mit seinen Angehörigen in einer vertrauten Umgebung die letzte Phase des Lebens zu verbringen. Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag (2019) beschreiben in ihrer Publikation „das Lebensende in der Schweiz“ Sterbeorte sowie Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Eingegangen wird dabei unter anderem auf das Bedürfnis nach Information und die Berücksichtigung von Sterbewünschen. Präferenzen und Wünsche Sterbender orientieren sich oftmals an Bedürfnissen von Angehörigen und umgekehrt. Zudem erforschten Williams, Zimmermann und Williams (2012) in der Studie „Family Caregiver Involvement for Long-Term Care Residents at the End of life“ den Einbezug von Angehörigen für pflegebedürftige Menschen im letzten Lebensmonat in Langzeitpflegeinstitutionen wie Wohn- und Pflegeheime. Sie beschrieben, inwiefern sich das Ausmass des Einbezugs bei End-of-Life Situationen verändert. Williams et al. (2012) fanden heraus, dass mehr als die Hälfte pflegender Angehörigen eine organisatorische Funktion innerhalb der pflegerischen Betreuung übernommen und beispielsweise bei den Mahlzeiten assistiert haben.

In der Palliative Care gehören Angehörige ebenso zur Betreuung und Pflege wie die Betroffenen selbst (Steffen-Bürgi, Schärer-Santschi, Staudacher, Monteverde, 2017). Angehörige gelten somit als ein wichtiger Bestandteil in der Pflege und Betreuung des Betroffenen. Angehörige kennen Werte, Gewohnheiten und Bedürfnisse ihres pflegebedürftigen Menschen. Diese Kenntnisse stellen für Pflegende eine hilfreiche Ressource dar. Damit eine individualisierte Pflege gewährleistet werden kann, sind solche Informationen der Angehörigen unerlässlich. Dies betrifft vor allem auch Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten. Der Entstehung von Missverständnissen zwischen Pflegenden und Angehörigen liegen oftmals unterschiedliche Erwartungen zugrunde. Ebenso spielen unterschiedliche familiäre sowie professionelle Versorgungssysteme eine grosse Rolle (CURAVIVA, o.D. a).

Um Missverständnisse zu vermeiden, dient beispielsweise der Angehörigensupport im Altersheim Pro Senectute im Berner Oberland als ein Modell guter Praxis. Der Angehörigensupport setzt sich vor allem mit Bedürfnissen und Wünschen von Angehörigen auseinander (BAG, 2017a). Das Betreuungsteam des Alters- und Pflegeheims nimmt hinsichtlich der Umsorgung des erkrankten Menschen und dessen Angehörigen eine zentrale Rolle ein. Die Unterstützung

Angehöriger erweist sich als äusserst relevant, da Angehörige unter einer enormen Belastung stehen. George und George (2018) veröffentlichten eine Studie bezüglich der Angehörigenintegration in unterschiedlichen Settings wie im häuslichen Umfeld, im Alters- und Pflegeheim, auf einer onkologischen Abteilung und auf der Intensivstation.

Die Betreuung von Angehörigen kann durch den Pflegemangel in Alters- und Pflegeheimen nicht gebührend gewährleistet werden. Diplomierte Fachkräfte weisen in den meisten Alters- und Pflegeheimen einen verhältnismässig niedrigen Bestand auf. Am Beispiel des Kantons Bern wird dargestellt, dass diplomiertes Pflegepersonal nur knapp 23% der Pflegepersonen in einem Altersheim ausmacht. Die grösste Gruppe unter den Pflegenden stellen Pflegehelferinnen und Pflegehelfer mit einem Kurs des Schweizerischen Roten Kreuz dar, gefolgt von den Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, 2017).

In den Richtlinien des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur (2018) über die Betriebsbewilligung für Pflegeheime im Jahr 2017 wird festgehalten, welche prozentualen Zahlen die jeweiligen Berufsgruppen in einem Alters- und Pflegeheim ausmachen müssen, damit eine Betriebsbewilligung erteilt werden kann. Die Pflegeberufsgruppen werden in drei Kategorien unterteilt. Kategorie 1 beinhaltet das diplomierte Pflegepersonal. Dies sind Personen, welche einen Fachhochschul- oder höheren Fachschulabschluss in der Pflege, das Krankenschwester/ Pflegefachfrau Diplom Niveau 2 (DN2) oder Niveau 1 (DN1) besitzen. Des Weiteren kann diplomiertes Pflegefachpersonal ein Diplom der Allgemeinen Krankenpflege (AKP) oder einen eidgenössischen Fachausweis zur Fachperson Langzeitpflege und Betreuung erworben haben. Diese müssen 15 bis 20% in den Pflegeheimen ausmachen. Die Kategorie 2 schliesst die Fachfrau, den Fachmann Gesundheit (FaGe), die Krankenpflegerin, den Krankenpfleger (Fähigkeitsausweis SRK), die Assistentin, den Assistent Gesundheit und Soziales sowie die Fachfrau, den Fachmann Betreuung ein. Diese müssen in Alters- und Pflegeheimen im Wallis 35 bis 40% der Vollzeitstellen ausmachen. Die dritte Kategorie, welche mit maximal 45% die grösste Gruppe der Pflegenden in einem Alters- und Pflegeheim darstellt, beinhaltet alle anderen Berufskategorien, die aus dem Pflegesektor stammen. Diese Berufsgruppe umfasst hauptsächlich Personen mit einem Kurs des Schweizerischen Roten Kreuz.

Der Vergleich mit dem Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern und den Richtlinien des Kantons Wallis bestätigt die schweizweiten Zahlen, wobei die Pflegehelferin, der Pflegehelfer SRK die grösste Berufsgruppe in der Pflege im Alters- und Pflegeheim darstellt. Als zweitgrösste Gruppe wird in Walliser und Berner Alters- und Pflegeheimen die Fachfrau, der Fachmann Gesundheit genannt. Im schweizerischen Vergleich liegen diese knapp

vor den diplomierten Pflegefachpersonen, wobei letztgenannte als die kleinste Gruppe der Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen in Bern und im Wallis aufgeführt werden.

Die drei Berufsgruppen bilden den Hauptbestand Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen. Die Sichtweisen der drei Hauptgruppen des Pflegeberufs im Oberwallis und im Berner Oberland im Zusammenhang mit dem Angehörigeneinbezug im Alters- und Pflegeheim wurden in der wissenschaftlichen Literatur nicht beschrieben. Das Erleben des Angehörigeneinbezugs wird aus den Perspektiven der drei Berufsgruppen erforscht. Da die Ausbildung zur Pflegenden mit unterschiedlichen Qualifikationsgraden verknüpft ist, werden potentielle Gemeinsamkeiten und Unterschiede im Erleben untersucht. Die vorliegende Arbeit erforscht die Perspektive der Fachfrau, des Fachmanns Gesundheit.

1.2 Fragestellung

Wie erleben Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim?

1.3 Zielsetzung

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sollen dazu beitragen, mehr über das Erleben der Angehörigenintegration in Alters- und Pflegeheimen mittels Interviews mit Fachfrauen, Fachmännern Gesundheit zu erfahren. Die gewonnen Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit sollen neues Wissen für die Praxis zur Verfügung stellen. Anhand der Ergebnisse der drei Teilgruppen werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht. Somit stellt der Vergleich der drei Pflegeberufsgruppen ein weiteres Ziel der Forschungsarbeit dar.

2 Theoretischer Bezugsrahmen

2.1 Alters- und Pflegeheime

„Pflegeheime sind Institutionen, die mehrheitlich pflegebedürftige Betagte, die nicht mehr in ihrem Zuhause leben können, und – in geringerem Masse – jüngere chronisch Kranke betreuen.“ (BFS, 2008, S. 6). Laut dem Bundesamt für Statistik (2008) wird ein Altersheim als eine Gesundheitsinstitution angesehen, die Menschen beherbergt, die sich nicht mehr selbstständig versorgen können. Diese werden im Alltag von Fachpersonal unterstützt und gepflegt.

Alters- und Pflegeheime bieten Bette für Kurz- und Langzeitaufenthalte an. Die Kurzzeitpflege ermöglicht einer Zuhause lebenden Person einen vorübergehenden Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim. Dies kann in Betracht gezogen werden nach einem Spitalaufenthalt, wenn sich der betagte Mensch noch nicht selber versorgen kann oder um die Angehörigen zu entlasten. Die Langzeitpflege bezieht sich vor allem auf betagte und/oder behinderte Personen, deren bestmögliche Lebensqualität und Sicherheit Zuhause ohne fachliche Unterstützung nicht mehr gewährleistet werden kann (AVALEMS, o.D. a).

Etwa 34'400 Personen in der Schweiz wurden im Jahr 2017 in ein Alters- und Pflegeheim aufgenommen (BFS, 2019). Zu den häufigsten Gründen eines Heimeintritts gehören soziodemographische Faktoren wie das erhöhte Alter oder der Aspekt, dass die Personen alleine leben (Gaugler, Duval, Anderson, & Kane, 2007). Hauptgründe für die Entlassung sind zu 76% das Versterben der Bewohner, zu 12% die Überweisung in eine andere Gesundheitsinstitution, zu 9% die Rückkehr ins eigene Zuhause und zu 3% die Verlegung an einen anderweitigen Ort (BFS, 2019).

Die Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime (BAG, 2017b) zeigen auf, dass es gesamtschweizerisch im Jahre 2017 1'543 Pflegeheime gegeben hat. Im Kanton Bern waren dies 303 und im Kanton Wallis 45 Pflegeheime. Die Zahl der Langzeitklienten lag in der Schweiz im Jahr 2017 bei 125'889, im Kanton Bern bei 19'153 und im Wallis bei 4'213.

Der Anteil der Frauen in Alters- und Pflegeheimen im Alter von 75 bis 79 Jahren betrug 2017 fast 70%. Hier wird vermutet, dass vor allem ältere männliche Personen Zuhause von ihrer Ehefrau unterstützt und gepflegt werden. Frauen verbringen mit 3.3 Jahren einen längeren Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim als Männer mit durchschnittlich 2.2 Jahren. Im Schnitt beträgt das Alter der Frauen bei Heimeintritt 82.8 und bei Männern 78.8 Jahre. Durchschnittlich versterben Frauen in einem Alters- und Pflegeheim mit 88.3 Jahren und Männer im Alter von 85.1 Jahren (BFS, 2019).

Der nationale Verband der Heime und Institutionen CURAVIVA setzt sich für Menschen ein, die auf individuelle Pflege und Betreuung angewiesen sind. Der Verband vertritt über 2'700 Institutionen, bietet rund 120'000 Menschen ein Zuhause und etwa 130'000 Menschen eine Arbeitsstelle. CURAVIVA gibt Auskunft über das Heimwesen und ist auf sozialer und gesundheitlicher Ebene eng vernetzt. Zudem engagiert sich der Verband für Leitlinien und Rahmenbedingungen, um die Arbeits- und Lebensqualität zu verbessern (CURAVIVA, o.D. b).

Die Berner Alters- und Pflegeheime werden von dem Verband CURAVIVA BE vertreten. Dieser Verband setzt sich auf kantonaler und nationaler Ebene für die Interessen der Mitglieder ein und ist zuständig für 307 Pflegeheime und Organisationen (CURAVIVA BE, o.D.).

Im Kanton Wallis wurde die AVALEMS, der Verband der Alters- und Pflegeheime, im Jahr 2015 gegründet. Der Verein umfasst 52 Heime mit 3'227 Betten und beschäftigt 4'658 Mitarbeitende (Avalems, 2017). Die AVALEMS engagiert sich für eine hohe Qualität der Sozial- und Gesundheitspolitik in Einrichtungen, um Seniorinnen und Senioren eine angemessene Lebensumgebung und Betreuung zu gewährleisten. Ausserdem organisiert die AVALEMS auf kantonaler und interkantonaler Ebene die Arbeitskoordination sowie Aus- und Weiterbildungen für Fachkräfte. Des Weiteren bestimmt der Verein Rahmenbedingungen, Rechte, Pflichten und Aufgaben zwischen den Walliser Heimen und den Mitarbeitern (Avalems, o.D. b).

2.2 Angehörige

Der Begriff „Angehörige“ wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Unter Angehörigen werden jegliche Personen verstanden, welche der Betroffene als solche bezeichnet. Diese können sich somit auch ausserhalb des Verwandtschaftsgrades befinden. Es können Eltern, Kinder, Geschwister, Ehe-/Lebenspartner und andere Menschen, welche dem Betroffenen nahestehen, als Angehörige oder auch Bezugspersonen bezeichnet werden (BAG & GDK 2010).

Laut Seeger (2014) sind mit Angehörigen nicht nur verwandte Beziehungen, sondern auch nahestehende, vertraute und freundschaftliche Beziehungen gemeint. Die nachfolgende Definition von Bauernschmidt und Dorschner (2018) wurde vom Forschungsteam für die vorliegende Arbeit einheitlich übernommen: „Angehörige sind alle Personen, zu denen eine besondere Bindung auf der Basis einer verwandtschaftlichen und/oder emotionalen Beziehung besteht, die im Spannungsfeld zwischen Fürsorge und Verpflichtung gelebt wird.“ (S. 7).

Friedemann und Köhlen (2010) reden derweil von Familienmitgliedern. Zwischen Familienmitgliedern bedingt es keiner biologischen oder verwandtschaftlichen Verbindung, noch müssen

sie in demselben Haushalt leben. Laut Friedemann und Köhlen muss eine emotionale Beziehung vorhanden sein, unwesentlich ob diese positiv oder negativ erscheint, um als Familienmitglied zu gelten. Friedemann und Köhlen bezeichnen die Familie als ein soziales System, das fähig ist, Entscheidungen zu treffen und dadurch das eigene System zu ändern. Gibt es im Bereich des Familiensystems ein Ungleichgewicht beziehungsweise eine Veränderung, so wirkt sich dies auf das gesamte System aus. Eine Störung im System kann beispielsweise der Eintritt eines Mitglieds in ein Alters- und Pflegeheim sein. Das familienzentrierte Modell von Friedemann und Köhlen spielt eine wichtige Rolle bei der Begleitung und Betreuung von Angehörigen. Das Modell vermittelt die Philosophie, dass die Bewohnergesundheit von der Gesundheit der Angehörigen abhängt und die beiden Gruppen nicht unabhängig voneinander gepflegt und betreut werden können.

Pflegende Angehörige stehen mit hilfsbedürftigen Familienmitgliedern in einer Beziehung, die aus emotionaler Nähe oder einer gemeinsamen Lebensgeschichte besteht (BAG, 2018). Die Betreuung durch Angehörige variiert in Dauer und Intensität. Dies ist abhängig vom Krankheitszustand und -verlauf der betroffenen Person (Schweizerische Eidgenossenschaft, 2014). Die Aufgabe pflegender Angehöriger erweist sich als bereichernd, kann jedoch auch zu gesundheitlichen, sozialen und finanziellen Belastungen führen (BAG, 2018). An erster Stelle steht für Angehörige die Sorge um die erkrankte Person. Aber auch die Sorge, Wichtiges versäumt zu haben und das Gefühl des Versagens sind möglich. Ebenso gilt die Angst als ein stetiger Begleiter von Angehörigen. Dies kann die Angst in Anbetracht des Leidens, dem Verlust oder der Ungewissheit sein. Die Angst vor dem Ungewissen beschäftigt sich mit der Thematik, dass die Schweizer Bevölkerung grösstenteils in Institutionen verstirbt und Angehörige nicht wissen, wie sie mit der Situation umgehen sollen. Eine weitere belastende Situation für Angehörige kann die Rollenveränderung sein (Bittel-Passeraub, 2014). Der Heimeintritt kann als Grund für eine Neuverteilung und Änderung der Rollen in einem Familiensystem genannt werden. Aus den Ängsten und Sorgen der Angehörigen entstehen Bedürfnisse, die von externen Personen wahrgenommen werden sollen. Bei den Bedürfnissen der Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen dreht es sich vielfach um Anerkennung für das von ihnen Geleistete. Ein weiteres Bedürfnis von Angehörigen ist der Einbezug in die Pflege, falls dies auch dem Wunsch des Patienten entspricht. Durch wertfreies Zuhören seitens der Pflegenden möchten die Angehörigen Zuwendung erfahren (Bittel-Passeraub, 2014). Der Heimeintritt eines pflegebedürftigen Menschen kann die Folge einer Überforderung der Angehörigen sein. Folglich kann der Heimeintritt zur Entlastung der Angehörigen dienen. Diese Entlastung führt zu einer Rollenveränderung der pflegenden oder betreuenden Angehörigen. Angehörige übernehmen vor dem Heimeintritt oftmals die Pflege und Betreuung der hilfsbedürftigen Person.

Diese Aufgabe wird beim Übertritt in eine Institution von professionell Pflegenden übernommen. Angehörige nehmen nun erneut die Rolle als Familienmitglied ein und sind um emotionale und menschliche Aspekte bemüht (Altmann, 2014).

Damit eine gute Pflegequalität und Betreuung gewährleistet werden kann, benötigt es eine stabile Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen, den Angehörigen und den professionell Pflegenden (Handel, 2003). Ugolini (2014) erklärt, dass das Rollenverständnis und die Bedürfnisse von Angehörigen und Pflegenden unterschiedlich definiert werden. Aus diesem Grund sollen Angehörige als eigenständige Persönlichkeiten betrachtet werden. Angehörige stellen aufgrund unterschiedlicher Lebenssituationen verschiedene Erwartungen an Institutionen. Ugolini (2014) betont weiter, dass trotz der heute oftmals asymmetrischen Verhältnisse zwischen Pflegenden und Angehörigen eine partnerschaftliche Beziehung und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe angestrebt werden soll.

Beim Einbezug der Angehörigen im Alters- und Pflegeheim steht ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur Verfügung. Das Bundesamt für Gesundheit (2018) beschreibt das Kognitions- und das Kommunikationstraining sowie das Motivieren und Trösten als Haupttätigkeiten der Angehörigen. Die Angehörigen stellen insbesondere für Personen im Alters- und Pflegeheim die Verbindung zu kulturellen, sportlichen, religiösen und sozialen Anlässen her und gewährleisten der pflegebedürftigen Person durch Besuche, Spaziergänge, mediengestützte Kommunikation und dem Aufenthalt in öffentlichen Räumen die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und sozialen Kontakten (BAG, 2018).

2.3 Pflegepersonen

Schweizer Alters- und Pflegeheime beschäftigten im Jahr 2017 131'361 Personen. Davon bestanden zwei Drittel aus Pflegepersonen und Angestellten der Alltagsgestaltung. Bei 82% der Beschäftigten handelte es sich um Frauen. Dem gegenüberzustellen ist, dass lediglich 8'567 Männer in der Pflege und in der Alltagsgestaltung beschäftigt waren (BFS, 2018a).

Das Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen lässt sich in drei Berufsgruppen unterteilen. Zum einen sind dies Pflegefachpersonen mit einem Tertiärabschluss, welche die kleinste Pflegeberufsgruppe repräsentieren. Zum anderen besteht das Pflegepersonal aus Pflegenden mit Sekundarabschlüssen. Die dritte Gruppe bilden Personen mit einem Kurs des Schweizerischen Roten Kreuz. Die genannten Pflegeberufe unterscheiden sich unter anderem in ihrer Ausbildung, Aufgaben und Kompetenzen. Nachfolgend werden diese genauer erläutert.

2.3.1 Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ

Die korrekte Bezeichnung dieses Berufs lautet Fachfrau Gesundheit oder Fachmann Gesundheit, wobei dies auch mit FaGe abgekürzt wird. Die berufliche Grundbildung umfasst eine Dauer von drei Jahren. Auszubildende erlernen während der Grundbildung den Umgang mit berufsspezifischen Situationen und bauen die zur Ausbildung gehörigen Handlungskompetenzen auf, welche dem Qualifikationsverfahren dienen und als Mindeststandards der Ausbildung angesehen werden (CURAVIVA, o. D. c).

Die Ausbildung zur Fachfrau, zum Fachmann Gesundheit wird von drei Lernorten geprägt. Zum einen im Lehrbetrieb, welcher sich als eine Institution des Gesundheits- oder Sozialwesens definiert. Dieser praxisorientierte Teilbereich wird beispielsweise in einem Alters- und Pflegeheim oder im Spital absolviert (Schweizerisches Dienstleistungszentrum Berufsbildung/Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung [SDBB], 2019). Zum anderen fördert die Berufsfachschule anhand des Unterrichts insbesondere die Fachsprache und weitere Ausbildungsinhalte. Lernende besuchen überbetriebliche Kurse, wo sie ebenfalls handlungskompetent und ressourcenorientiert ausgebildet werden. Diese Kurse dienen dem Verbinden von Theorie mit Praxis sowie der Vorbereitung auf den Praxiseinsatz (Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Zürich [OdA G ZH], 2019).

Die Tätigkeiten einer Fachfrau, eines Fachmanns Gesundheit umfassen das Pflegen, Betreuen und Begleiten kranker, betagter und behinderter Menschen im stationären wie auch im ambulanten Gesundheits- und Sozialwesen. In diesem Rahmen führen sie medizinaltechnische Verrichtungen aus, unterstützen das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden der Patienten und tragen einen grossen Teil an der Alltagsgestaltung bei. Zudem sind sie für administrative und logistische Dienstleistungen verantwortlich. Der Beziehungs- und Vertrauensaufbau zu den Patienten ist eine wichtige Fähigkeit, über welche eine Fachfrau, ein Fachmann Gesundheit verfügen muss. Eine respektvolle, empathische und wertschätzende Haltung ist in diesem Beruf von grosser Bedeutung, um die Patienten als Individuen mit ihren spezifischen Wertesystemen zu respektieren. Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit richten ihre Handlungen an den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen aus. Primär arbeiten Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit in einem Alters- und Pflegeheim und pflegen und betreuen Menschen in ihrer körperlich und/oder psychisch beeinträchtigten Gesundheit. Die Kommunikation und Teamarbeit sind wichtige Komponente, da Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit eng mit Angehörigen von Bewohnerinnen und Bewohnern zusammenarbeiten (CURAVIVA, o.D. c). Nach den rechtlichen Rahmenbedingungen und den betrieblichen Regelungen führen die Fachpersonen Gesundheit ihre erworbenen Handlungskompetenzen

selbstständig aus. Die Fachperson Gesundheit muss Kenntnis über die verschiedenen Pflegediagnosen haben, damit die Pflegegestaltung ein effizientes Ergebnis erzielt (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation [SBFI], 2016).

Die Ausbildung umfasst acht Handlungskompetenzen. Dazu gehören das Umsetzen von Professionalität und Klientenzentrierung, Pflegen und Betreuen, Pflegen und Betreuen in anspruchsvollen Situationen, Ausführen medizinisch-technischer Verrichtungen, Fördern und Erhalten von Gesundheit und Hygiene, Gestalten des Alltags, Wahrnehmen hauswirtschaftlicher Aufgaben und Durchführen administrativer und logistischer Aufgaben (OdASanté, 2016).

Dem Beruf der Fachfrau, des Fachmanns Gesundheit stehen verschiedene Weiterbildungsmöglichkeiten und Kurse von Fachschulen, Berufsverbänden und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens zur Verfügung. Einerseits sind zwei verschiedene Prüfungen, die Berufsprüfung (BP) und die höhere Fachprüfung (HFP) machbar. Andererseits dürfen FaGe die höhere Fachschule (HF) oder nach Abschluss der Berufsmatura die Fachhochschule (FH) besuchen, um den Bachelor of Science in Nursing zu erreichen (Schweizerische Dienstleistungszentrum Berufsbildung/Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung [SDBB], 2019).

2.3.2 Diplomierte Pflegefachfrau und diplomierter Pflegefachmann

Die professionelle Pflege umfasst eine eigenverantwortliche Betreuung und Versorgung. Dabei beugt sie Schäden vor, welche die Gesundheit betreffen. Durch die professionelle Pflege werden Menschen in der Behandlung und im Umgang mit ihrer Krankheit unterstützt. Dabei wird angestrebt, bestmögliche Behandlungs- und Betreuungsergebnisse mit der höchstmöglichen Lebensqualität in allen Lebensphasen zu erreichen. Die professionelle Pflege wird von diplomiertem Pflegefachpersonal durchgeführt. Diese werden korrekt als diplomierte Pflegefachfrau, diplomierter Pflegefachmann FH (Fachhochschule) oder HF (höhere Fachschule) bezeichnet.

Diplomiertes Pflegefachpersonal verwaltet ein breitgefächertes und vielfältiges Aufgaben- und Kompetenzspektrum. Weiter haben Pflegefachpersonen unterschiedliche Berufsrollen entsprechend ihrer Ausbildung, Weiterbildung und Berufserfahrung. Diplomierte Pflegefachfrauen und diplomierte Pflegefachmänner definieren den Pflegebedarf mittels Pflegeanamnesen und vertiefenden Assessments, planen daraufhin Massnahmen, sind an deren Umsetzung bemüht und evaluieren die zuvor definierten Pflegeziele. Die Unterstützung und Anleitung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie die Delegation von Aufgaben und deren Kontrolle gehö-

ren unter anderem zum Aufgabenbereich diplomierter Pflegefachpersonen. Sie tragen die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und alle im Team ausgeführten Aufgaben (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK-ASI], 2011).

2.3.3 Pflegehelferin und Pflegehelfer SRK

Das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) wurde im Jahr 1863 gegründet. Ursprünglich lag die Aufgabe des Roten Kreuzes darin, verwundeten Soldaten Hilfe zu leisten, aber auch in Kriegs- und Katastrophenzeiten tätig zu sein. Im Laufe der Jahrzehnte wurde der Tätigkeitsbereich erweitert. Hinzu kam die Bekämpfung von Epidemien, die Förderung der Gesundheit und Hygiene, die Pflege von Kranken und Gesunden, die Hilfeleistung in der Pflege Zuhause und die Ausbildung von Helferinnen und Helfern.

Da bereits in den 1950er-Jahren ein Pflegemangel vorhanden war, suchte das Schweizerische Rote Kreuz nach Lösungen. Es wurden Kurse für häusliche Krankenpflege und Samariterkurse entwickelt sowie Spitalhelfer rekrutiert und ausgebildet. Aufgrund des breiten Arbeitsbereichs, der von Alters- und Pflegeheimen und Spitälern bis hin zu staatlichen Spitexorganisationen vom SRK reichte, wurde die Bezeichnung Pflegehelferin, Pflegehelfer eingeführt. Ebenso wurde das Einkommen staatlich vereinbart (Schweizerisches Rotes Kreuz, o.D.). Die Kompetenzen und Fähigkeiten sind vom Schweizerischen Roten Kreuz schriftlich festgelegt. Sie übernehmen übertragene Aufgaben im Bereich der Pflege und Betreuung von gesunden sowie kranken Menschen, von Menschen mit Behinderung, zur Entlastung pflegender Angehöriger und unterstützen diplomierte Pflegefachpersonen in der Gesundheitsförderung. Die Aufgaben werden nach Anweisung oder Überwachung von Pflegefachpersonen ausgeführt (Schweizerisches Rotes Kreuz, 2017).

2.4 Palliative Care

Laut Steffen-Bürgi, Schärer-Santschi, Staudacher und Monteverde (2017) stammt der Begriff „Palliative“ aus dem Lateinischen und beinhaltet das Wort „pallium“, was Mantel bedeutet und „palliare“, was mit dem Mantel umhüllen oder bedecken bedeutet. Laut dem Duden stammt „Care“ aus dem Englischen, bedeutet „Pflege“ und meint „sich um jemanden sorgen“. Dennoch gibt es keine exakte Übersetzung des Begriffs „Care“ vom Englischen in die deutsche Sprache. In der Schweiz gibt es mehrere Definitionen und ein unterschiedliches Verständnis von Palliative Care. Als Synonym von Palliative Care wird oft End-of-Life-Care verwendet, welche sich jedoch ausschliesslich mit der Behandlung und Betreuung der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in der letzten Lebensphase befasst. Palliative Care wird nicht erst im terminalen Stadium, sondern in jeder Phase der Erkrankung eingesetzt (Steffen-Bürgi et. al, 2017). Aus

diesem Grund beabsichtigen die Nationalen Leitlinien Palliative Care Schweiz, eine einheitliche Definition zu schaffen. Das Konzept Palliative Care setzt sich mit der Betreuung und Behandlung von Personen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten auseinander. Das Ziel in der Betreuung liegt nicht in der Heilung der erkrankten Person, sondern in der Sicherstellung der bestmöglichen Lebensqualität bis zum Tode. Ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care ist Voraussetzung für die schweizweite Umsetzung der Nationalen Leitlinien (BAG & GDK, 2012).

Eine qualitativ adäquate Palliative Care Betreuung erfordert professionelle Fachpersonen. Im Mittelpunkt der Palliative Care stehen die individuellen psychischen, physischen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen (BAG & GDK, 2010). Die Patienten haben das Recht zur Selbstbestimmung. Palliative Care sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess an und will diesen unabhängig vom Alter weder hinauszögern noch verkürzen. Die Kuration der Krankheit ist somit hier kein primäres Ziel mehr, sondern die Aufrechterhaltung und/oder Verbesserung der Lebensqualität. Der Betroffene und dessen Angehörige werden im Trauerprozess von kompetenten Fachleuten bestmöglich unterstützt und begleitet. In Palliative Care bilden der Betroffene und seine Familie eine „Unit of Care“, was Behandlungseinheit heisst und meint, dass die Angehörigen ebenso zur Betreuung und Pflege dazugehören wie die Betroffenen (Steffen-Bürgi et al., 2017). Menschen in palliativen Situationen benötigen ein vielseitiges und vernetztes Versorgungssystem. Angehörige sind in diesem Versorgungssystem von grosser Bedeutung, da diese oftmals Bezugsperson und Unterstützer darstellen. Sie kennen die Betroffenen und deren Krankheitsgeschichte. Zudem übernehmen Angehörige von palliativen Patienten viele Aufgaben in der Betreuung und Begleitung (Steffen-Bürgi et al., 2017).

Alters- und Pflegeheime sind ideale Orte für die Implementierung von Palliative Care, da sie Institutionen mit hoher Sterbeintensität sind. Das Hauptziel der Implementierung von Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen besteht aus der bestmöglichen Betreuung und Behandlung pflegebedürftiger Menschen. Palliative Care in Alters- und Pflegeheimen bietet die Möglichkeit, ethische Herausforderungen am Lebensende wie Krankenhauseinweisungen, Notfallbehandlung, perkutane endoskopische Gastrostomie-Sonden und weitere Fragen des Ethikalltags zu bewältigen und das Wissen dazu zu aktualisieren (Steffen-Bürgi et al., 2017). Das Bundesamt für Gesundheit, die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren und palliative.ch (2015) geben spezifische Kriterien als Empfehlung für sozialmedizinische Institutionen vor. Palliative Care soll als Leitlinie mit zusätzlichen Stan-

dards in pflegerischen Institutionen verankert sein. In der Institution soll mindestens eine Fachperson im Bereich Palliative Care vorhanden sein. Zudem werden Aus- und Weiterbildungen für Mitarbeitende in Alters- und Pflegeheimen angeboten. Jede Institution soll über einen runden Tisch verfügen, an welchem ein gemeinsamer Informationsaustausch stattfindet. Die Zusammenarbeit mit dem Palliativen-Netzwerk muss etabliert sein.

3 Methodenbeschreibung

3.1 Forschungsdesign

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage bezüglich des Einbezugs Angehöriger im Alters- und Pflegeheim aus Sicht der Fachfrau, des Fachmanns Gesundheit wurde eine qualitative Forschungsarbeit durchgeführt. Qualitative Forschungsdesigns ermöglichen detaillierte Beschreibungen von Phänomenen, um unbekannte Aspekte aufzuzeigen und neues Wissen zu vermitteln. Im Allgemeinen will die qualitative Forschung zu einem besseren Verständnis der sozialen Wirklichkeit beitragen. Die qualitative Forschung geht davon aus, dass die Wirklichkeit, der eine Subjektivität zuzuschreiben ist, ein Ergebnis von Bedeutungen und Zusammenhängen ist (Mayer, 2018).

Genauer steht die Durchführung einer phänomenologischen Studie im Vordergrund. Bei dieser Art der qualitativen Forschung nimmt die menschliche Erfahrung und das Erleben einen bedeutenden Stellenwert ein (Mayer, 2007). Die Phänomenologie kann als „die Lehre vom menschlichen Sein“ bezeichnet werden. Ziel der phänomenologischen Forschung ist es, Phänomene so darzustellen, wie sie von den einzelnen Individuen erlebt werden. Die breite Beschreibung bestimmter Gegenstandsfelder stellt keine zentrale Aufgabe dar. Mehr geht es darum, ein vertieftes Verständnis eines Phänomens zu erlangen (Mayer, 2018).

Die Bedeutung des phänomenologischen Ansatzes in der Pflegeforschung nahm in den vergangenen Jahren zu. Dabei stellte die Verbreitung dieser Ansätze durch Pflegeetheoretiker, wie Parse (1989) oder Benner (1994) eine zentrale Rolle dar. Im Zentrum phänomenologischer Studien stehen Analysen der Lebenswelten von Patienten und Pflegenden. Dadurch lässt sich die Analyse der Einstellung von Pflegenden gegenüber Angehörigen und Patienten als ein Schwerpunkt solcher Studien erkennen (Brandenburg & Dorschner, 2015).

3.2 Stichprobenbildung

In die qualitative Forschung wurden vier Alters- und Pflegeheime, drei aus dem Oberwallis und eines aus dem Berner Oberland, einbezogen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden

durch die Projektgruppenmitglieder in Zusammenarbeit mit den Pflegedienstleitungen und anhand von zuvor definierten Einschlusskriterien rekrutiert. Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner mussten die Ausbildung zur Fachfrau, zum Fachmann Gesundheit absolviert haben. Zudem durften sie sich zum Zeitpunkt der Befragung nicht mehr in der Einarbeitungszeit befinden. Weiter bestand ein Kriterium im Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung und die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner mussten der deutschen Sprache in Wort und Schrift kundig sein.

3.3 Datensammlung

In der vorliegenden Bachelorarbeit erfolgte die Datenerhebung mittels problemzentrierten Interviews in Anlehnung an Witzel (1985, zit. in Flick, 2007). Diese Art von Interviews geht dem Ziel nach, persönliche Sichtweisen befragter Personen zu erfassen. Mayer (2015) beschreibt weiter, dass die Befragung einem offenen Gespräch möglichst nahe kommen soll. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang C) wurde von der Forschungsgruppe in gemeinsamer Arbeit erstellt. Es wurden Leitfragen beziehungsweise Orientierungsfragen definiert, wobei den Befragten die Möglichkeit gegeben wurde, diese offen zu beantworten. Zudem wurden die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner aufgefordert, einen soziodemographischen Bogen (siehe Anhang B) eigenhändig auszufüllen.

Die Interviews wurden in den jeweiligen Alters- und Pflegeheimen durchgeführt. Von den Pflegedienstleitungen und den zu befragenden Pflegenden wurden das Datum, der Zeitpunkt sowie der Ort für das Führen der Interviews bestimmt. Die Interviews wurden digital auf einem Aufnahmegerät aufgezeichnet, anonymisiert abgespeichert und vor dem Zugriff unbefugter Dritter gesichert. Die Interviews wurden von allen sechs Mitgliedern des Forschungsteams perspektivenübergreifend durchgeführt. Somit bestand die Möglichkeit, die Ergebnisse der drei Bildungsstufen des Pflegeberufs miteinander zu vergleichen. Nach dem Abschluss der Datensammlung konnten neun Interviews verzeichnet werden, die alle in die Datenanalyse einfließen. Im Anschluss an die geführten Interviews wurden diese transkribiert. Für die Transkription wurde eine einheitliche Vorlage verwendet. Alle Mitglieder des Forschungsteams hielten sich an dieselben Transkriptionsregeln (siehe Anhang D).

3.4 Datenanalyse

Für die phänomenologisch-interpretative Datenanalyse der vorliegenden Bachelorarbeit wurde die von Dorschner modifizierte Form des Analyseschemas nach Diekelmann (1992) genutzt. Folgende Schritte wurden durchgeführt:

1. Die Interviewtranskripte werden mehrfach gelesen, um ein allgemeines Verständnis für die Texte und deren Inhalt zu entwickeln.
2. Von jedem Interview wird eine (interpretative) Zusammenfassung geschrieben (2a) und mögliche Themen kodiert (2b).
3. Die Interviewtranskripte werden analysiert, um zentrale Themen zu finden (3a). Die Analysen werden anschliessend im Interpretationsteam diskutiert (3b).
4. Bei Unstimmigkeiten wird der Text erneut untersucht.
5. Die durch Vergleiche und Gegenüberstellung der Texte herausgearbeiteten Themen, die die gemeinsamen Bedeutungen und Praktiken widerspiegeln, werden identifiziert und beschrieben (5a). Die Ergebnisse dieses Vorgangs werden erneut diskutiert (5b).
6. Die Themen werden verglichen, um das wesentliche (konstitutive) Muster, das in allen Interviews zu finden ist beziehungsweise die Themen miteinander verbindet, herauszuarbeiten.
7. In einem zusammenfassenden Entwurf werden die Themen sowie das konstitutive Muster beschrieben und durch Textpassagen unterlegt.

Das Datenanalyseschema wurde von der Projektleitung vorgegeben. Grund der Auswahl bestand in der Nachvollziehbarkeit der einzelnen Schritte sowie der guten Umsetzung des Schemas.

Bei der Datenanalyse wurden die Einzelanalysen der jeweiligen Interviews in einem ersten Schritt von der Teilgruppe analysiert. Anschliessend wurde dies in der gesamten Forschungsgruppe perspektivenübergreifend besprochen. Die Gruppenanalysen wurden jeweils unter Einbezug der Experten beziehungsweise der Begleitpersonen durchgeführt.

Im weiteren Prozess der Datenanalyse konnte jeweils auf das Forschungsteam zurückgegriffen werden. Dabei wurden die Analysen auf der Arbeitsebene der Forschungsgruppe perspektivenübergreifend besprochen. Zudem konnten bei Fragen und Unklarheiten die Begleitpersonen im Sinne der Expertenebene angesprochen werden. Die Datenanalyse konnte abgeschlossen werden, indem die Ergebnisse der Analyse der einzelnen Perspektiven miteinander verglichen wurden. Dies wurde in der gesamten Forschungsgruppe unter Einbezug der Experten durchgeführt.

3.5 Ethische Aspekte

Die Einreichung des Forschungsprojekts an die Ethikkommission war nicht nötig, da sich die vorliegende Bachelorarbeit im Rahmen des Memorandums der HES-SO Wallis (Memento zur

Datenschutzgesetzgebung und zu den Ethikrichtlinien) vom 21.05.2007 bewegt hat. Die Teilnehmer wurden vor der Durchführung der Interviews vollumfänglich über das Projekt informiert. Die Daten wurden zu jeder Zeit anonymisiert und vertraulich behandelt. Während des gesamten Forschungsprojekts wurde die Privatsphäre der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geschützt. Weder Namen noch andere persönliche Angaben wie Arbeitsort, Berufserfahrung oder weiteres wurden an unbefugte Drittpersonen weitergegeben und die Schweigepflicht wurde stets eingehalten. Die Daten wurden von Beginn an mittels Kodierungen gekennzeichnet und verarbeitet. Die Audiodateien wie auch andere sensible Daten wurden zu jeder Zeit vor dem Zutritt unbefugter Dritter geschützt. Dies konnte durch eine Absicherung auf einem externen Speichermedium erreicht werden. Nach Abschluss des Forschungsprojekts werden die Daten sachgerecht gelöscht respektive entsorgt. Zudem wurde von der Projektgruppe eine informierte Zustimmung (siehe Anhang A) erstellt, die von jeder Teilnehmerin und jedem Teilnehmer im Vorfeld gelesen und unterzeichnet werden musste. Die Teilnahme am Forschungsprojekt war freiwillig und die Befragten hatten jederzeit die Möglichkeit, die Zusammenarbeit abzubrechen. Sämtliche Inhalte der vorliegenden Arbeit wurden gemäss der American Psychological Association (APA) in einer einheitlichen Zitierweise angegeben.

3.6 Gütekriterien

Bei Gütekriterien handelt es sich um Massstäbe der empirischen Forschung. Diese wurden entwickelt, um die Qualität einer Forschung einschätzen zu können. Im Allgemeinen werden Gütekriterien auf die Erhebung und Auswertung bezogen. Nach Beck (1993, zit. in Mayer, 2007) werden qualitative Gütekriterien in nachfolgende Kategorien eingeteilt.

Glaubwürdigkeit

Unter der Glaubwürdigkeit wird die Zuverlässigkeit der Ergebnisse aus Sicht der Forscher und weiteren wissenschaftlichen Teammitgliedern verstanden. Sie zeigt, inwiefern die Analyse richtig interpretiert und die Aussagen im Sinne der Teilnehmerinnen und Teilnehmern gemacht wurden. Durch systematisches und strukturiertes Vorgehen seitens der Studierenden konnte ein regelgeleitetes Arbeiten stattfinden. Um die Glaubwürdigkeit der Arbeit zu erhöhen, wurde auf unterschiedlichen Ebenen gearbeitet. Auf einer Ebene wurde in Zweiertteams gearbeitet, die regelmässig mit ihrer Begleitperson Rücksprachen hielten. Auf einer weiteren Ebene arbeiteten die sechs Studierenden in der Gruppe zusammen. Als die letzte Ebene sind die gemeinsamen Treffen zu erwähnen, bei denen das gesamte Forschungsteam anwesend war.

Folgerichtigkeit

Die Folgerichtigkeit gibt an, ob die Forschung von der Fragestellung bis zu den Ergebnissen nachvollziehbar eingeschätzt werden kann. Diese kann durch eine exakte Verfahrensdokumentation erreicht werden. Die Verfahrensdokumentation wurde in der Methodenbeschreibung erläutert. Weiter wurde während jeder Forschungssitzung ein Protokoll verfasst, in welchen Bestimmungen sowie das weitere Vorgehen festgehalten wurde. Die Zustellung der Protokolle an alle Teammitglieder erfolgte jeweils nach Abschluss des Treffens.

Angemessenheit

Die Angemessenheit gibt Auskunft darüber, wie exakt die Wirklichkeit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wiedergegeben wurde. Des Weiteren wird dies mit den Originalziten und Textausschnitten unterzeichnet. Die Interviews wurden von allen Teammitgliedern geführt. Dabei spielte die zu befragende Pflegeberufsgruppe keine Rolle. Um die Interviews exakt zu transkribieren, wurden sie zeitnah nach ihrer Durchführung transkribiert. Bei der Transkription wurden einheitliche Regeln verwendet.

Die ausgewählten und beschriebenen Methoden wurden einheitlich von der gesamten Forschungsgruppe verwendet, wobei die jeweiligen Schritte des Forschungsprozesses in den Teilgruppen durchgeführt wurden. In der Forschungsgruppe bestand ein kontinuierlicher Austausch. Zudem wurde das Vorgehen in den Projekttreffen jeweils gemeinsam besprochen.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse verschaffen einen Einblick über das Erleben der befragten Fachfrauen Gesundheit hinsichtlich des Einbezugs von Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen im Oberwallis und im Kanton Bern. Neben dem Erleben werden auch Bedürfnisse und Wünsche wie auch Vorstellungen und Erwartungen der Fachfrauen Gesundheit beschrieben. Da nur weibliche Interviewpartnerinnen befragt wurden, wird angesichts des Genderaspekts von nun an die weibliche Form genannt. Zur besseren Lesbarkeit wird für Fachfrauen Gesundheit auch der Begriff Pflegende verwendet.

4.1 Vorstellung der Interviewpartnerinnen

Insgesamt wurden neun Fachfrauen Gesundheit aus vier verschiedenen Alters- und Pflegeheimen interviewt. Drei Alters- und Pflegeheime mit Standort im Oberwallis und eine solche Institution des Kantons Bern wurden in das Projekt einbezogen. Die Interviewdauer zeigte eine Variation von 7 bis 32 Minuten und eine durchschnittliche Zeitspanne von 17.4 Minuten. Des Weiteren waren die Interviewteilnehmerinnen unterschiedlichen Alters, wobei die jüngste Fachfrau Gesundheit 19 und die älteste 57 Jahre alt war. Zudem zeigten sich Unterschiede in der Anzahl Jahre der Berufserfahrung. Diese reichten von weniger als einem Jahr bis zu 16 Jahren. Angesichts der teils ungenauen Angaben und der weitreichenden Streuung der Zahlen erachten die Autorinnen die Berechnung eines durchschnittlichen Werts bezüglich der Berufserfahrung nicht als sinnvoll. Hauptmotive der Fachfrauen Gesundheit für den Berufseinstieg lagen überwiegend im Umgang mit Menschen und dem Interesse am Pflegeberuf. Ebenso das soziale Umfeld und Menschen zu helfen wurde im Sinne von Beweggründen genannt. Eine Fachfrau Gesundheit nahm Bezug zu den Weiterbildungsmöglichkeiten als motivierender Aspekt, in den Pflegeberuf einzusteigen. Genaue Angaben zum Alter, Geschlecht, Abschlussjahr der Ausbildung zur Fachfrau Gesundheit, Anzahl Jahre Berufserfahrung und Motiven sind der nachfolgenden Tabelle (Abbildung 1) zu entnehmen.

Nummer	Alter	Geschlecht	Abschluss FaGe	Berufserfahrung in der Pflege	Motive
1	50	weiblich	2018	10 Jahre	Interesse, soziales Umfeld
2	19	weiblich	2018	< 1 Jahr	Soziales Umfeld
3	55	weiblich	2018	8 Jahre	Umgang mit Men- schen
4	57	weiblich	2003	16 Jahre	Interesse, soziales Umfeld
5	24	weiblich	2018	< 1 Jahr	Menschen helfen
6	56	weiblich	2017	16 Jahre	Interesse, soziales Umfeld, Umgang mit Menschen
7	30	weiblich	2007	12 Jahre	Soziales Umfeld, Menschen helfen
8	22	weiblich	2015	1 Jahr	Soziales Umfeld, Umgang mit Men- schen, Weiterbil- dungsmöglichkeiten
9	28	weiblich	2013	6 Jahre	Umgang mit Men- schen

Abbildung 1: Vorstellung der Interviewpartner

4.2 Themenübersicht

Aus der Gesamtanalyse der geführten Interviews konnten fünf zentrale Themen identifiziert werden, die miteinander in Beziehung stehen. Drei Hauptthemen wurden zusätzlich in Unterthemen aufgegliedert, da diese mit dem Hauptthema in Verbindung stehen. Die fünf Hauptthemen und deren Unterthemen sind folgende:

- „...reden ist das A und O“
(Kommunikation)
 - „...wichtig für Informationen und Sachen auszutauschen...“
 - „...ihnen zu spüren geben, dass man ernst nimmt was sie bewegt...“
- „...dass es nicht so ein Gegenspiel ist ... dass es ein Miteinander ist.“
(Zusammenarbeit)
 - „...wo Menschen sind menschelets...“
 - „...dem Angehörigen die Unterstützung geben die er braucht...“
- „Es ist immer ein Geben und Nehmen...“
(Einbezug)
 - „...die Möglichkeit ist schon da, dass sie mithelfen können ... und sonst eigentlich in die Pflege selber nicht unbedingt.“
- „...mit ihnen den Weg zu gehen...“
(Sterbephase)
- „...als FaGe hat man halt allgemein ein bisschen weniger mit ihnen zu tun...“
(Kompetenzbereich)

Den Hauptthemen liegt ein konstitutives Muster zugrunde, welches mit folgendem Zitat beschrieben wird: „**Wenn das der Wunsch ist immer im Rahmen des Möglichen.**“

4.3 Ausführliche Beschreibung der Themen

Schliesslich erfolgt eine nähere Erläuterung der Hauptthemen und ihrer Unterthemen. Die jeweiligen Themen stehen miteinander in Verbindung und werden mittels Zitaten der befragten Fachfrauen Gesundheit unterlegt. Nach deren Beschreibung wird auf das konstitutive Muster eingegangen. Die grafische Darstellung der Ergebnisse am Ende des Kapitels soll die Beziehung zwischen den Themen aufzeigen. Zur besseren Übersicht wurden die Zitate in kursiver Schrift dargestellt. Verkürzungen der Zitate wurden mit drei Punkten (...) gekennzeichnet.

4.3.1 „...reden ist das A und O.“

(Kommunikation)

Die Thematik der Kommunikation erweist sich für die befragten Fachfrauen Gesundheit als ein wichtiger Bestandteil innerhalb der Zusammenarbeit mit Angehörigen:

„Kommunikation ist sehr wichtig.“

„...die Kommunikation halt einfach ist da sehr wichtig.“

„...das Kommunizieren ... für mich das Wichtigste, das man miteinander redet.“

Als positiv wird die direkte Kontaktaufnahme erlebt: *„...positiv ist natürlich die wo direkt auf einen zukommen ... wo man einfach auch einen guten Austausch hat...“*

Im Zusammenhang mit negativ erlebten Situationen im Bereich der Kommunikation schildern die befragten Fachfrauen Gesundheit:

„...wenn sie nicht reden...“

„...eher mit dem Arzt gesprochen ... uns fast wie ... umgangen.“

„...dass man mit ihnen eigentlich offen reden kann und nicht so hintenrum...“

Unterthema 1: „...wichtig für Informationen und Sachen auszutauschen...“

Basierend auf der Möglichkeit des Informationsaustauschs zwischen Angehörigen und Pflegenden, zeigen letztere auf, dass diese Art kommunikativer Interaktion genutzt wird, um unter anderem Rückmeldungen abzugeben:

„...uns auch rückmelden können...“

„...das Feedback von ihnen ist noch wichtig für uns...“

„...gutes Feedback ... tut uns auch gut ... eine Aufmunterung für uns...“

Exemplarisch für Rückmeldungen der Angehörigen lässt das folgende Zitat darauf schliessen, dass Fachfrauen Gesundheit es als wünschenswert erachten, wenn Angehörige ihre eigenen Grenzen kommunizieren: *„...dass sie ihre Grenzen auch kennen. Dass sie die aber auch sagen.“*

Zum Informationsaustausch gehört laut den befragten Fachfrauen Gesundheit, dass Angehörige stets informiert werden: *„Wir versuchen sie einfach über alles zu informieren was wir machen, auch wenn irgendetwas passiert, dass du sie anrufst, sie einlädst, dass sie zu dir kommen, dass du mit ihnen reden kannst.“*

Einige Fachfrauen Gesundheit beziehen sich auf die Interaktion mit Angehörigen beim Heimeintritt:

„...am Anfang braucht es häufig ... das Gespräch oder Infos...“

„...meistens sind wir da die ersten, welche mit ihnen konfrontiert werden beim Eintritt...“

„...ins Zimmer begleiten, dann haben wir am meisten Kontakt mit ihnen.“

Es lässt sich anhand der Aussagen der Gesprächspartnerinnen belegen, dass zu Beginn der Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden der offene Informationsaustausch von Bedeutung ist, um die Gewohnheiten des Bewohners zu veranschaulichen:

„...dass sie recht offen sind, dass man sie über alles fragen kann.“

„es ist wichtig, dass man ihnen sagt, dass sie uns sagen wie die Eltern Zuhause gewesen sind...“

„...die kennen ja den Bewohner viel besser so die Gewohnheiten ... und da finde ich können dir die Angehörigen eigentlich sehr viel helfen...“

„...man kann die Gewohnheiten auch irgendwie mitbringen und hier weiterführen.“

Unterthema 2: „...ihnen zu spüren geben, dass man ernst nimmt was sie bewegt...“

Nennenswert ist, dass über Wünsche und Bedürfnisse gesprochen wird und diese von den befragten Fachfrauen Gesundheit respektiert werden:

„...dass die Angehörigen uns einfach gesagt haben was sie gerne hätten.“

„...miteinander redet, was sie gerne hätten und auch ehrlich sind...“

„Wir können ihnen auch so anbringen was wir gerne möchten oder sie mit einbeziehen was sie gerne möchten und auch der Bewohner...“

„...wir respektieren auch den Wunsch von den Angehörigen ... aber wir respektieren auch den Wunsch von unseren Bewohnern...“

Geäußert wird, dass Angehörige auf Fachfrauen Gesundheit zugehen, um ihre Anliegen zu kommunizieren:

„...dass man halt einfach auf die Pflege zu geht und seine Fragen oder Anliegen anbringt...“

„Wenn sie mit Anliegen kommen, einfach ernst nehmen...“

„Also mir ist wichtig, dass sie offen gegenüber dem sind was wir machen, dass sie uns auch zuhören, dass sie sich natürlich auch einbringen können und was wichtig ist, dass sie sich auch ernst genommen fühlen.“

Die Mitsprache der Angehörigen im Alters- und Pflegeheim stellt eine weitere wichtige Komponente in der Interaktion dar:

„...dass Angehörige miteinbezogen werden, dass nicht einfach entschieden wird ohne dass man sie darüber informiert...“

„...sie ... in Kenntnis setzen wenn man ... eine Änderung vor hat...“

„Dass man mitteilen tut, dass man miteinander redet, dass man nicht Sachen macht und ihnen verschweigt...“

„...dann fragen wir die Angehörigen auch, ob das auch für sie auch in der Ordnung ist...“

„Wir haben jetzt da auch zum Beispiel Velos, wo sie Velofahren können. Und das letzte Mal ist eine Angehörige gekommen und dann habe ich gesagt, haben Sie gesehen, Ihr Vater fährt nun da Velo. Und da hat sie gesagt, ah super, gut, weitermachen ... und gestern zum Beispiel hat mir auch ... eine Angehörige ... gesagt, ob das immer noch aktuell ist das Turnen ... und ... ob uns das gehen würde ihn zu begleiten...“

Um über Möglichkeiten von Änderungen im Heimaltag zu sprechen, erwähnen Fachfrauen Gesundheit, dass Angehörige auf die Pflegenden zukommen:

„Sie kommen viel zu uns und sagen was nicht gut ist und was ... sie ändern möchten...“

„...dass sie offen sind mit uns, also offen kommunizieren, wenn es Probleme gibt oder so, dass wir das auch wissen...“

„...dass sie halt wirklich auch kommunizieren, dass wenn etwas nicht gut ist, dass sie uns das auch rückmelden, das ist halt wichtig, dass wir auch etwas verbessern können...“

„...sie sollen einfach rückmelden sobald etwas nicht geht...“

Eine Fachfrau Gesundheit betont:

„...kommt und sucht das Gespräch mit uns, wir sind da, wenn ihr irgendetwas habt.“

Anregungen von Angehörigen stellen für Fachfrauen Gesundheit eine Bereicherung dar:

„...dass ... auch jede Anregung von ihnen ... für uns eine Bereicherung ist...“

Bezugnehmend auf das Führen von Konversationen zwischen Fachfrauen Gesundheit und Angehörigen, kommt die Gegenseitigkeit im Gespräch zu Wort:

„...dass sie informiert sind, dass wir auch informiert werden von ihnen...“

„...dass sie klar sagen, was sie erwarten von uns, wie sie das sehen ... aber auch dass wir unsere Sachen sagen können...“

„...man kann halt mit ihnen reden wenn man etwas will...“

4.3.2 „...dass es nicht so ein Gegenspiel ist ... dass es ein Miteinander ist.“

(Zusammenarbeit)

Bei der Zusammenarbeit mit den Angehörigen veranschaulicht das Miteinander ein allgemeines Interesse und zeigt die Verbindung zu deren Einbezug im Alters- und Pflegeheim:

„...so miteinander halt schafft und nicht gegeneinander...“

„...dass man miteinander ... am gleichen Strick zieht...“

„Dass man einfach einen Weg findet miteinander...“

„...den Bewohner zusammen begleiten...“

„...man geht auf die Angehörigen zu, wir nehmen sie mit und arbeiten mit ihnen zusammen.“

„...dass es einfacher ist mit ihnen zusammen zu arbeiten wenn sie miteinbezogen werden.“

Zum Erleben der Zusammenarbeit mit Angehörigen erwähnt der Grossteil der Befragten keinerlei negative Erfahrungen:

„...das gibt es ja eigentlich selten ... ich habe jetzt noch nie so etwas erlebt.“

„...kein Fall der mir irgendwie negativ aufgefallen wäre.“

„...ich könnte nichts Negatives sagen ... kommt mir gerade nichts in den Sinn muss ich ehrlich sagen...“

Dementgegen berichtet eine Fachfrau Gesundheit: *„...nichts recht machen können.“*

Das Erleben der Zusammenarbeit mit Angehörigen im Alters- und Pflegeheim erhält jedoch grundsätzlich eine positive Charakterisierung:

„...es ist wirklich sehr gut die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Ich bin froh, dass man so zusammenarbeiten kann...“

„Mit den Angehörigen habe ich jetzt immer gut gearbeitet. Es sind ein paar einzelne aber ... ansonsten ist gut.“

Unterthema 1: „...wo Menschen sind menschelets...“

Als ein Beweggrund für den Einstieg in den Pflegeberuf nennen die befragten Fachfrauen Gesundheit oftmals den Umgang mit Menschen:

„...sicher der Umgang mit den Menschen.“

„Also ich habe sehr gerne Umgang mit Leuten...“

„...ich arbeite sehr gerne mit Leuten zusammen. Und gerade mit Leuten die krank ... oder behindert sind.“

„...anderen Leuten helfen zu können und diese ... zu unterstützen...“

„...sozial bin ich schon immer gewesen...“

Die Relevanz der Zusammenarbeit mit Angehörigen im Alters- und Pflegeheim resultiert auch aus der Schilderung: *„...wenn jemand krank ist, ist Zusammenarbeit natürlich wichtiger...“*

Auf die Frage bezüglich „schwieriger Angehöriger“ haben die befragten Fachfrauen Gesundheit unterschiedliche Sichtweisen und bezeichnen den Umgang mit ihnen:

„Es gibt es immer wieder. Ich meine wir sind alle Menschen und wir reagieren alle...“

„...ich kann mir auch vorstellen, dass mir manche Sachen auch nicht passen ... und dass man da schwierig tut...“

„...man ist nicht immer gleich drauf ... mit der Zeit weiss man auch wie die Leute sind und was man darf und was man nicht darf...“

„...je nachdem sind die Angehörigen sehr kooperativ und zum Teil auch nicht.“

Unterthema 2: „...dem Angehörigen die Unterstützung geben die er braucht...“

Fachfrauen Gesundheit äussern, dass sie mit der Zeit ein Gespür dafür entwickeln, den Unterstützungsbedarf Angehöriger abzuschätzen: *„...das Gespür hat, wie viel braucht der Angehörige. Zu viel Angebote können häufig auch zu viel sein.“* Ebenso zeigt sich im vorangegangenen Zitat, dass Fachfrauen Gesundheit Angehörige nicht durch das Aufzeigen allzu vieler Angebote unter Druck setzen wollen.

Im Gegenzug zu dieser beratenden Funktion signalisieren die Befragten auch das Reagieren auf Botschaften von Angehörigen im Sinne des Zuhörens und die Wichtigkeit der Anwesenheit von Fachfrauen Gesundheit:

„...auch probieren, sie anzuhören, immer wieder ein offenes Ohr haben ... nicht nur am Anfang sondern auch während dem ganzen Aufenthalt.“

„...die Unterstützung, Anregungen oder einfach das Dasein denke ich, ist auch wichtig.“

Eine Fachfrau Gesundheit formuliert den Wunsch: *„...dass man ein bisschen mehr Zeit hätte für die Leute und Bewohner...“*

Dem Angehörigensupport in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern wird ein wichtiger Stellenwert zugeschrieben:

„...also ich denke das ist auch ein wichtiges Angebot.“

„...dass man ... jemanden hat ... dass es dort einen Bezug gibt von der Institution wo ... wie eine Vermittlungsfunktion hat...“

„Die Angehörigen sagen, wenn sie den Angehörigensupport möchten und wenn sie ihn nicht wollen...“

Den Befragten zufolge ist der Angehörigensupport ein erleichterndes Unterstützungsangebot für Fachfrauen Gesundheit:

„...das ist für uns sehr erleichternd gewesen...“

„...durch den Angehörigenprozess, das nimmt uns sehr viel ab...“

Dem Angehörigen support kommt eine bedeutsame Rolle zu, besonders auch im kommunikativen Bereich,: *„...wo man eben vom Angehörigen support abgeholt wird, anfangs mal reden kann und ich finde es eben auch mal wichtig, es fragt mal jemand wie geht es dir eigentlich?“* Bei dementen oder psychisch erkrankten Menschen werde der Angehörigen support mehr beansprucht: *„Also bei denen ist natürlich auch der Angehörigen support mehr involviert.“* Im Sinne persönlicher Erfahrungen schildert eine Fachfrau Gesundheit: *„...ich hätte mir dann auch gewünscht, dass es die Möglichkeiten gehabt hätte, vielleicht so ein Angehörigen support...“*

4.3.3 „Es ist immer ein Geben und Nehmen...“ (Einbezug)

Zur Thematik des Einbezugs von Angehörigen erläutern Fachfrauen Gesundheit dessen Wichtigkeit:

„...es ist schon wichtig, dass man die Angehörigen einbezieht. Also von mir aus gesehen sehr wichtig.“

„...wirklich wichtig ... Angehörige immer einzubeziehen und natürlich im Bereich des Möglichen...“

„...probiert sie einzubeziehen so viel man kann...“

„Also wir probieren sowieso immer eigentlich mit den Angehörigen in Kontakt zu bleiben und die auch zu beziehen.“

Auf Basis der analysierten Daten scheint es naheliegend, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung mit dem Angehörigeneinbezug zusammenhängt:

„...man muss sie einfach miteinbeziehen ... auch in den Entscheidungen...“

„...dass nicht nur wir das entscheiden ... wir können etwas anbieten aber immer mit Einbezug von den Angehörigen...“

Angehörige sollen selber entscheiden können, inwieweit sie im Heimalltag einbezogen werden möchten:

„...was sie mithelfen wollen und mögen...“

„...ich habe das Gefühl du merkst dass den Angehörigen bald einmal an wie weit sie gehen wollen ... inwiefern sie mit einbezogen werden möchten.“

Eine Interviewpartnerin beschreibt, dass der Wille der Angehörigen, einen aktiven Beitrag zu leisten, vorhanden ist: *„...sie wollen ja auch helfen, sie wollen da sein, sie wollen mitmachen...“*

Unterthema 1: „...die Möglichkeit ist schon da, dass sie mithelfen können ... und sonst eigentlich in die Pflege selber nicht unbedingt.“

Grundsätzlich neigte die Beantwortung der Frage in Anbetracht des Einbezugs von Angehörigen in die Körperpflege zur Verneinung. Zudem wurde zur Sprache gebracht, dass die Körperpflege grösstenteils von Fachfrauen Gesundheit übernommen wird:

„Also Pflege haben wir eigentlich im Moment nicht wirklich ... auf jeden Fall auf unserer Ebene niemanden...“

„...man fragt schon aber es gibt eher selten...“

„...Körperpflege übernehmen wir meistens.“

„Hier schicken wir sie eigentlich meistens raus...“

„Aber meistens ist es so, dass sie da lieber nicht sich einlassen.“

„Ich habe das Gefühl, das ist denen vielfach auch unangenehm, wenn sie sehen wie du ihre Mutter auf den Nachtstuhl tust...“

„...die meisten gehen eigentlich automatisch raus...“

In Relation zur Übernahme der Körperpflege durch Fachfrauen Gesundheit steht die dadurch entstehende Entlastung für Angehörige, welche den Betroffenen vor dem Heimeintritt umsorgt haben:

„...Körperpflege eigentlich schon eher weniger ... dann häufig auch froh, dass man das jetzt abgeben kann.“

„...man gibt hier ein Angehöriger nicht einfach ab, man ist weiterhin einbezogen, aber man darf vieles abgeben ... als Entlastung.“

„...dass sie auch mal sagen können, jetzt schaue ich für mich, jetzt ist die Pflege da, die das übernimmt.“

Durch die analysierten Aussagen der interviewten Personen lässt sich erkennen, dass der Einbezug in die Körperpflege eine Option, aber nicht eine Erwartung der Fachfrauen Gesundheit darstellt:

„...ihnen das Gefühl geben sie dürfen mithelfen, aber es ist nicht eine Erwartung von uns oder sonst, das kann eben auch unter Druck setzen.“

„...nicht dass sie müssen ... sondern ist wie ein Angebot.“

Eine befragte Pflegende vermutet, dass Angehörige teils auch nicht wissen, dass sie in die Körperpflege ihres Betroffenen miteinbezogen werden könnten: *„...ich glaube es wissen auch nicht alle, dass man das kann oder könnte...“*

Dennoch wurden zum Einbezug in die Pflege Beispiele genannt:

„...eine Frau hat eine zeitlang noch ihren Mann hier geduscht. Wir versuchten ihr einfach die Unterstützung zu geben, welche sie braucht...“

„...dass sie kommen und sagen ich tu mein Ehemann oder meine Ehefrau ... ins Pyjama und nachher ins Bett, dass sie das fast, ja jeden Abend oder jeden zweiten Abend machen kommen und dass das dann wie so eine Routine gibt...“

Eine Fachfrau Gesundheit beschreibt, dass obschon der Heimeintritt von statten ging, die Angehörigen den Bewohner weiterhin begleiten: *„...mit den Bewohner abgeben und mit ihnen einen Lebensabschnitt gehen, dass man den begleitet...“*

In Korrelation mit der Körperpflege werden weitere Pflegebereiche in Verbindung gesetzt. Diesbezüglich wird unter anderem von einigen Interviewpartnerinnen auf die kosmetischen Interventionen eingegangen:

„...beim Waschen oder so eigentlich weniger. Ja meistens Haare, Nägel, kosmetische Sachen so.“

„...es gibt zum Beispiel dere, wo gerne ihnen die Haare machen ... einmal in der Woche ... oder Fuss- und Fingernägel...“

„...die Abmachung, dass sie uns anrufen, wenn sie am Nachmittag kommen um die Haare zu machen.“

„...Ja wir haben einmal eine da gehabt, wo sich halt wirklich nur von der Tochter liess die Haare machen. Die ist einmal in der Woche gekommen und hat ihr Bigudin eingelegt...“

„...wenn sie Nagelpflege haben, kommen sie die Nägel machen ... Wir haben da eine Frau, wo die Tochter kommt und die Nagelpflege übernimmt...“

Der Einbezug Angehöriger in Angelegenheiten der Kosmetik trägt zum Befinden des Bewohners bei.

„...wenn das die Bewohnerin glücklich macht, ich meine wieso nicht.“

„...das ist für uns eigentlich kein Problem ... das kann ja auch nur eine Hilfe sein und wenn das halt zum Bewohner zum Wohle ist, ist ja das ein Vorteil.“

Ferner nennen Fachfrauen Gesundheit, dass Angehörige den Bewohner bei der Nahrungsaufnahme begleiten:

„...wenn jemand nicht mehr so richtig alleine essen kann ... können sie auch mit ihren Angehörigen ins Zimmer gehen und dann kann der Angehörige ihm eingeben oder ihr, ja so werden sie auch einbezogen...“

„...etwas zu trinken geben, essen geben...“

„...ihnen das Essen eingeben...“

„...von jemandem weiss ich gerade, dass die Tochter am Abend kommt das Essen eingeben...“

„Sie geben eher das Essen ein oder versuchen uns da zu entlasten.“

„...das Essen eingeben ab und zu bei einzelnen...“

Nichtsdestotrotz versichern sie den Angehörigen bei der Essbegleitung, dass der Einbezug hierbei weder eine Pflicht noch eine Erwartung ist:

„Aber auch da machen wir kein Druck und fragen wirklich nach ob das ein Bedarf ist.“

„Also wenn jemand Angehöriges Zeit hat und Lust hat und das gerne macht sind wir sicher froh.“

Eine Teilnehmerin äussert im Übrigen Bedenken bezüglich dieser Art des Einbezugs: *„...Essen eingeben ... heikle Sache ... wegen der Aspirationsgefahr.“*

Einige Fachfrauen Gesundheit äussern, dass der Einbezug Angehöriger eher im Bereich ausserhalb pflegerischer Interventionen stattfindet:

„Ja wenn man so Ausflüge macht, könnte man auch mal die Angehörigen mitnehmen oder ja fragen, ob sie mitkommen möchten oder ... wenn hier Veranstaltungen sind, dass sie dort auch mitmachen können und mitkommen können...“

„...mit jemandem spazieren, mit jemandem laufen. Das geben wir gerne ab.“

„...dass sie mit ihnen spazieren gehen oder am Nachmittag etwas machen...“

„Dann gehen sie mit ihnen nach draussen und wir haben ja auch nicht gerade immer die Zeit um am Nachmittag mit den Leuten spazieren zu gehen oder einzukaufen ... das gibt es eigentlich häufig/ oder auch Kleider kaufen gehen...“

„...wenn sie am Nachmittag vorbeikommen, dass sie mit ihnen reden, ausgehen oder sonst irgendetwas machen...“

„...zu spüren geben, sie dürfen auch nur mal ein Besuch machen...“

„...im Alltag mit spazieren oder ... wenn sie vorbeikommen zu Besuch.“

Pflegende umschreiben Besuche von Angehörigen als eine angenehme Variabilität im Heimalltag: *„Dann gibt es ein gutes Ambiente ... dann haben sie immer Gesprächsstoff und ... dann wird da erzählt von alten Zeiten ... bringt ein bisschen Leben hinein, wenn Leute von aussen kommen...“*

Exemplarisch für den erlebten Einbezug Angehöriger veranschaulichen die Autorinnen der vorliegenden Arbeit die Situationsbeschreibung einer interviewten Pflegenden. Aus gesundheitlichen Gründen war es einer Angehörigen nicht mehr möglich, ihren Ehemann im Alters- und Pflegeheim zu besuchen. Die Bemühungen der Pflegenden bestanden darin, den Kontakt zu ihrem Mann aufrechtzuerhalten: *„...sie hat da in der Nähe gewohnt/ haben wir da den Mann manchmal am Nachmittag mit dem Rollstuhl zu ihr gebracht.“*

4.3.4 „...mit ihnen den Weg zu gehen...“

(Sterbephase)

Die Sterbephase wird von allen Interviewpartnerinnen als eine Zeit intensiven Kontakts zu Angehörigen bezeichnet:

„...ich habe das Gefühl, sobald es den Bewohnern anfängt schlechter zu gehen oder dass sie gegen das Sterben rücken, hast du dann mit den Angehörigen viel ein intensiveren Kontakt.“

„...vor allem so intensiv ist es so gegen die letzte Phase, so wenn sie so am sterben dann sind oder auch nicht mehr so können, sich der Allgemeinzustand verschlechtert, dann wird es so sehr intensiv die Zusammenarbeit mit den Angehörigen.“

„...Angehörige kommen ja dann sowieso mehr auch zu Besuch...“

„...nachher gibt es andere Angehörige wo dir wollen/ helfen oder auch wirklich viel nachfragen wieso man das jetzt so macht und ja einfach wirklich permanent da sind und sich abwechseln.“

„...und dann kommen sie eigentlich dann auch öfters vorbei.“

„Seit dem ich hier ... arbeite, ist es mir einmal so richtig intensiv vorgekommen, wo ... jemand ... am Sterben gewesen ist und gestorben ist, dann sind die Angehörigen eigentlich Tag und Nacht da gewesen und ich bin oft ... auch den ganzen Tag da gewesen und sie sind halt häufig auch zu mir gekommen, wenn ich da hineingegangen bin, wenn sie Anliegen oder Fragen gehabt haben oder wann sie den Arzt wollten, wollten sie, dass ich mit ihm rede...“

Fachfrauen Gesundheit erwähnen im Zusammenhang mit dem Sterbeprozess auch die Kommunikation mit den Angehörigen:

„...da arbeitet man intensiv mit den Angehörigen zusammen, vor allem wenn sie in der Nacht wachen ... dann kommt man immer wieder ins Gespräch rein und redet mit ihnen und da ist schon der Kontakt sehr nahe mit den Angehörigen.“

„...wenn sie sterbend sind da tut man eigentlich wirklich viel mit den Angehörigen auch reden.“

„Ja und dann meistens nicht wir, die reden, sondern sie die reden und wir nehmen auf...“

Seitens der interviewten Fachfrauen Gesundheit haben sie zu Angehörigen während dem Sterbeprozess des Bewohners einen intensiven Kontakt. Pflegende informieren und unterstützen Angehörige regelmässig in diesem Prozess:

„...wenn jetzt jemand am Sterben ist ... hat man halt schon einen sehr nahen Kontakt und man informiert sie auch immer wieder und ... unterstützt in solchen Situationen.“

„Wir können sie gut mitnehmen, es erklären und auch sagen, wieso dass es jetzt so ist...“

„...dann ... informierst du sie halt dann gewöhnlich mehr, sie fragen dann auch viel mehr. Du musst ja mit ihnen eigentlich auch anschauen, wie sie sich das vorstellen, was sie jetzt zum Beispiel noch machen wollen oder nicht. Die Therapien mit dem Arzt auch...“

Eine Befragte äussert ein Fallbeispiel, das aufzeigt, dass bei einer guten Umsorgung und Pflege des Bewohners während dem Sterbeprozess auch die Angehörigen eine gewisse Entlastung verspüren:

„...haben sie das als sehr äh entlastend gefunden, weil dann ihr Vater zur Ruhe gekommen ist...“

Insofern ist auch hier zu berücksichtigen, dass die Fachfrauen Gesundheit während dem Sterbeprozess eines Bewohners sehr auf die Angehörigen angewiesen sind:

„...in einem Sterbeprozess ... sehr auf die Angehörigen angewiesen.“

Obwohl der Einbezug aus Sicht der Pflegenden für Angehörige intensiv ist, werde dies auch als schön wahrgenommen: *„...für die Betreffenden ist es sicher schön und eben auch intensiv.“*

4.3.5 „...als FaGe hat man halt allgemein ein bisschen weniger mit ihnen zu tun...“ (Kompetenzbereich)

In Anbetracht der Fokussierung dieses Forschungsprojekts auf die Arbeitsgruppe der Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit bemerken die Autorinnen wiederkehrende Aussagen bezüglich der Kompetenzverteilung innerhalb der rekrutierten Alters- und Pflegeheime. Mehrere Fachfrauen Gesundheit verweisen oftmals bei der Interaktion mit den Angehörigen auf die diplomierten Pflegefachfrauen:

„...vor dem Eintritt das mache ich nicht/ das macht die Diplomierte. Da haben wir nämlich keinen Kontakt mit den Angehörigen.“

„...beim Eintrittsgespräch, also da gibt es ja immer so ein Gespräch, das machen aber die Diplomierten, die fragen halt so ein bisschen Biographie, das schreiben sie dann auch ein im Computer und dann können wir dann auch halt nachlesen gehen, was sie früher beruflich gemacht haben und alles...“

„Also Gespräche macht meistens die Diplomierte. Ich gehe einfach mit oder wenn jetzt niemand da sein sollte würde ich/ aber meistens ist ja die Diplomierte da.“

„Jetzt so von uns selber nicht so, eher von den Diplomierten, welche mehr Kontakt zu ihnen haben. Und halt auch mehr die Gespräche führen.“

„...die Diplomierten haben sicher auch mehr Kontakt...“

Beispielsweise bei einem Sturzereignis, einer fehlerhaften Medikation, einer Allgemeinzustandsverschlechterung oder beim Eintreten des Sterbeprozesses wird deutlich, dass sich primär die diplomierten Pflegefachkräfte mit Angehörigen in Kontakt setzen:

„...weil man muss es auch häufig nach Sturzereignis oder Medikamentenfehler oder so je nachdem wie schwer sie sind ... die Angehörigen informieren...“

„...wenn sie am Sterben sind ... mit den Angehörigen viel reden ... mehr die Diplomierten, ich als FaGe bin nicht so im Vordergrund...“

„Also mit den Angehörigen habe ich halt nicht s o, s o viel zu tun, also ich kann schon mit ihnen reden, aber ich kann ihnen nicht Auskunft halt geben ... mehr die Diplomierten dann zuständig...“

Bei Unklarheiten oder Fragen der Angehörigen greifen die Fachfrauen Gesundheit des Öfteren auf diplomierte Pflegefachpersonen zurück:

„...dann frage ich zuerst eine Diplomierte und dann gehen dann die Diplomierten mit ihnen reden.“

„...ich gehe es dann mehr weiterleiten...“

Eine Interviewte mit einer verhältnismässig niedrigen Anzahl Jahre an Berufserfahrung teilte mit, dass die Interaktion mit Angehörigen bis anhin eng begrenzt verblieb: *„...noch nicht s o viel zu tun gehabt mit den Angehörigen...“*

4.3.6 Konstitutives Muster

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit liegt darin, das Erleben von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit hinsichtlich des Einbezugs von Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen zu untersuchen. Das konstitutive Muster: *„Wenn das der Wunsch ist immer im Rahmen des Möglichen.“* bildet das Fundament der Interviews. Durch die Hauptthemen wird ersichtlich, dass die befragten Fachfrauen Gesundheit grundsätzlich eine offene Haltung gegenüber der Angehörigenintegration zeigen. Die Interviewpartnerinnen äussern, dass der Einbezug der Angehörigen ein wichtiger Teil der Zusammenarbeit ist und situationsgerecht umgesetzt wird. Denn: Wenn das der Wunsch ist immer im Rahmen des Möglichen. Nicht alle Wünsche und Bedürfnisse können realisiert werden, jedoch versuchen die Fachfrauen Gesundheit, die Angehörigen bestmöglich zu unterstützen und ihnen entgegen zu kommen.

4.4 Grafische Darstellung

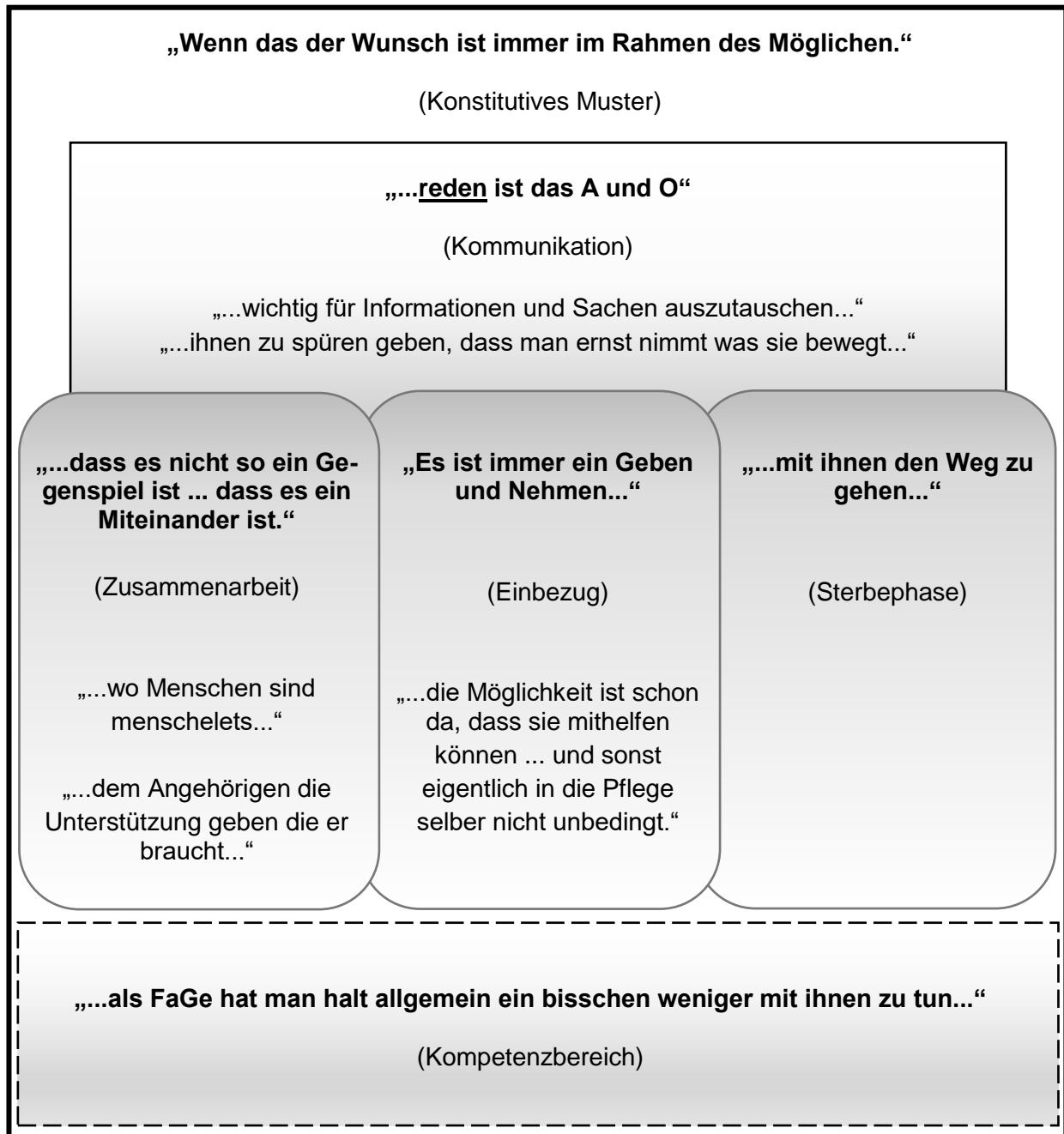


Abbildung 2: Grafische Darstellung der Ergebnisse

Die im Ergebnisteil vorhandenen Themen integrierten die Autorinnen in die Grafik. Das konstitutive Muster *„Wenn das der Wunsch ist immer im Rahmen des Möglichen.“* bildet das Fundament aller Themen und zeigt sich in der Grafik als der alles einrahmende Umriss. Im obersten Kasten befindet sich die Kommunikation mit dem Zitat: *„...reden ist das A und O“*, da dieses Thema sich durch alle Hauptthemen hindurchzieht und von allen Interviewteilnehmerinnen als wichtige Komponente im Umgang mit Angehörigen im Alters- und Pflegeheim beschrieben wird.

Der Abbildung liegt die Verbundenheit der drei Themen Zusammenarbeit (*„...dass es nicht so ein Gegenspiel ist ... dass es ein Miteinander ist.“*), Einbezug (*„Es ist immer ein Geben und Nehmen...“*) und Sterbephase (*„...mit ihnen den Weg zu gehen...“*) charakteristisch zugrunde. Dies verdeutlicht, dass sich diese Themen nicht eindeutig voneinander abgrenzen lassen und somit miteinander in Verbindung stehen.

Im untersten Bereich der Graphik befindet sich der Kompetenzbereich der Fachfrauen Gesundheit (*„...als FaGe hat man halt allgemein ein bisschen weniger mit ihnen zu tun...“*) in einem Feld mit gestrichelten Linien. Dies wurde durch die Autorinnen auf diese Weise angefertigt, da durch die Lücken dieses Rahmens hindurch symbolisch die Aufgaben der Fachfrauen Gesundheit fließen und durch den Kompetenzbereich der diplomierten Pflegefachpersonen ergänzt werden. Die interviewten Fachfrauen Gesundheit greifen des Öfteren auf die Diplomierten zurück, was die unterschiedlichen Kompetenzbereiche zum Vorschein bringt.

5 Diskussion

Die im Ergebnisteil beschriebenen Hauptthemen bilden den Kern des Erlebens der befragten Fachfrauen Gesundheit hinsichtlich des Einbezugs von Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen im Oberwallis und im Berner Oberland. Aus dem Ergebnisteil lässt sich die Bildung von Haupt- und Unterthemen entnehmen. Auf die zu Beginn definierte Fragestellung konnten also Antworten gefunden werden. Zusätzlich ergaben sich Themen, die bis anhin nicht vollumfänglich beschrieben wurden. Dies wird nun in der Diskussion nachgeholt. Damit ein erweitertes Verständnis vom Erleben der Angehörigenintegration erzielt wird, erfolgt ebenso eine Gegenüberstellung mit den jeweiligen Ergebnissen aus den Interviews mit Pflegehilfen SRK und diplomierten Pflegefachfrauen.

5.1 Diskussion der Forschungsergebnisse

Die Kommunikation (*„...reden ist das A und O“*) als erstes Hauptthema erweist sich als zentrales Thema bei den Fachpersonen Gesundheit. Die Kommunikation hat sich durch alle angesprochenen Themen hindurchgezogen.

Die befragten Fachfrauen Gesundheit vergegenwärtigen die hohe Relevanz der Kommunikation in der Zusammenarbeit mit Angehörigen. Die Wichtigkeit einer direkten und unkomplizierten Gesprächskultur mit Angehörigen innerhalb eines Alters- und Pflegeheims wurde von Fachfrauen Gesundheit hoch eingeschätzt. Eine effektive Kommunikation erweist sich als Voraussetzung für einen angemessenen Informationsaustausch. Ob Angehörige die Kommunikation gleichermassen erleben, erscheint unklar. Die befragten Pflegenden berichten ebenfalls über das regelmässige Erhalten von Rückmeldung der Angehörigen über deren Erwartungen und Wünsche sowohl in Bezug auf die Umsorgung des Betroffenen als auch über deren Einbezug und der Zusammenarbeit mit Pflegenden.

Um eine angemessene Kommunikationsweise zu gewährleisten erläutern die Fachfrauen Gesundheit den Aspekt der Zeit. Von einer Fachfrau Gesundheit wird erwähnt, dass auch zeitliche Ressourcen in der Zusammenarbeit mit Angehörigen eine Rolle spielen: *„...was mein Wunsch wäre, dass man ein bisschen mehr Zeit hätte für die Leute und Bewohner...“*. Diese Einzelnennung verdeutlicht den Wunsch, dieses Spektrum zu vergrössern, da sich Pflegenden aufgrund des Zeitmangels zu wenig mit Angehörigen auseinandersetzen können. Dies zeigt sich unter anderem darin, dass es ihnen wichtig erscheint, die Bedürfnisse und Wünsche der Angehörigen regelmässig zu erfragen und in die Zusammenarbeit zu integrieren. Um die Qualität dieses Informationsaustauschs zu gewährleisten, dient die Inanspruchnahme genügend zeitlicher Kapazität seitens der Pflegenden zu dessen Sicherstellung.

Alle Fachfrauen Gesundheit sind sich einig, dass eine offene und ehrliche Kommunikation ein Grundbaustein der Zusammenarbeit mit Angehörigen ist. Es gibt jedoch noch keine evidenzbasierte Strategie, wie die Bedürfnisse von Angehörigen erfasst und daraus spezielle Interventionen abgeleitet werden können (Steffen-Bürgi et al., 2017). Es existieren diverse Stolpersteine, die eine offene und ehrliche Kommunikation erschweren. Ein Problem bei der offenen Kommunikation ist, dass Angehörige sich nicht trauen, den Pflegepersonen ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Angehörige haben oftmals das Gefühl, dass die Kommunikation mit den Pflegepersonen ihre Situation nicht verbessert und ihre Sorgen und ihr Leid unvermeidbar sind. Zudem haben die Angehörigen das Gefühl, dass die Zeit, die die Pflegepersonen für sie opfern, dann den betroffenen Pflegebedürftigen fehlen würde (Steffen-Bürgi et al. 2017).

In der Zusammenarbeit mit Angehörigen als weiteres Hauptthema (*„...dass es nicht so ein Gegenspiel ist ... dass es ein Miteinander ist.“*) beschreiben die Fachfrauen Gesundheit, dass das Miteinander für die Umsorgung der pflegebedürftigen Person wichtig ist. Der Bewohner soll von Anfang an gemeinsam begleitet werden. Damit eine gute Pflegequalität und Betreuung gewährleistet werden kann, benötigt es eine stabile Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen, den Angehörigen und den professionell Pflegenden (Handel, 2003). Die befragten Fachfrauen Gesundheit erläutern, dass neben den Wünschen und Bedürfnissen von Bewohnern auch diejenigen der Angehörigen zentral sind. Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit richten ihre Handlungen an den Bedürfnissen der zu pflegenden Menschen aus (CURAVIVA, o.D. c).

In der Literatur wird beschrieben, dass trotz asymmetrischen Verhältnissen und unterschiedlichen Bedürfnisvorstellungen zwischen Pflegenden und Angehörigen eine partnerschaftliche Beziehung angestrebt werden soll (Ugolini 2014). Diese Aussage wird von den Interviewtenehmerinnen bestätigt, indem sie äussern, dass den Angehörigen gegenüber ein Verständnis entgegengebracht werden soll. Die Thematik der „schwierigen Angehörigen“ fand in den Interviews Platz, wobei die Befragten unterschiedliche Sichtweisen vertreten. Eine Fachfrau Gesundheit beschreibt: *„...je nachdem sind die Angehörigen sehr kooperativ und zum Teil auch nicht.“* Dabei steht zur Diskussion, inwieweit eine wertfreie Zusammenarbeit möglich ist beziehungsweise wo hierbei die Grenzen sind. Die Autorinnen stützen sich auf die Tatsache, dass es menschlich ist, zu jedem Gegenüber eine unterschiedliche Beziehung zu haben und dass jede Interaktion anders ist. Dies behauptet ebenfalls eine Fachfrau Gesundheit: *„Es gibt es immer wieder. Ich meine wir sind alle Menschen und wir reagieren alle...“*.

Die Zusammenarbeit mit Angehörigen wird von den Fachfrauen Gesundheit generell mit einem positiven Erleben verbunden. Kritik wird, wenn überhaupt, nur vage formuliert. Den Autorinnen zufolge wäre vorstellbar, dass eventuell aus kulturellen und sozialen Gründen keine

negativen Aspekte genannt wurden. Obwohl den Interviewpartnerinnen versichert wurde, dass ihre Informationen nicht an unbefugte Dritte weitergegeben werden, könnte es sein, dass seitens der Befragten eine Befürchtung vor negativen Konsequenzen bestand.

Weiter wird in den Interviews betont, dass Angehörige einbezogen werden sollen und dass die befragten Fachfrauen Gesundheit den Angehörigen und den Bewohner als eine Einheit sehen. Dies bestätigt Friedemanns Modell (2010), indem sie beschreibt, dass die erwähnten Gruppen nicht unabhängig voneinander betreut werden können. Bei Entscheidungsfindungen steht das Interesse des Bewohners im Mittelpunkt. Die befragten Interviewteilnehmerinnen äussern, dass auch die Angehörigen bei Entscheidungen einbezogen werden: *„...man muss sie einfach miteinbeziehen ... auch in den Entscheidungen...“*. Laut Friedemann und Köhlen (2010) gilt eine Familie als ein soziales System, welches durch das Treffen von Entscheidungen fähig ist, das eigene System zu ändern. Weiter beschreiben Friedemann und Köhlen, dass sich der Entschluss zum Heimeintritt auf das ganze Familiensystem auswirkt. Diesbezüglich stellt die Begleitung und Betreuung von Angehörigen nach dem Heimeintritt eine zentrale Rolle dar. Dies wird von den Interviewpartnerinnen in ihren Aussagen bestätigt.

Das Modell nach Friedemann und Köhlen kann der Meinung der Autorinnen nach in einem Alters- und Pflegeheim implementiert werden. Durch die Beschreibungen der Interviewpartnerinnen wird ersichtlich, dass Ansätze davon in der Praxis bereits angewendet werden. Zudem ist zu sagen, dass ein Alters- und Pflegeheim aufgrund der Aufenthaltsdauer ein ideales Setting zur Implementierung darstellt. Den Fachfrauen Gesundheit wird die Möglichkeit gegeben, eine Beziehung zu den Angehörigen aufzubauen.

Im nächsten Hauptthema bezüglich des Einbezugs von Angehörigen (*„Es ist immer ein Geben und Nehmen...“*) erläutern die interviewten Fachfrauen Gesundheit, dass die Angehörigen in die Körperpflege selten integriert werden. Eine Fachfrau Gesundheit nennt den Aspekt, dass Angehörige bei pflegerischen Interventionen gebeten werden, das Zimmer zu verlassen: *„Hier schicken wir sie eigentlich meistens raus...“*. Dagegen ist eine Verallgemeinerung angesichts der einmaligen Nennung dieses Aspekts kritisch anzusehen.

Als Diskussionspunkt aufgelistet wird die Tatsache, dass es zum Einbezug Angehöriger in die Pflege einer umfassenden Information bedingt. In mehreren Interviews wurde erwähnt, dass den Angehörigen die Möglichkeit zum Einbezug in die Körperpflege zu wenig kommuniziert wird. Dies zeigt sich auch in der Aussage einer Fachfrau Gesundheit, dass Angehörige vielleicht nicht wissen, dass sie in pflegerische Interventionen einbezogen werden können: *„...ich glaube es wissen auch nicht alle, dass man das kann oder könnte...“*. Den Autorinnen zufolge

besteht ein Zusammenhang zwischen Edukation, Information und Einbezug. Wird den Angehörigen die Tätigkeit, am Beispiel der Körperpflege, vertieft erklärt, so würde sich die Einbindung Angehöriger eventuell leichter gestalten lassen.

Ergänzend beschreiben Steffen-Bürgi et al. (2017), dass die Pflege durch Angehörige aus der Perspektive alter Menschen als Zeichen der Liebe angesehen wird. Angehörige übernehmen eher kosmetische Angelegenheiten wie die Nagel- und Haarpflege „...*beim Waschen oder so eigentlich weniger. Ja meistens Haare, Nägel, kosmetische Sachen so.*“ aber auch organisatorische Dienste.

Es wird genannt, dass die Fachfrauen Gesundheit eine Mitwirkung in die Körperpflege eher ablehnen. Die Angehörigen stellen für Personen im Alters- und Pflegeheim die Verbindung zu sozialen Kontakten her und gewährleisten der pflegebedürftigen Person durch Besuche, Spaziergänge, mediengestützte Kommunikation und dem Aufenthalt in öffentlichen Räumen die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (BAG, 2018).

Angehörige können als zentrale Wissensträger und wertvolle Ressource angesehen werden. Diese Ressource kann einerseits für eine bestmögliche Bewohnerbetreuung und andererseits als Ergänzung für eine professionelle Pflege dienen. Die gegenseitige Information über den Allgemeinzustand des Bewohners zwischen Angehörigen und Pflegepersonal kann den Aufenthalt positiv beeinflussen. Je früher der Einbezug stattfindet umso besser erfolgt die Pflege und Betreuung (Curaviva, o.D. a).

Das konstitutive Muster: „*Wenn das der Wunsch ist immer im Rahmen des Möglichen.*“ zeigt, dass keine der befragten Pflegepersonen eine Abneigung gegenüber dem Einbezug von Angehörigen erwähnt. Fachfrauen Gesundheit zeigen grundsätzlich eine offene Haltung zum Einbezug. Wenn Angehörige in die Pflege beziehungsweise in die Umsorgung ihres Betroffenen einbezogen werden möchten, so akzeptieren Pflegenden diese Entscheidung und versuchen, die Bedürfnisse der Angehörigen zu berücksichtigen.

Durch die perspektivenübergreifende Befragung erkennen die Autorinnen Unterschiede zwischen den verschiedenen Pflegeberufsgruppen. Unter anderem kann eine durchgehende ambivalente Haltung seitens der Pflegehilfen SRK im Zusammenhang mit dem Einbezug Angehöriger festgestellt werden. Die Ambivalenz kommt hingegen bei den befragten Fachfrauen Gesundheit nur teilweise zu tragen. Angehörige sollen einbezogen werden, aber die Körperpflege führen Fachfrauen Gesundheit durch. So auch bei der Essbegleitung durch Angehörige, da Fachfrauen Gesundheit dies als positiv erachten, jedoch die Aspirationsgefahr erwähnt wird. Diese Sichtweise kann klar von der Haltung der Diplomierten abgegrenzt werden. Diplomierte Pflegefachfrauen befürworten in klarer Weise den Einbezug Angehöriger, ohne jegliche Hinweise einer ambivalenten Sichtweise.

Der Forschungsgruppe ist aufgefallen, dass diplomierte Pflegefachpersonen den Begriff der Pflege erweitert betrachten. Aktivierung, Betreuung und Begleitung wird von den diplomierten Pflegefachfrauen in den Begriff Pflege eingeschlossen. Laut dem SBK (o.D.) umfasst die Pflege die Eigenverantwortung der Versorgung und Betreuung aller Altersgruppen, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen, selbstständig oder in Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Grösstenteils wird bei der Frage nach dem Einbezug in die Pflege bei den Fachfrauen Gesundheit die Körperpflege verstanden, wobei dies mit dem Verständnis der Pflegehilfen SRK in Verbindung steht. Ob dies auf mangelndes Fachwissen zurückzuführen ist, konnte nicht erforscht werden.

Dass ein Pflegeverständnis subjektiv ist, darf nicht unerwähnt bleiben. In diesem Zusammenhang muss beachtet werden, dass Angehörige ebenfalls eine andere Sichtweise der Pflege haben können. Inwiefern dies den Einbezug Angehöriger in Alters- und Pflegeheimen beeinflusst, ist unklar und stellt den weiterführenden Forschungsbedarf in diesem Bereich dar.

Beim Thema der Sterbephase (*„...mit ihnen den Weg zu gehen...“*) stellt die Begriffsklärung am Lebensende ein weiterer Diskussionspunkt dar. In der Schweiz bestehen mehrere Definitionen und ein unterschiedliches Verständnis der Palliative Care (Steffen-Bürgi et al., 2017). Erfahrungsgemäss werden End-of-Life Situationen oftmals mit palliativen Situationen gleichgesetzt. Jedoch wird in der Literatur beschrieben, dass Palliative Care nicht erst im terminalen Stadium sondern in jeder Phase einer unheilbaren Krankheit eingesetzt wird (Steffen-Bürgi et al., 2017). Anstatt explizit auf Palliative Care einzugehen, nahmen die Interviewpartnerinnen Bezug auf terminale Situationen im Sinne der End-of-Life Care. Daraus schliessen die Autorinnen, dass Fachfrauen Gesundheit die Begriffe nicht differenziert betrachten. Eine Verwechslung der beschriebenen Begriffe kann anhand der Interviews in Erwägung gezogen werden.

Auf die Frage, wie sich der Einbezug Angehöriger in palliativen Situationen gestaltet, bezogen sich die befragten Fachfrauen Gesundheit mehrheitlich auf die Sterbephase. Die Bezeichnung End-Of-Life bedeutet die Behandlung und Betreuung von Personen am Lebensende und deren Angehörigen. Hier wird die Integration der Angehörigen in die Pflege von den Fachfrauen Gesundheit akzeptiert und implementiert. Das Wissen über den Begriff Palliative, die Kompetenz und die Fähigkeit zur professionellen Handlung und Reflexion gilt als Voraussetzung im palliativen Handeln (Steffen-Bürgi et al., 2017). Ohne die Kenntnis über die genaue Bezeichnung von Palliative Care kann die palliative Versorgung von geriatrischen Personen und deren Angehörigen im Alters- und Pflegeheim nicht gewährleistet werden.

Das Zitat: „...als FaGe hat man halt allgemein ein bisschen weniger mit ihnen zu tun...“ bezeichnet das Thema des Kompetenzbereichs. Bei Betrachtung des Interviewleitfadens fällt auf, dass keine Frage zum Kompetenzbereich Pflegenden gestellt wurde. Dennoch sprachen die Interviewpartnerinnen die Thematik der Kompetenzen innerhalb der drei Berufsgruppen in auffallend vielen Interviews an. Beobachtet wurde, dass die hierarchisch tieferen Berufsgruppen den Kompetenzbereich am häufigsten genannt haben. Der Verweis auf die diplomierten Pflegefachpersonen ist ein oft wiederholtes Thema in den Ergebnissen.

Dies zeigt sich darin, dass die Pflegehilfen SRK überwiegend auf diplomierte Pflegefachpersonen verweisen. Pflegehilfen SRK übernehmen übertragene Aufgaben und Kompetenzen in der Betreuung und Pflege. Sie unterstützen Fachpersonal in der Pflege und Gesundheitsförderung von kranken, gesunden oder behinderten Personen oder entlasten pflegende Angehörige (Schäfer, Scherrer & Burla, 2013).

Die Kompetenzaufteilungen wurden von den befragten Fachfrauen Gesundheit ebenfalls erwähnt. Diese erbringen laut Schäfer, Scherrer & Burla (2013) Leistungen im Rahmen ihrer übertragenen Aufgaben und Kompetenzen und den rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechend selbstständig. Diese können von Institution zu Institution variieren. Fachfrauen Gesundheit berichten, dass diplomierte Pflegefachfrauen primäre Ansprechpersonen bei aussergewöhnlichen Ereignissen sind, wobei Allgemeinzustandsverschlechterungen und Medikamenteinstellungen zu den häufigsten genannten Situationen gehören. In Übereinstimmung mit den Schilderungen der Pflegehilfen SRK betonen auch Fachfrauen Gesundheit das Weitergeben bestimmter Massnahmen an die Diplomierten.

Im Übrigen steht das Führen von Anamnesegesprächen im Rahmen der Kompetenzbeschränkungen zur Diskussion. Fachfrauen Gesundheit schreiben diese Intervention den Kompetenzen einer Diplomierten zu. Dem widerspricht die Aussage, dass Fachfrauen Gesundheit Anamnesegespräche bei Abwesenheit von diplomierten Pflegefachfrauen dennoch durchführen. Die Unterstützung und Anleitung von Mitarbeitern wie die Delegation von Aufgaben und deren Kontrolle gehören unter anderem zum Aufgabenbereich diplomierter Pflegefachpersonen. Sie tragen die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und alle der im Team ausgeführten Aufgaben (SBK-ASI, 2011).

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass sich Fachpersonen Gesundheit in einer bildlich dargestellten „Sandwichposition“ befinden. Hierarchisch haben sie eine untergeordnete Position gegenüber dem diplomierten Pflegefachpersonal, jedoch sind sie in der Hierarchie oberhalb der Pflegehilfen SRK zu finden. Dies stellt die Fachpersonen Gesundheit in eine spezielle Situation, da sie sich zwischen zwei Gruppen eingliedern müssen.

Einige von den Fachfrauen Gesundheit angesprochenen Themen sind aus Sicht der Autorinnen näher zu ergründen. So sind die Äusserungen zum Angehörigenupport im Alters- und Pflegeheim im Berner Oberland auffallend. Der Angehörigenupport wird primär durch zwei interviewte Fachfrauen Gesundheit des im Kantons Bern liegenden Alters- und Pflegeheim zum Ausdruck gebracht. Daher nimmt dieses Thema in Anbetracht der Gesamtanalyse einen minderen Stellenwert ein. Trotzdem erachten die Verfasserinnen der vorliegenden Arbeit dieses Unterstützungsangebot als erwähnenswert. Durch das vorliegende Forschungsprojekt konnte der Bedarf eines solchen Supports verallgemeinernd bestätigt werden. In den Interviews wurde beschrieben, dass eine Anlaufstelle für Angehörige von zentraler Bedeutung für eine gelingende Zusammenarbeit ist. Da sich der Angehörigenupport vor allem mit Bedürfnissen und Wünschen von Angehörigen auseinandersetzt, ist dieser eine gute Ressource (BAG, 2017a).

Bezogen auf zeitliche Dimensionen ist es Pflegenden nicht immer möglich, Fragen und Anliegen von Angehörigen wahrzunehmen. Daher dient der Angehörigenupport auch als eine Entlastung für das Pflegepersonal: „...durch den Angehörigenprozess, das nimmt uns sehr viel ab...“. Im Leitfaden von CURAVIVA zum Umgang mit Angehörigen beschreibt Ugolini (2014) die Wichtigkeit der Bekanntheit der diversen Rollenverteilungen innerhalb einer Institution zur Vermeidung weiterer Missverständnisse. Die Angehörigen müssen wissen, an wen sie sich wenden können. Die Bestimmung einer Ansprechperson begünstigt somit den Umgang mit den Angehörigen. Das Förderprogramm des Bundes fördert die Umsetzung von Massnahmen zur Unterstützung Angehöriger mit Hilfe des Kantons, der Gemeinden und gemeinnützigen Organisationen (BAG, 2019). Im Oberwallis ist der Angehörigenupport noch nicht vertreten. Eine Implementierung soll demgemäss angestrebt werden.

Ebenfalls wurde der Genderaspekt in die Diskussion aufgenommen. Anhand der Stichprobengruppe ist zu erkennen, dass die rekrutierten Interviewpartnerinnen allesamt weiblichen Geschlechts sind. Das Bundesamt für Statistik zeigt, dass zwei Drittel von den in Pflegeheimen angestellten Personen im Jahre 2017 im Bereich der Pflege tätig waren. Dabei handelte es sich bei 82,6% um Frauen. Dem gegenüberzustellen ist, dass lediglich 8'567 Männer in der Pflege und in der Alltagsgestaltung beschäftigt sind (BFS, 2018b). Die Autorinnen der vorliegenden Arbeit stellen fest, dass im Pflegeberuf eine Frauendominanz vorhanden ist. Von weitergehendem Interesse wäre, ob sich die Forschungsergebnisse mit Interviewpartnern des männlichen Geschlechts anderweitig ergeben hätten.

5.2 Kritische Würdigung

Zur Beantwortung der Forschungsfrage bezüglich des Erlebens des Einbezugs Angehöriger in Alters- und Pflegeheimen wurde eine qualitativ-phänomenologische Studie durchgeführt. Durch die Wahl dieses Ansatzes konnte die Sichtweise der befragten Fachfrauen Gesundheit dargestellt werden. Die Autorinnen haben sich vorgängig intensiv mit dem Einbezug der Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen beschäftigt und sich hauptsächlich auf die Perspektive der Fachperson Gesundheit konzentriert. Zur Erlangung der diversen Sichtweisen wurde im Vorhergehen mit den Begleitpersonen ein problemzentrierter Interviewleitfragen formuliert, welcher den geführten Interviews eine gewisse Struktur vorlegte. Durch die formulierten Fragen wurden bestimmte Themen vorgegeben, womit es somit möglich ist, dass gewisse Themen ohne konkretes Nachfragen nicht zum Vorschein gekommen wären. Die Freiheit in der Erzählung wurde für die interviewten Pflegenden gewährleistet. Durch die Flexibilität des halbstandardisierten Leitfadens wurde offenes Erzählen angeregt. Es wird davon ausgegangen, dass die Ergebnisse anhand eines narrativen Interviewstils anderweitig ausgefallen wären. Die Bachelor-Studierenden hatten keine Vorkenntnisse bezüglich der für die Interviews gewählten Technik. Deshalb bestand für sie nicht die Möglichkeit, auf Erfahrungswerte in diesem Bereich zurückzugreifen. Aus diesem Grund zeigte sich in einigen Interviews eine Vernachlässigung sinnvollen Nachfragens.

Der Forschungsstand belegt zudem die Relevanz dieser Teilstudie. Zur Erreichung der Datensättigung erfordert es laut den Rahmenbedingungen der Bachelorausbildung ein Minimum von fünf bis maximal zehn Interviews. Auf Initiative der Forschungsgruppe erfolgte nach einer ersten Phase des Führens von Interviews die Rekrutierung eines weiteren Alters- und Pflegeheims. In der vorliegenden Studie wurden durch die Autorinnen demnach neun Interviews mit Fachfrauen Gesundheit durchgeführt. Die Datensättigung konnte erreicht werden und demzufolge ist die Beantwortung der Forschungsfrage möglich. Nichtsdestotrotz dürfen die Ergebnisse aufgrund der Stichprobengrösse nicht auf die Allgemeinheit transferiert werden. Zum einen wegen der unterschiedlichen, zum Teil auch niedrigen Anzahl Jahre der Berufserfahrung. Zum anderen sowohl durch das uneinheitliche Verständnis von Pflege als auch das individuelle Erleben des Einbezugs von Angehörigen. Die Festlegung der Einschlusskriterien der zu rekrutierenden Interviewpartnerinnen und Interviewpartner erwies sich zu Beginn des Forschungsprojekts als regelrechte Herausforderung. Ein Interview, das bei der Berufsgruppe der diplomierten Pflegefachfrauen keine Verwendung fand, wurde ergänzend übernommen. Dabei handelte es sich um eine Pflegenden mit einem zusätzlichen Kompetenznachweis neben dem eidgenössischen Fähigkeitsausweis zur Fachfrau Gesundheit. Ob die Hinzuziehung dieses Interviews die Ergebnisse beeinflusste, können die Autorinnen nicht erwägen. Des Weiteren ist zweifelhaft, inwiefern die Miteinschliessung männlicher Teilnehmer zu Veränderungen

der Ergebnisse beigetragen hätte. Ferner hätten durch das Erstellen eines Flyers mehr Alters- und Pflegeheime erreicht und die Stichprobengrösse erweitert werden können. Aufgrund zeitlicher Ressourcen war dies jedoch nicht möglich.

Die Rekrutierung der vier Alters- und Pflegeheime wurde von den Begleitpersonen arrangiert. Weiterführende Kontaktaufnahmen mit den Pflegedienst- oder Stationsleitungen der jeweiligen Heime im Sinne der Selektionierung von Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern standen in der Verantwortung und Organisation der Autorinnen. Angesichts der Kompromissbereitschaft der zu befragenden Pflegenden und den Autorinnen bezüglich Terminfindung konnten Praxisausbildungsperiode und das Führen der Interviews angemessen koordiniert werden. Um das Führen von Interviews zu optimieren, erfolgte innerhalb der Forschungsgruppe ein erster Austausch über gemachte Erfahrungen sowie eine Diskussion über Verbesserungsmöglichkeiten. Am Rande sei erwähnt, dass mehrere Treffen innerhalb der Forschungsgruppe die Gelegenheit für rege Diskussionen boten und so während dem ganzen Prozess eine unterstützende Funktion einnahmen. Aufgrund der geringen Erfahrung aller Bachelor-Studierenden mit qualitativen Arbeiten konnten Verständnisfragen in dieser Konstellation behandelt und geklärt werden.

Die Verschriftlichung der geführten Interviews setzten die Autorinnen mittels der im Anhang vorhandenen Transkriptionsregeln um. Diese wurden konsequent verfolgt, um eine möglichst genaue Inhaltswiedergabe zu erreichen. Die Herausforderung der Analyse zeigte sich hauptsächlich darin, dass einige der genannten Aspekte zu abweichenden Interpretationen anregten. Um eine möglichst hohe Glaubwürdigkeit anzustreben, wurden die Ergebnisse der vorliegenden Forschungsarbeit mit wörtlichen Zitaten der Interviews untermauert. Angesichts der Ausführlichkeit der geführten Interviews bestand für die Autorinnen die Schwierigkeit in der Bestimmung von Haupt- und Unterthemen in Anlehnung an die Frage, wie häufig ein Thema erwähnt werden muss, damit dieses als ein darzulegender Aspekt erachtet wird. Eine weitere Herausforderung stellte sich den Autorinnen beim Erstellen der für die Ergebnisse gewählten Darstellung. Durch die Unterstützung der Forschungsgruppe konnte schlussendlich eine passende Darstellung konstruiert werden.

Persönliche Angaben der Interviewteilnehmerinnen erfuhren zwecks Wahrung der Anonymität keine Nennung und waren lediglich für die Forschungsgruppe zugänglich. Die vollständigen Transkripte und Bandaufnahmen werden nach Beendigung der Studie sachgerecht vernichtet. Weitere ethische Aspekte wurden durch die Einholung der informierten Zustimmung („informed consent“) gedeckt.

Nichtsdestotrotz sollten in Bezug auf die Durchführung der Interviews einige Punkte genannt werden. Wie die Untersuchung gezeigt hat, berichteten die Pflegenden relativ selten über Negativbeispiele im Heimalltag. Die Autorinnen hinterfragen somit die Vorenthaltung negativer

Gedanken aus Loyalität zur arbeitgebenden Institution. Zur Diskussion steht ausserdem die unterschiedliche Vorgehensweise der Projektmitglieder beim Führen der Interviews. Unter Achtung zeitlicher Kapazitäten wurden Abmachungen innerhalb der drei Gruppen getroffen und die Interviewfragen, je nach Gruppe, unterschiedlich formuliert.

6 Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel präsentieren die Autorinnen ihre Empfehlungen aus der durchgeführten phänomenologischen Studie zum Erleben des Einbezugs von Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen im Oberwallis und im Kanton Bern. Nachfolgend werden Empfehlungen für die verschiedenen Bereiche Pflegepraxis, Pflegeausbildung sowie für die Pflegeforschung formuliert, die sich aus der Auseinandersetzung mit den Ergebnissen und der Diskussion ergeben haben. Eine spezielle Erwähnung finden die Empfehlungen der befragten Fachfrauen Gesundheit an die Angehörigen.

6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Für den Einbezug von Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen spielen einige Aspekte eine essentielle Rolle. Das Fundament des Einbezugs bilden der Bewohner und seine Angehörigen, da diese als untrennbare Einheit angesehen werden. Angehörige sollen als Teil des Bewohners und der Betreuung akzeptiert und als solchen anerkannt werden.

An erster Stelle befinden sich die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner und anschliessend diejenigen der Angehörigen. Die offene Kommunikation mit den Angehörigen soll mit höchster Priorität angesehen werden. Die Umsetzung der Bedürfnisse und Wünsche wird empfohlen und gilt durch volle Transparenz der Beteiligten zu fördern. Die Unterschiedlichkeit der geäusserten Wünsche und Bedürfnisse zeigt auf, dass der professionelle Informationsaustausch von hoher Bedeutung ist. Deshalb wäre es von Nutzen, die offene und direkte Kommunikation mit den Angehörigen weiter zu optimieren, um Unsicherheiten bezüglich der Erwartungen und Wünsche zu vermeiden. Es ist in der Verantwortung der Pflegenden die Angehörigen nach den Bedürfnissen und Wünschen zu erfragen, da diese vielfach Unsicherheiten im Kontakt mit Fachpersonen empfinden. Hier ist zu empfehlen, verschiedene Kommunikationsmodelle, wie beispielsweise „das Aktive Zuhören“ von Carl Rogers und „das Vier-Ohren-Modell“ von Schulz von Thun bewusst in der Praxis anzuwenden.

Eine auf Vertrauen basierende Beziehung kann durch eine klare und ehrliche Kommunikation gestärkt werden. In diesem Zusammenhang wird es als bedeutend erachtet, dass auch Fehler, Fehlentscheidungen oder -behandlungen, die gegenüber Bewohnern passieren können, mit Angehörigen offen kommuniziert werden und die Angehörigen anhand dessen die Möglichkeit

haben, der Pflege dann ein gewisses Verständnis entgegenzubringen. Das Ziel ist es, durch das Miteinander eine optimale Zusammenarbeit zu erlangen.

In den geführten Interviews wurde sichtbar, dass die Fachfrauen Gesundheit den Einbezug schätzen und als Entlastung empfinden. Jedoch konnten die Autorinnen erkennen, dass der Begriff „Pflege“ hauptsächlich für die Körperpflege gebraucht wurde. Andere Tätigkeiten, die auch als Pflegeinterventionen angesehen werden können, wie beispielsweise die Haare machen, wurden nicht als solche benannt. Daher ist zu empfehlen, die Implementierung eines Konzepts bezüglich des Pflegeverständnisses in Alters- und Pflegeheimen umzusetzen. Ein weiterer wichtiger Aspekt stellt die Empfehlung, sich genügend Zeit für die Angehörigen und deren Betroffenen zu nehmen, dar. Dadurch kann eine Vertrauensbeziehung zwischen allen beteiligten Akteuren aufgebaut und das Wohlbefinden aller gestärkt werden. Pflegerische Interventionen wie die Körperpflege können zur Beziehungsaufrechterhaltung dienen. Nichtsdestotrotz empfehlen die Interviewpartnerinnen, mehrheitlich diejenigen Aktivitäten mit den Bewohnern zu realisieren, die sich unabhängig von der Körperpflege ergeben. Anhand der Ergebnisse wird ersichtlich, dass Angehörige ihre pflegebedürftige Person in den Alters- und Pflegeheimen im Oberwallis und im Berner Oberland regelmässig besuchen. Während dem gesamten Aufenthalt der Bewohnerinnen und Bewohner ist die Angehörigenintegration zentral und kann durch hausinterne Leitlinien standardisiert werden. Als Grundlage hierfür kann beispielsweise das Modell der familien- und umweltbezogenen Pflege nach Friedemann und Köhlen (2010) dienen.

Die Institution im Kanton Bern ist dem Oberwallis mit der Implementierung des Angehörigen-supports schon einen Schritt voraus. Der Angehörigensupport wird sowohl von den Fachfrauen Gesundheit als auch von den Angehörigen enorm geschätzt. Dieser wird als wichtige Ressource für eine positive Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den Pflegenden angesehen. Die Implementierung des Angehörigen-supports soll auch in Oberwalliser Alters- und Pflegeheimen angestrebt werden.

6.2 Empfehlungen für die Pflegeausbildung

Die Ausbildung des Pflegepersonals ist essentiell, um eine qualitativ hochwertige Pflege zu gewährleisten. Dies verdeutlicht die Wichtigkeit von in den Lehrplan der Pflegeausbildung zu integrierenden Themen, die den Umgang mit Angehörigen betreffen.

Es ist aber auch grundlegend, dass den auszubildenden Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit bewusst gemacht wird, dass jede Situation individuell zu betrachten ist. Hierzu zählen unter anderem die Entwicklung von Sozialkompetenzen wie Empathie, Vertrauenswürdigkeit, Beobachtungsgabe, kommunikative Fähigkeiten sowie ein gutes Mass an Selbstsicherheit.

Die verschiedenen Pflegeausbildungen und der damit verbundene Ausbildungsgrad widerspiegeln die unterschiedlichen Ansichten auf den Einbezug Angehöriger. Der Fokus der drei Pflegeausbildungen ist unterschiedlich ausgerichtet. Die Ausbildungen einer diplomierten Pflegefachperson und einer Fachperson Gesundheit sind breiter ausgelegt und mit umfassenden Kompetenzen verbunden. Hingegen sind Pflegehilfen SRK aufgrund der Dauer der Ausbildung gezwungen, sich hauptsächlich auf pflegerische Handlungen zu fokussieren.

In der Ausbildung zur Fachfrau, zum Fachmann Gesundheit sollte die Integration von Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen verschärft unterrichtet werden. Daher ist zu empfehlen, das Modell der familienzentrierten Pflege von Friedemann und Köhler vorzustellen. In ihrem Modell werden die Aufgaben der Mitglieder einer Familie sowie die Wichtigkeit der Gesundheit der gesamten Familie definiert. Die Funktionalität einer Familie hängt von der Gesundheit eines jeden Mitglieds ab. Friedemann und Köhler weisen mit diesem Modell auf die Wichtigkeit der Angehörigen hin. Evidenzbasierte Pflegemodelle können zu einer Beeinflussung der Haltung von zukünftigen Pflegenden führen.

Gleichzeitig dazu sollte die Problematik bei der Integration von Angehörigen, deren Umgang sowie die Durchführung der verschiedenen Pflegeverrichtungen thematisiert werden. Falls sich Fachpersonen Gesundheit im Alters- und Pflegeheim mit Angehörigen überfordert fühlen, empfiehlt es sich, Supervisionen mit externen Personen anzubieten. Fachpersonen Gesundheit erhalten Empfehlungen für aktuell aufgetretene Schwierigkeiten und Herausforderungen im pflegerischen Alltag.

Des Weiteren ist die Kommunikation ein zentrales Thema der vorliegenden Arbeit und nimmt hier einen besonderen Stellenwert ein. Nützlich wären die Optimierung und das Üben der professionellen Kommunikation mit den Angehörigen. Besonders in schwierigen Situationen ist die Kommunikation mit Angehörigen sehr individualisiert. Daher ist zu empfehlen, diese mittels Kommunikationsmodellen optimal zu reflektieren. Weitere Inhalte könnten auch Regeln zum Geben und Empfangen von Feedbacks sein.

Die Simulationmethode stellt ein geeignetes Setting für die praxisnahe Erfahrung dar. Durch die variierenden praxisorientierten Angehörigenintegrationsübungen stellen sich den Auszubildenden verschiedene Herausforderungen wie unbekannte Situationen korrekt abzuwägen und dementsprechend zu intervenieren. Fehler sind in dieser Unterrichtsmethode erwünscht und dienen dem Erkennen von Fördermassnahmen. Die Studierenden können so durch eigene Erfahrungen eine selbstsichere und kompetente Haltung erlangen. Durch diese Methode kann die Pflege- sowie die professionelle Kommunikationsqualität gesteigert werden und eine Einschliessung der Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen ermöglichen.

Ebenso sollte während der Pflegeausbildung das Fachgebiet der Palliative Care allgemein sowie im Setting der Alters- und Pflegeheime intensiv behandelt werden. Hierzu zählen unter

anderem die Gesprächsführung und Kenntnisse bezüglich verschiedener Trauerphasen. Ebenfalls empfiehlt sich, ein Besuch des Altersheims Pro Senectute im Kanton Bern im Ausbildungsplan zu integrieren. Während eines Besuchs der Institution wird der Angehörigensupport vorgestellt und auf die Wichtigkeit der Angehörigenintegration aufmerksam gemacht. Dieses Unterstützungsangebot sollte in allen Pflegeausbildungen implementiert werden, um ein besseres Verständnis für die Angehörigenarbeit zu erhalten.

6.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung

Das Erleben der Angehörigenintegration in Alters- und Pflegeheimen aus der Perspektive der Fachpersonen Gesundheit konnte in keiner deutschsprachigen Literatur gefunden werden. Des Weiteren konnte ebenfalls keine Literatur aus den Räumen des Oberwallis sowie des Berner Oberlands gefunden werden. Daraus lässt sich schliessen, dass ein Forschungsbedarf bezüglich dieser Thematik besteht. Im Allgemeinen kann empfohlen werden, dass für die gleiche Untersuchung, eine grössere Stichprobe verwendet werden könnte, da die vorliegende Arbeit zeitliche und ressourcenbedingte Einschränkungen aufweist.

Die Interviews wurden jeweils zu einem bestimmten Zeitpunkt geführt. Sie zeigen deshalb lediglich eine Momentaufnahme. Eine weitere Forschungsmöglichkeit wäre also eine Verlaufsforschung im Sinne einer Längsschnittstudie. Das Erleben der Angehörigenintegration von Fachpersonen Gesundheit könnte vom Heimeintritt bis zur Sterbephase hin untersucht und somit Veränderungen des Erlebens erforscht werden. In diesem Sinne könnte eine Forschungsfrage sein: Wie verändert sich das Erleben von Fachpersonen Gesundheit zum Einbezug Angehöriger im Alters- und Pflegeheim im Verlauf des Heimaufenthalts?

Wenn die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit ebenfalls an Fachmänner Gesundheit gerichtet wird, müsste daraus ein Gendervergleich resultieren. In einem weiteren Schritt könnten die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit denjenigen einer Forschungsarbeit mit Fachmännern Gesundheit in Alters- und Pflegeheimen im Oberwallis verglichen und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede hin untersucht werden. Mögliche Forschungsfragen lauten wie folgt: Welche genderspezifischen Gemeinsamkeiten und Unterschiede bezüglich des Erlebens der Integration von Angehörigen in Alters- und Pflegeheimen im Oberwallis gibt es zwischen Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit? Welche Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen, Vorstellungen etc. hinsichtlich dieses Einbezugs sind bei Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit identisch, welche weisen genderspezifische Unterschiede auf?

Ebenfalls könnte die Untersuchung in einer Schweizer Grossstadt durchgeführt werden, um festzustellen, ob sich ortsbedingte Unterschiede in den Ergebnissen zeigen würden. Dazu

nachfolgend eine mögliche Forschungsfrage: Wie unterscheidet sich das Erleben von Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit zur Angehörigenintegration in Alters- und Pflegeheimen in Dörfern zu denen in Städten?

Ferner wäre ein interessanter Aspekt, Bewohnerinnen und Bewohner nach ihrem Erleben der Angehörigenintegration in Alters- und Pflegeheimen zu fragen, wobei der Bedarf überprüft werden könnte. Die Forschungsfrage dazu könnte lauten: Wie erleben Bewohnerinnen und Bewohner die Angehörigenintegration in Alters- und Pflegeheimen im Oberwallis und im Berner Oberland?

Wohingegen Fachpersonen Gesundheit gerade in den Alters- und Pflegeheimen oft die Position der diplomierten Pflegefachpersonen übernehmen, sollte sich die Pflegeforschung mit der Ausbildung, den Kompetenzen und der Haltung der Fachpersonen Gesundheit differenziert auseinandersetzen. Während dem Führen der Interviews kristallisierte sich heraus, dass ein unterschiedliches Pflegeverständnis seitens der Fachfrauen Gesundheit besteht. In einer nächsten Studie dieser Thematik könnte das Pflegeverständnis erforscht werden. Die Forschungsfrage könnte lauten: Wie erleben Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim in die Pflege? Was verstehen Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit unter dem Begriff Pflege? Interessant wäre zudem eine Befragung zum Pflegeverständnis, wie es Angehörige im Vergleich zu Fachpersonen Gesundheit sehen. Durch eine klare Kompetenzverteilung in den Alters- und Pflegeheimen könnten Wissensdefizite verringert werden.

6.4 Empfehlungen für Angehörige

Im Rahmen des Interviewleitfadens wurde abschliessend die Frage formuliert, welche Empfehlungen Fachfrauen Gesundheit den Angehörigen von Bewohnern im Alters- und Pflegeheim abgeben würden.

Angehörigen soll bewusst sein, dass sie immer willkommen sind und dass sie sich jederzeit bei den Fachfrauen Gesundheit melden können. Dabei wurde auffällig oft die offene und transparente Kommunikation angesprochen. Die befragten Fachfrauen Gesundheit erwähnen die Wichtigkeit des regelmässigen Austauschs, wobei Angehörige auf die Pflegenden zugehen und ihre Fragen und Anliegen kommunizieren sollen. Des Weiteren empfiehlt es sich als Angehöriger, den Fachfrauen Gesundheit Rückmeldungen bezüglich ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu geben, aber auch die Gewohnheiten des Bewohners mitzuteilen. Im Allgemeinen sollen sich Angehörige im Heimaltag integrieren, ihre Ideen und Anregungen anbringen und

klar sagen, was sie erwarten. Zudem sollten Angehörige ihre eigenen Grenzen kennen und diese gegenüber den Pflegenden äussern. Die Interviewpartnerinnen aus dem Kanton Bern empfehlen Angehörigen, den Angehörigensupport in Anspruch zu nehmen.

Fachfrauen Gesundheit betonen in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen das gegenseitige Ernstnehmen. Dazu wurde erwähnt, dass die Angehörigen Verständnis und Geduld gegenüber den Pflegenden aufbringen sollen.

Die befragten Fachfrauen Gesundheit empfinden es als wünschenswert, dass die Angehörigen auf den Bewohner eingehen und ihn in diesem Lebensabschnitt im Alters- und Pflegeheim weiterhin begleiten. Damit die Umsorgung des Bewohners im Sinne eines Miteinanders gewährleistet wird, äussern die Interviewpartnerinnen, dass man miteinander einen Weg finden soll. Die Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Fachfrauen Gesundheit sollte geprägt sein von einem Geben und Nehmen.

7 Literaturverzeichnis

Altmann, S. (2014). *Der letzte Umzug: Der Weg ins Altersheim für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen*. Hamburg: disserta.

AVALEMS. (o.D., a). Zugriff am 24. April 2019 unter <https://www.avalems.ch/>

AVALEMS. (o.D., b). Angebotsarten. Zugriff am 24. April 2019 unter <https://www.avalems.ch/vereinigung-alters/angebotsarten-177.html>

AVALEMS. (2017). Jahresbericht 2017. Zugriff am 24. April 2019 unter https://www.vwap.ch/data/documents/Rapports_Annuels/20170424_RapportAnnuel_2017_DE.pdf.

Bauernschmidt, D., Dorschner, S. (2018). *Angehörige oder Zugehörige? – Versuch einer Begriffsanalyse*. In: Pflege 31, 6, 301-309.

Bittel-Passeraub, D. (2014). *Empfehlung Angehörigenbetreuung in der Palliative Care*. Zugriff am 22. Januar 2019 unter http://www.palliative-vs.ch/docs/formation/de/Empfehlung_zur_Angehörigenbetreuung_in_der_Palliative_Care.pdf

Bundesamt für Gesundheit [BAG] & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]. (2010). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit [BAG] & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK]. (2012). *Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit [BAG], Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK] & palliative.ch. (2015). *Allgemeine Palliative Care. Empfehlungen und Instrumente für die Umsetzung*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2017a). *Entlastungsangebote für pflegende Angehörige 2017-2020*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2017b). *Kennzahlen der Schweizer Pflegeheime 2017*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2018). *Förderungsprogramm „Entlastungsangebot für betreuende Angehörige 2017-2020“ - Hintergrundinformationen zum Begriff „betreuende Angehörige“*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2019). *Aktionsplan pflegende Angehörige*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2008). *Indikatoren der sozialmedizinischen Institutionen 2006: Resultate und Analysen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017). *Lebenserwartung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2018a). *Alters- und Pflegeheime*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2018b). *Die Bevölkerung der Schweiz 2017*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2019). *Personen in Alters- und Pflegeheimen 2017*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Brandenburg, H. & Dorschner, S. (2015). *Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege*. Bern: Hogrefe Verlag.

CURAVIVA. (o.D., a). Angehörige. Zugriff am 16. April 2019 unter <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Angehoeerige/PNIQn/>

CURAVIVA. (o.D. b). CURAVIVA Schweiz – Der Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf. Zugriff am 24. April 2019 unter <https://www.curaviva.ch/>

CURAVIVA. (o.D., c). Fachfrau/Fachmann Gesundheit FaGe EFZ. Zugriff am 02. Juli 2019 unter <https://www.curaviva-zh.ch/Berufsbildung/Berufliche-Grundbildung-Berufe-im-Heim/Fachfrau-Fachmann-Gesundheit-FaGe-EFZ/PdHER/>

CURARIVA BE. (o.D.). Zugriff am 14.06 unter https://www.curaviva-be.ch/files/MYSK11W/leitbild_curaviva_be.pdf

Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur. (2018). *Richtlinien des Departements für Gesundheit, Soziales und Kultur über die Betriebsbewilligung für Pflegeheime Dezember 2017*. Sion. Zugriff unter <https://www.vs.ch/documents/40893/2478945/1-Richtlinien%20und%20Nachtrag%20Pflegeheime%20-%20Betriebsbewilligung/7e0d6e7a-faf7-4287-9153-1924899a6cda?t=.now?long>

Diekelmann, N.L. (1992). *Learning-as-testing: A Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experience of students and teachers in nursing*. In: *Advances in Nursing Science*, 14, 3, 72-83.

Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Rowohlt: Reinbek/Hamburg.

Friedemann, M.L. & Köhlen, C. (2010). *Familien- und umweltbezogene Pflege*. (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.

Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K., & Kane, R. (2007). *Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis*. *BMC Geriatrics*, 7(1), 13. Doi: 10.1186/1471-2318-7-13

George, W. & George, U. (2018). *Angehörigenintegration in der Sterbebegleitung*. Zugriff unter <https://www.researchgate.net/publication/324057294>

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern. (2017). *Kennzahlen SOMED Sozialmedizinische Institutionen Typ A Kanton Bern 2017*. Bern: Generalsekretariat.

Handel, E. (2003). *Das Beziehungsgeflecht Patientin/Patient, Angehörige und Betreuungsteam: Eine systemische Betrachtungsweise*. Zürich: Universitätsspital, Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege (ZEFP).

Ingold - Schuler, C. (2007). Memorandum. (Fachhochschule Westschweiz, Ed.).

- Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. (2. Aufl.). Wien: Facultas.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium* (4., vollständig überarbeitete Auflage). Wien: Facultas.
- Mayer, H. (2018). *Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen*. (7. Aufl.). Wien: Facultas.
- OdASanté. (2016). Bildungsplan Fachfrau / Fachmann Gesundheit EFZ. Zugriff am 1. Mai 2019 unter <https://www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/show/86914>
- Organisation der Arbeitswelt Gesundheit Zürich [OdA G ZH]. (2019). Überbetriebliche Kurse. Zugriff am 1. Mai 2019 unter https://www.oda-g-zh.ch/de-ch/berufliche_grundbildung/fachfraufachmann_gesundheit_efz/ueberbetriebliche_kurse.html
- Schäfer, M., Scherrer, A. & Burla, L. (2013). Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit (Obsan Dossier 24). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK]. (o.D.). Definition der Pflege. Zugriff am 06. Mai 2019 unter <https://www.sbk.ch/pflegethemen>
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK-ASI]. (2011). *Professionelle Pflege Schweiz Perspektive 2020*. Positionspapier SBK.
- Schweizerische Dienstleistungszentrum Berufsbildung/Berufs-, Studien- und Laufbahnberatung [SDBB]. (2019). Fachmann/-frau Gesundheit EFZ. Zugriff am 1. Mai 2019 unter <https://www.berufsberatung.ch/dyn/show/1900?id=3270>
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige: Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz - ein Bericht des Bundesrates*. Bern.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren*. OBSAN Bulletin 4. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2016). *Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2013- 2035*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Zugriff unter https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behoerden/langzeit_spitex/pflegeversorgung_mk_2016/obsan_bericht_internet.pdf.spooller.download.1459841392390.pdf/obsan_bericht_internet.pdf
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (o.D.) *Historischer Rückblick Kurs Pflegehelfer/in SRK*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (2017). *Pflegehelfer/-in SRK: Kompetenzen und Fähigkeiten*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Seeger, C. (2014). *Leitlinien von Palliative Care*. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation [SBFI]. (2016). Verordnung des SBFI über die berufliche Grundbildung: Fachfrau Gesundheit/Fachmann Gesundheit mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis (EFZ). Zugriff am 1. Mai 2019 unter <https://www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/download/7168https://www.becc.admin.ch/becc/public/bvz/beruf/show/86914>
- Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Hogrefe.
- Stettler, P., Bischof, S. & Bannwart, L. (2018). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Ugolini, B. (2014). *CURAVIVA: Umgang mit Angehörigen*. Bern.
- Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) und Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW) des Kantons Wallis. *Das Walliser Gesundheitssystem, Statistisches Jahrbuch 2015*. November 2015

Williams, S.W., Zimmerman, S. & Williams, C.S. (2012). *Family caregiver involvement for long-term care residents at the end of life*. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 67 (5), 595–604, doi:10.1093/geronb/gbs065

Zimmermann, M., Felder, S., Steckelisen, U. & Tag, B. (2019). *Das Lebensende in der Schweiz*. Basel: Schwabe Verlag.

Anhang

Anhang A: Informierte Zustimmung

Anhang B: Soziodemographischer Bogen

Anhang C: Interviewleitfaden

Anhang D: Transkriptionsregeln

Anhang E: Arbeits- und Zeitplan

Anhang F: Selbstständigkeitserklärung

Anhang A: Informierte Zustimmung

Informierte Zustimmung

Titel des Forschungsprojektes:

„Einbezug von Angehörigen in die Pflege im Alters- und Pflegeheim aus der Sicht von Pflegepersonen“

Leitung des Forschungsprojektes: Prof. Dr. phil. Stephan Dorschner

Interviewerin:

Ziel des Forschungsprojektes:

Mit dieser Studie versuchen wir das Phänomen des Einbezugs Angehöriger in die Pflege im Alters- und Pflegeheim aus der Sicht von Pflegepersonen zu verstehen.

Sollten Sie sich zur Teilnahme am Forschungsprojekt entschliessen, werden wir mit Ihnen ein Interview durchführen. Ort, Zeit und Dauer des Interviews werden von Ihnen bestimmt und Sie haben jederzeit die Möglichkeit, das Interview abubrechen. Das Interview wird aufgezeichnet und dann ohne Namensnennung verschriftlicht.

Die im Rahmen des Forschungsprojektes geführten Interviews werden anschliessend nach einer einheitlichen Analyseverfahren untersucht. Im Ergebnisbericht dieses Forschungsprojektes werden unter Umständen zur Verdeutlichung einige Ihrer Gesprächsaussagen zitiert, aber stets ohne Namen oder sonstige Identifizierungsmerkmale. Das Band bzw. die Datei mit der Gesprächsaufnahme wird sorgfältig aufbewahrt und vor dem Zugriff unbefugter Dritter geschützt. Nach Beendigung der Forschungsarbeit wird das Band bzw. die Datei gelöscht.

Die Auswertung der Interviews ermöglicht uns eine Bestandsaufnahme zum Thema Miteinbezug von Angehörigen in die Pflege in Alters- und Pflegeheimen. Das neu erlangte Wissen und Verständnis kann als Grundlage weiterer Forschungsarbeiten dienen und kann in die Praxis implementiert werden. Wir können von Ihren Erfahrungen und Meinungen profitieren.

Ihre Teilnahme an dieser Studie ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Zustimmung an der Untersuchung zu widerrufen. Ihre Teilnahme oder Nichtteilnahme hat keine Nachteile für Sie.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift der Interviewerin

Hiermit bestätige ich, dass ich informiert an der oben genannten Forschungsstudie als Interviewpartner teilnehme. Die Studie wurde mir erklärt und ich habe den Inhalt verstanden. Ich hatte auch die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit meine Teilnahme widerrufen kann und dass meine Anonymität gewährleistet wird.

Durch das Interview entstehen keine Kosten für mich.

Bei weiteren Fragen kann ich mich direkt an Prof. Dr. phil. Stephan Dorschner

unter der Adresse: HES-SO Valais-Wallis, Pflanzettastrasse 6, 3930 Visp

oder folgender Telefonnummer 027 604 28 01

oder per Mail: ***stephan.dorschner@hevs.ch*** wenden.

Ein Exemplar dieser Zustimmungserklärung habe ich erhalten.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Teilnehmers

Anhang B: Soziodemographischer Bogen

„Einbezug von Angehörigen in die Pflege im Alters- und Pflegeheim aus der Sicht von Pflegepersonen“

Kodierung:

Interviewerin:

Datum:

Uhrzeit (von-bis):

Ort:

Persönliche Daten zur Pflegefachperson

1. Wie alt sind Sie?

.....

2. Geschlecht

☐ männlich

☐ weiblich

3. Wann machten sie ihren Abschluss zur Pflegeperson?

.....

4. Was haben sie für einen Diplomabschluss?

☐ DN I

☐ FaGe

☐ DN II

☐ AKP

☐ HF

☐ SRK

☐ FH

6. Seit wann arbeiten sie auf dieser Abteilung?

.....

6. Berufserfahrung? (Anzahl Jahre)

.....

Anhang C: Interviewleitfaden

Pflegepersonal

- 1) Erzählen Sie uns, warum Sie sich für eine berufliche Tätigkeit in der Pflege entschieden haben! Welches waren Ihre Motive?
 - 2) Beschreiben Sie ihren beruflichen Werdegang! Wie sind Sie in dieses Alters- und Pflegeheim gekommen?
-
- 3) Wie erleben Sie die **Zusammenarbeit** mit Angehörigen?
 - 4) Was ist Ihnen bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen besonders wichtig?
 - 5) Was haben Sie besonders positiv, was haben Sie als besonders negativ erlebt?
 - 6) Wann haben Sie besonders intensiven Kontakt zu Angehörigen?
(mögliche Aspekte für Nachfragen: ...beim Heimeintritt? ...mit «schwierigen» Angehörigen? ... mit dementen/Parkinson/psychisch erkrankten Bewohnern? ...mit Angehörigen in palliativen Situationen?)
-
- 7) Wie werden Angehörige in die **Pflege** einbezogen?
 - 8) In welchen Bereichen / Situationen können Sie sich einen Einbezug von Angehörigen in die Pflege vorstellen ?
 - 9) Können Sie sich an einen konkreten Fall erinnern, wo sie die Angehörigeneinbezug besonders intensiv erlebt haben?
 - 10) Welche «Erwartungen» haben Sie von Angehörigen? *Welche Aspekte sind für Sie persönlich besonders wichtig?*
-
- 11) Was würden Sie Angehörigen von Bewohnern empfehlen?
 - 12) Gibt es sonst irgendetwas, was Sie uns noch sagen möchten?

Anhang D: Transkriptionsregeln

...	kurze Pause, bis etwa drei Sekunden
...((8))...	längere Pause, die Zahl in den Klammern gibt die etwaige Dauer an
<u>immer</u>	starke Betonung eines Wortes
<u>s c h ö n</u>	gedehntes Sprechen
aufge/ aufgefallen	Wortabbruch (ebenso beim Satzabbruch)
mhm	Zustimmung, aufmerksames Zuhören, Bestätigung und Anteilnahme
äh	Pausenfüller
[lacht]	Situationsbeschreibung in Klammern
(...)	unverständliche Äußerung

Anhang E: Arbeits- und Zeitplan

03.12.2018	Einführung Modul: Theoretischer Input
17.12.2018	Theoretischer Input: Methoden; Ablauf Exposé-Vorstellung
28 - 29.01.2019	Vorstellung der Exposés
08.03.2019	Treffen in der Projektgruppen Neuausrichtung des Projektes Festlegung des Interviewleitfadens
Woche 10 - 11	Literatursuche / Literaturanalyse Überarbeitung der Dokumente (Informed Consent) Rekrutierung der Interviewpartner
Woche 11-15	Datenerhebung: Durchführung der Interviews / Transkription (laufend)
Woche 16 (15.04.2019)	Treffen in der Projektgruppe Input: Datenanalyse + Datenanalyse der Interviews Parallel: Arbeit an Problembeschreibung / Theoretischem Rahmen / Methodik
Woche 17	Zusätzliche Interviews zur Datensättigung
Woche 18	Abschluss der Einzelanalysen
Woche 21 23./24.05.2019	Theoretischer Input: Verteidigung Treffen in der Projektgruppe Gesamtanalyse einer Perspektive im Forschungsteam (Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerung)
23./24.05.2019	Treffen in der Projektgruppe Gesamtanalyse einer Perspektive im Forschungsteam (Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerung)
18. - 25. Mai	Erstellen der Gesamtanalyse
13./14.06.2019	Treffen in der Projektgruppe Diskussion Erstentwurf Bachelorthesen
Woche 23 - 24	Überarbeitung des Erstentwurfes

25. Juni 2019	telefonisches Feedback der Überarbeitung
28.06.2019	Ende der Begleitung
Juni 2019	Korrekturlesen und Überarbeitung
Woche 26	Endkorrektur und Druck
10.07.2019	Abgabe Bachelorthesis bis 10:00
Wochen 27 - 34	Vorbereitung der Verteidigung
27. August 2019	Verteidigung der Bachelorthesis

Anhang F

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne andere als die angegebene fremde Hilfe verfasst habe. Es wurden ausschliesslich Quellen und Hilfsmittel verwendet, auf die in der Arbeit verwiesen wird. Zitate, Abbildungen und Grafiken, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet.

Weiterhin erkläre ich, dass weder ich noch Dritte die vorliegende Arbeit an anderen Hochschulen eingereicht haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift