

Wie erleben diplomierte Pflegefachpersonen den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim?

Eine phänomenologische Studie im Oberwallis und im Berner Oberland

Name:	Fux Kira Maria
Adresse:	Wehrstrasse 29, 3900 Gamsen
E-Mail:	kira.fux@students.hevs.ch
Name:	Lagger Sophie Noelle
Adresse:	Bürchnerstrasse 11, 3930 Visp
E-Mail:	sophie.lagger@students.hevs.ch
Kurs:	Bachelor 16
Name und Titel der Begleitperson:	Prof. Dr. phil. Dorschner Stephan
Ort und Datum der Abgabe:	Visp, 10. Juli 2019

Danksagung

“Leider lässt sich eine wahrhafte Dankbarkeit mit Worten nicht ausdrücken.”

(Johann Wolfgang von Goethe, 1749 - 1832)

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

Ein ganz besonderer Dank geht an Herr Prof. Dr. phil. Dorschner Stephan für die fachkompetente Leitung des Forschungsprojekts. Die regelmässigen Treffen mit der gesamten Forschungsgruppe förderten kritisches Denken und trugen zur Entwicklung des Projekts bei. Die wertvollen Gesprächsrunden ermutigten zur Weiterarbeit und zur Erreichung der Ziele. Dies gilt ebenfalls für Herr Carlen Fernando, der uns beim Schreiben der Bachelorarbeit als Ansprechperson tatkräftig zur Seite stand. Für die äusserst professionelle, persönliche und wohlwollende Betreuung sind die Autorinnen dankbar.

Im Weiteren gilt es, den teilnehmenden Studentinnen des Projekts für die gegenseitige Unterstützung einen Dank auszusprechen. Durch die diversen Blickwinkel und die anregenden Fachgespräche untereinander konnte diese Arbeit verwirklicht werden.

Auch verdanken wir den Interviewpartnern ihre Einwilligung und Bereitschaft zur Teilnahme am Forschungsprojekt. Durch deren Beitrag konnte die vorliegende Bachelorarbeit erst realisiert werden. Nicht zuletzt bedanken wir uns recht herzlich bei den Pflegedienstleitungen der Alters- und Pflegeheime für ihr Engagement in der Vermittlung der Interviewpartner. Abschliessend gebührt ein ganz besonderer Dank unseren Familien und Freunden für ihre Unterstützung, Ermutigung und motivierenden Worte. Herzlichen Dank!

Zusammenfassung

Problembeschreibung: Durch die erhöhte Lebenserwartung und der daraus resultierenden erhöhten Anzahl an multimorbiden Menschen in der Schweiz steigt die Pflegebedürftigkeit der betagten Personen stetig an. Dadurch nimmt die Bedeutung von Angehörigen immer mehr zu. Angehörige übernehmen wichtige Aufgaben in der Pflege und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen. Beim Eintritt in ein Altersheim ändert sich nicht nur das Leben der Betroffenen, sondern auch das ihrer Angehörigen im Sinne einer Neuorientierung. Dies kann zu Konflikten und Missverständnissen mit dem Pflegepersonal führen. Obwohl Literatur aus der Perspektive der Angehörigen besteht, fehlt die Sichtweise von den verschiedenen Pflegeberufen auf den Einbezug Angehöriger im Alters- und Pflegeheim.

Fragestellung: Wie erleben diplomierte Pflegefachpersonen den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim?

Ziel: Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sollen dazu beitragen, mehr über das Erleben des Angehörigeneinbezugs aus Sicht der Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen zu erfahren. Dabei steht die Perspektive der diplomierten Pflegefachperson im Mittelpunkt.

Methode: Als Forschungsdesign wurde der qualitative phänomenologische Forschungsansatz gewählt. Das Forschungsprojekt konnte in vier ausgewählten Alters- und Pflegeheimen durchgeführt werden. Dabei konnte die zu untersuchende Perspektive sieben Interviews, mittels problemzentrierten und halbstandardisierten Ansatzes, generieren. Die Datenanalyse wurde mit Hilfe der modifizierten Form von Dorschner Stephan nach Dieckelmann durchgeführt.

Ergebnisse: Der Einbezug Angehöriger wurde in verschiedenen Phasen unterschiedlich betrachtet. In der Heimeintrittsphase, welche durch den Loslösungsprozess in die Heimalltagsphase mündet, wird der Kontakt als intensiv beschrieben. Dieser nimmt in der Alltagsphase ab und baut sich in der Endphase wieder auf. Zudem nimmt die Grundhaltung der Pflegefachpersonen eine zentrale Rolle ein. Das Zitat: „*Ein Prozess der einen zusammenschweisst.*“ bildet das konstitutive Muster.

Schlussfolgerungen: Die Zusammenarbeit zwischen diplomierten Pflegefachpersonen und Angehörigen wird mehrheitlich positiv angesehen. Das Mitteilen von Bedürfnissen und Wünschen wird Angehörigen empfohlen. Die Förderung der Weiterbildung im Rahmen des Angehörigensupports wird als wichtig erachtet.

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	
Zusammenfassung	
1. Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung	1
1.2 Fragestellung	5
1.3 Zielsetzung	5
2. Theoretischer Bezugsrahmen	5
2.1 Alters- und Pflegeheim	5
2.2 Angehörige	7
2.3 Pflegepersonen	9
2.3.1 Diplomierte Pflegefachpersonen	9
2.3.2 Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ	11
2.3.3 Pflegehelferin und Pflegehelfer SRK	11
2.4 Palliative Care	12
3. Methodenbeschreibung	13
3.1 Forschungsdesign	13
3.2 Stichprobenbildung	14
3.3 Datensammlung	14
3.4 Datenanalyse	15
3.5 Ethische Aspekte	16
3.6 Gütekriterien	16
3.6.1 Glaubwürdigkeit	16
3.6.2 Folgerichtigkeit	17
3.6.3 Angemessenheit	17
4. Forschungsergebnisse	18
4.1 Interviewpartner	18
4.2 Graphische Darstellung der Ergebnisse	19
4.3 Themenbeschreibung	21

4.3.1 Heimeintritt	21
4.3.2 Heimalltag.....	23
4.3.3 Endphase	24
4.3.4 Grundhaltung	26
4.3.5 Konstitutives Muster.....	27
5. Diskussion	28
5.1 Diskussion der Forschungsergebnisse	28
5.2 Kritische Würdigung.....	31
6. Schlussfolgerungen	33
6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis	33
6.2 Empfehlungen für die Pflegeausbildung.....	34
6.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung	34
6.4 Empfehlungen an Angehörige	35
7. Literaturverzeichnis	36
Anhang.....	41
Anhang A: Informierte Zustimmung	A
Anhang B: Soziodemographischer Bogen	B
Anhang C: Interviewleitfaden.....	C
Anhang D: Transkriptionsregeln	D
Anhang E: Arbeits- und Zeitplan.....	E
Anhang F Selbstständigkeitserklärung	F

1. Einleitung

An der HES-SO Wallis in Visp wurde in den letzten Jahren ein Forschungsschwerpunkt zum Thema "pflegende Angehörige" entwickelt und implementiert. Seit 2009 waren Studierende an Forschungsprojekten beteiligt. Im Mittelpunkt standen in den bisherigen Forschungsprojekten Pflegesettings im spitalexternen Bereich. An der aktuellen Forschungsarbeit beteiligten sich sechs Studierende des Kurs Bachelor 16.

1.1 Problembeschreibung

In den kommenden Jahren wird die Schweizer Bevölkerung unabhängig von der Immigration 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). Zudem steht die Anzahl der Personen mit einem tertiären Abschluss in Verbindung mit der erhöhten Lebenserwartung (BFS, 2017). Grund dafür ist ein erhöhtes Einkommen, wodurch bessere Lebensumstände finanziert werden können und mehr in die Gesundheit investiert wird. 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 bezeichnet. Zudem werden die geburtenreichen Babyboomer-Jahrgänge immer älter, wodurch die Anzahl der über 65-Jährigen weiter ansteigen wird (BFS, 2018a).

Bei zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit der Multimorbidität an. Multimorbidität wird als "das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Krankheiten" definiert (Moreau-Gruet, 2013, S. 1). Laut der World Health Organisation (WHO) 2013 zitiert in Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan) (2013) zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane wie COPD, Arthrose, Depression und Diabetes zu den häufigsten chronischen Krankheiten. In der Schweiz können ca. 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 die 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 Hospitalisation und eine erhöhte Anzahl an Medikamenten stehen in Zusammenhang mit der Multimorbidität. Die Akteure des Gesundheitswesens sehen sich immer mehr mit komplexen Krankheitsbildern konfrontiert (Moreau-Gruet, 2013).

Aus der erhöhten Lebenserwartung und dem demographischen Wandel kann hergeleitet werden, dass der Pflegebedarf der schweizerischen Gesellschaft in Zukunft zunehmen wird (Widmer, Kohler, & Ruch, 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 (BAG) (2017) übernehmen Angehörige vor allem die psychische und soziale Unterstützung der erkrankten Betroffenen. Ebenso bieten Angehörige Hilfe im Haushalt, bei Transporten sowie organisatorischen und administrativen Tätigkeiten. Bei länger andauernder Pflegebedürftigkeit leisten Angehörige auch Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege der Betroffenen. Der Bund erkannte die enorme Wichtigkeit der Angehörigen, weswegen ein Förderprogramm vom Bundesamt für Gesundheit (2017) unter dem Namen "Entlastungsangebote für betreuende Angehörige" von 2017 bis 2020 ins Leben gerufen wurde. Der Aktionsplan des Bundes fordert die Umsetzung der Massnahmen zur Unterstützung von Angehörigen 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 Bewohner so weit fortgeschritten ist, dass die Pflege Zuhause nicht mehr durchgeführt werden kann.

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 4'881 Kurzzeitplätze. Insgesamt wurden 24'574 Personen in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern beherbergt (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern, 2017). Für Langzeitaufenthalte in den Oberwalliser Alters- und Pflegeheimen zeigt sich im Jahr 2013 eine Anzahl von 2'876 Plätzen. Diese Zahl steigt stetig an. Im Vergleich wurden im Jahr 2000 2'148 Betten in Alters- und Pflegeheimen im Wallis angeboten. Die Zahl der angebotenen Betten sank im Vergleich zum Bevölkerungswachstum. Das zeigt sich darin, dass verglichen zum Jahr 1999 pro 1'000 Einwohner anstelle von 253, im Jahr 2013 nur noch 190 Plätze angeboten

wurden (Walliser Gesundheitsobservatorium, 2015). Dies verdeutlicht die Problematik, dass die Anzahl der Langzeitplätze nicht proportional zum Bedarf an Alters- und Pflegeheimbetten steigt. Dies will heissen, dass mehr pflegebedürftige Menschen einen Platz brauchen, der nicht verfügbar ist.

40% der Schweizer Bevölkerung versterben in einem Alters- und Pflegeheim. Verglichen dazu finden 40% der Sterbefälle im Spital und 20% Zuhause oder an anderweitigen Orten statt (BAG & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren [GDK], 2012). Laut einer schweizweiten Umfrage im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit im Jahr 2017 wünschen sich 72% der Befragten Zuhause zu versterben (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" die Sterbeorte sowie Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und ihrer Angehörigen. Weiter erforschten die Autoren 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 Pflegeheimen. Diesbezüglich wurde in der Literatur beschrieben, ob sich das Ausmass des Einbezugs bei End-of-Life Situationen verändert. Williams, Zimmermann und Williams (2012) fanden heraus, dass mehr als die Hälfte pflegender Angehöriger eine organisatorische Funktion innerhalb der pflegerischen Betreuung übernommen und beispielsweise bei den Mahlzeiten unterstützt haben.

Angehörige gelten als wichtiger Bestandteil in der Betreuung und Pflege des Betroffenen. Diese kennen die Werte, Gewohnheiten und Bedürfnisse ihrer pflegebedürftigen Bewohner. Diese Kenntnisse stellen für Pflegende eine hilfreiche Ressource dar. Damit eine individualisierte Pflege gewährleistet werden kann, sind zusätzliche Informationen von Angehörigen unerlässlich. Dies betrifft vor allem Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten. Der Entstehung von Missverständnissen zwischen Pflegenden und Angehörigen liegen oftmals ungleiche 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 den Bedürfnissen und Wünschen von Angehörigen auseinander (BAG, 2017). 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 Kanton Bern wird dargestellt, dass diplomiertes Pflegefachpersonal nur knapp 23% der Pflegepersonen in einem Altersheim ausmacht. Die grösste Gruppe unter den Pflegenden stellen Pflegehilfen mit einem Kurs des Schweizerischen Roten Kreuz dar, gefolgt von Fachpersonen Gesundheit (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton 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. Die erste Kategorie beinhaltet das diplomierte Pflegefachpersonal. Dies sind Personen, die einen Fachhochschul- oder höheren Fachschulabschluss im Bereich der Pflege, ein Krankenschwester/Pflegefachfrau/Pflegefachmann Diplom Niveau 2 (DN2) oder Niveau 1 (DN1) besitzen. Des Weiteren kann diplomiertes Pflegepersonal ein Diplom in allgemeiner Krankenpflege (AKP) oder einen eidgenössischen Fachausweis zur Fachperson Langzeitpflege und Betreuung erworben haben. Weiter werden Personen mit einem psychiatrischen Krankenpflegediplom (PsyKP), einem Kinder-, Wochen- und Säuglingspflegediplom (KWS) und anerkannte Auslandsdiplome in diese Kategorie eingeteilt. Diese müssen 15 bis 20% in den Pflegeheimen ausmachen. Die zweite Kategorie schliesst Fachpersonen Gesundheit (FaGe), die Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger (Fähigkeitsausweis SRK), die Assistentinnen und Assistenten Gesundheit und Soziales sowie die Fachpersonen Betreuung ein. Diese müssen in Alters- und Pflegeheimen im Wallis 35 bis 40% der Vollzeitstellen ausmachen. Die dritte Kategorie, die mit maximal 45% die grösste Gruppe der Pflegenden in einem Alters- und Pflegeheim darstellt, beinhaltet alle anderen Berufskategorien, welche 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 Kanton Wallis bestätigt folglich die schweizweiten Zahlen, wobei die Pflegehilfe SRK die grösste Berufsgruppe in der Pflege im Alters- und Pflegeheim darstellt.

Als zweitgrösste Gruppe wird in Walliser sowie Berner Alters- und Pflegeheimen die Fachfrauen und Fachmänner Gesundheit genannt. Im schweizerischen Vergleich liegen diese knapp vor den diplomierten Pflegefachpersonen, wobei letztgenannte als die kleinste Gruppe der Pflegepersonen in Alters- und Pflegeheimen in Bern und im Wallis aufgeführt werden.

Die Sichtweisen der drei genannten Pflegeberufe wurden im Oberwallis und im Berner Oberland im Zusammenhang mit dem Angehörigeneinbezug in Alters- und Pflegeheimen in der wissenschaftlichen Literatur nicht beschrieben. Aus diesem Grund wird der Angehörigeneinbezug aus diesen drei Perspektiven erforscht. Der zentrale Aspekt der vorliegenden Arbeit liegt dabei auf der Perspektive von diplomierten Pflegefachpersonen.

1.2 Fragestellung

Wie erleben diplomierte Pflegefachpersonen 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 diplomierten Pflegefachpersonen zu erfahren. Die gewonnenen Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit sollen neues Wissen für die Praxis zur Verfügung stellen. Weiter werden Erkenntnisse perspektivenübergreifend betrachtet.

2. Theoretischer Bezugsrahmen

2.1 Alters- und Pflegeheim

“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, welche 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 aufgrund einer nötigen familiären Entlastung oder nach einem Spitalaufenthalt, wenn sich der betagte Mensch noch nicht selbst versorgen kann, in Betracht gezogen werden. 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 wurden im Jahr 2017 in ein Alters- und Pflegeheim aufgenommen (BFS, 2019). Zu den häufigsten Gründen für einen Heimeintritt gehören soziodemographische Faktoren wie das erhöhte Alter, das weibliche Geschlecht oder der Aspekt, dass Personen allein leben (Gaugler, Duval, Anderson, & Kane 2007). Hauptgründe für die Entlassung sind zu 76% das Versterben der Bewohner, zu 9% die Überweisung in eine andere Gesundheitsinstitution, zu 9% die Rückkehr ins eigene Zuhause und zu 3% die Verlegung an einen anderweitigen Ort.

Der Anteil Frauen im Alter von 75 bis 79 Jahren in Alters- und Pflegeheimen betrug 2017 fast 70%. Hier wird vermutet, dass vor allem ältere männliche Personen Zuhause von ihren Ehepartnerinnen unterstützt und gepflegt werden. Frauen verbringen mit 3.3 Jahren einen deutlich 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, welche 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 Rahmenbedingungen, Leitlinien und Arbeitsinstrumente, um die Arbeits- und Lebensqualität in Alters- und Pflegeheimen zu verbessern (CURAVIVA, o.D.b).

Die Berner Alters- und Pflegeheime werden von dem Verband CURAVIVA BE vertreten. Der Verband setzt sich auf kantonaler und nationaler Ebene für die Interessen der Mitglieder ein. Dieser Verband ist für 307 Pflegeheime und Organisationen zuständig (CURAVIVA BE, o.D.). Im Kanton Wallis besteht die AVALEMS, der Verband der Alters- und Pflegeheime. 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 ist die AVALEMS auf kantonaler und interkantonaler Ebene für die Arbeitskoordination zuständig und organisiert Aus- und Weiterbildungen für Fachkräfte. Des Weiteren bestimmt der Verein Rahmenbedingungen, Rechte, Pflichten und Aufgaben zwischen den Walliser Heimen und den Mitarbeitenden (AVALEMS, o.D.b). Der Verein umfasst 52 Heime mit 3'227 Betten und beschäftigt 4'658 Mitarbeitende (AVALEMS, 2017).

2.2 Angehörige

Die Begrifflichkeit Angehörige wird in der Literatur unterschiedlich definiert. Der Duden definiert Angehörige als „Dem engsten Familienkreis angehörender Verwandte.“ Das Bürgerliche Gesetzbuch (§1589 Abs. 2. Nr. 1. BGB) definiert Verwandtschaft wie folgt:

“Personen, deren eine von der anderen abstammt, sind in gerader Linie verwandt. Personen, die nicht in gerader Linie verwandt sind, aber von derselben dritten Person abstammen, sind in der Seitenlinie verwandt. Der Grad der Verwandtschaft bestimmt sich nach der Zahl der sie vermittelnden Geburten.”

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, zit. in Pflege, 2018. S.307) wurde vom Forschungsteam und dem damit verbundenen gemeinsamen Verständnis Angehöriger 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.” Friedemann und Köhlen (2010) reden derweil von Familienmitgliedern. Zwischen Familienmitgliedern bedingt es weder einer biologischen oder verwandtschaftlichen Verbindung, noch müssen sie in demselben Haushalt leben. Laut Friedemann und Köhlen muss, um als Familienmitglied zu gelten, eine emotionale Beziehung vorhanden sein, unwesentlich, ob diese positiv oder negativ erscheint. Friedemann und Köhlen bezeichnen die Familie als ein soziales System. Gibt es im Bereich des Familiensystems ein Ungleichgewicht beziehungsweise eine Veränderung, so wirkt sich dies auf das gesamte System aus. 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, welche 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 dem Thema, 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. Als Grund für eine Neuverteilung und Änderung der Rollen in einem Familiensystem kann der Heimeintritt genannt werden. Aus den Ängsten und Sorgen der Angehörigen entstehen Bedürfnisse, welche von externen Personen wahrgenommen werden sollen. Bei den Bedürfnissen der Angehörigen von pflegebedürftigen Menschen handelt 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 der Bewohnerin oder des Bewohners 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 sein. Darauf folgend kann der Heimeintritt zur Entlastung der Angehörigen führen. Diese Entlastung führt zu einer Rollenveränderung der pflegenden oder betreuenden Angehörigen. Angehörige führen vor dem Heimeintritt die Pflege und Betreuung der hilfsbedürftigen Person durch. Diese Aufgabe wird beim Übertritt in eine Institution von professionellen Pflegekräften übernommen. Nun nehmen Angehörige, die um emotionale und menschliche Aspekte bemüht sind, erneut die Rolle als Familienmitglied ein (Altmann, 2014).

Damit eine gute Pflegequalität und Betreuung gewährleistet werden kann, benötigt es eine stabile Beziehung zwischen Pflegebedürftigen, Angehörigen und professionellen 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. Aufgrund unterschiedlicher Lebenssituationen der Angehörigen stellen ebendiese verschiedene Erwartungen an Institutionen. Weiter wird betont, dass trotz der heute oftmals asymmetrischen Verhältnisse zwischen Pflegenden und Angehörigen eine partnerschaftliche Beziehung und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe angestrebt werden soll.

Dem Einbezug der Angehörigen im Alters- und Pflegeheim steht ein breites Spektrum von Möglichkeiten zur Verfügung. Das Bundesamt für Gesundheit (2018) beschreibt das Kognitionstraining und die Kommunikation der Angehörigen mit anderen Familienmitgliedern sowie das Motivieren und Trösten als eine Haupttätigkeit 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.

2.3 Pflegepersonen

Schweizer Alters- und Pflegeheime beschäftigen im Jahr 2017 rund 131'361 Personen. Davon machen Pflegepersonen und Angestellte der Alltagsgestaltung zwei Drittel aus. Bei 82% der Beschäftigten handelt es sich um Frauen. Dem gegenüberzustellen ist, dass lediglich 8'567 Männer in der Pflege und in der Alltagsgestaltung beschäftigt sind (BFS, 2018c).

In Anbetracht, dass sich das Pflegepersonal in Alters- und Pflegeheimen in drei Berufsgruppen unterteilen lässt, repräsentieren Pflegefachpersonen mit einem Tertiärabschluss die kleinste Pflegeberufsgruppe. Weiter 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, welche nachfolgend genauer erläutert werden.

2.3.1 Diplomierte Pflegefachpersonen

Die professionelle Pflege umfasst eine eigenverantwortliche Betreuung und Versorgung. Dabei beugt sie Schäden vor, welche die Gesundheit betreffen. Zudem erhält die professionelle Pflege die Gesundheit und versucht, diese zu fördern. 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, welches ein breitgefächertes und vielfältiges Aufgaben- und Kompetenzspektrum verwaltet. Weiter haben Pflegefachpersonen unterschiedliche Berufsrollen entsprechend ihrer Ausbildung, Weiterbildung und Berufserfahrung. Diplomierte Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner definieren den Pflegebedarf mittels Pflegeanamnesen und vertiefenden Assessments, planen daraufhin Massnahmen, sind an deren Umsetzung beteiligt und evaluieren die zuvor definierten Pflegeziele. Die Unterstützung und Anleitung von Mitarbeitenden sowie die Delegation von Aufgaben und deren Überprüfung gehören unter anderem zum Aufgabenbereich diplomierter Pflegefachpersonen. Sie tragen die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und alle der im Team ausgeführten Aufgaben (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK-ASI], 2011).

Die beschriebene Berufsgruppe wird korrekt als diplomierte Pflegefachfrau und Pflegefachmann FH oder HF bezeichnet. Die Ausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau oder zum Pflegefachmann wird auf der Tertiärstufe absolviert. Dabei unterscheidet man zwei

Ausbildungsgrade. Zum einen gibt es die Möglichkeit, den Bachelor of Science in Nursing an der Fachhochschule zu erlangen, wobei dies der Tertiärstufe A zuzuordnen ist. Zum anderen kann die Ausbildung zur diplomierten Pflegefachperson an einer höheren Fachschule absolviert werden, was der Tertiärstufe B zugehörig ist. Die Studiengänge unterscheiden sich in den Zulassungsbedingungen und in den Kompetenzprofilen. In beiden Studiengängen wird auf die Ausübung der professionellen Pflege vorbereitet (SBK-ASI, o.D.a). Die Inhalte der Ausbildung variieren abhängig vom Studiengang und der Ausbildungsstätte. Dabei stellt der Rahmenlehrplan die Grundlage dar. Die Ausbildung wird durch Praxiseinsätze im Gesundheitsbereich ergänzt. Dabei wird die Verteilung von Theorie und Praxis an einer höheren Fachschule auf je 50% gelegt, wobei an einer Fachhochschule die Theorie 70% und die Praxis 30% einnimmt (Bildungsdirektion Kanton Zürich, 2008).

Der Berufsabschluss der Diplompflege hat sich in den letzten Jahrzehnten stetig verändert. Berufsabschlüsse mit der Bezeichnung DNI, DNII, AKP, PsyKP, KWS und IKP sind mit dem heute gebräuchlichen Begriff diplomierte Pflegefachperson HF gleichzusetzen. Pflegefachpersonen HöFa II werden in das tertiäre Bildungsniveau der Pflegefachpersonen eingeteilt (SBK-ASI, 2013).

Die Pflege bietet zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten. Nach einem erfolgreichen Abschluss an der Fachhochschule oder der höheren Fachschule besteht die Möglichkeit, ein Nachdiplom in der Anästhesiepflege, Notfallpflege oder Intensivpflege zu erlangen. Weiter kann berufsbegleitend eine Weiterbildung mit Praxisbezug absolviert werden. Fachhochschulen bieten dies in Form eines Certificate of Advanced Studies (CAS), eines Diploma of Advanced Studies (DAS) oder eines Master of Advanced Studies (MAS) an. Pflegefachpersonen, welche im Besitz eines Bachelorabschlusses sind, haben die Möglichkeit, einen Master of Science in Nursing an einer Fachhochschule oder einer Universität zu absolvieren. Personen mit einem Master of Science in Nursing Abschluss können eine Funktion als Advanced Practise Nurse (APN) übernehmen. Pflegeexperten APN nehmen in unterschiedlichen Settings erweiterte und vertiefte Rollen ein, indem sie Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung bei hoch komplexen Sachverhalten durch ihre akademische Ausbildung erwerben konnten. Weiterbildungen für Pflegefachpersonen sind sehr vielfältig und im gesamten Gesundheitsbereich vertreten (SBK-ASI, o.D.b).

2.3.2 Fachfrau und Fachmann Gesundheit EFZ

Fachfrau Gesundheit EFZ und Fachmann Gesundheit EFZ werden mit FaGe abgekürzt. Die berufliche Grundbildung umfasst eine Dauer von drei Jahren. Die Tätigkeiten einer FaGe beinhalten 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 zur 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 Fachperson 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 (CURAVIVA, o.D.c).

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 und auch in Kriegs- und Katastrophenzeiten tätig zu sein. Im Laufe von Jahrzehnten wurde der Tätigkeitsbereich erweitert. Hinzu kamen die Bekämpfung von Epidemien, Hygiene- und Gesundheitsförderung, die Pflege von Kranken und Gesunden, Hilfeleistung in der Pflege Zuhause und die Ausbildung von Helferinnen und Helfer. Aufgrund des breiten Arbeitsbereichs, welcher von Alters- und Pflegeheimen und Spitälern bis hin zu staatlichen Spitexorganisationen vom SRK reichte, wurde die Bezeichnung "Pflegehelferin" eingeführt und auch das Einkommen wurde staatlich festgelegt (Schweizerisches Rotes Kreuz, o.D.). Die Kompetenzen und Fähigkeiten sind vom Schweizerischen Roten Kreuz schriftlich festgelegt. Pflegehelferinnen und Pflegehelfer übernehmen übertragene Aufgaben im Bereich der Pflege und Betreuung von gesunden oder kranken Menschen, von Menschen mit Behinderung, zur Entlastung pflegender Angehöriger und unterstützen Pflegefachpersonen zudem in der Gesundheitsförderung. Die Aufgaben werden nach Anweisung und/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 sowie das Wort "Palliare", was mit dem Mantel umhüllen oder bedecken meint. Laut dem Duden stammt "Care" aus dem englischsprachigen und 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 der Begriff End-of-Life-Care verwendet. Diese befasst sich jedoch ausschliesslich mit der Behandlung und Betreuung der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in der letzten Lebensphase. Palliative Care wird nicht erst im terminalen Stadium, sondern in jeder Phase der Erkrankung eingesetzt. Aus diesem Grund beabsichtigen die Nationalen Leitlinien Palliative Care 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 deren bestmöglichen Lebensqualität bis zum Tod. 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. Der Betroffene und dessen Angehörige werden im Trauerprozess von kompetenten Fachleuten bestmöglich unterstützt und begleitet. In der 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 selbst (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, Notfallbehandlungen, perkutane endoskopische Gastrostomiesonden und weitere Fragen des Ethikalltags zu bewältigen und das Wissen dazu zu erweitern (Steffen-Bürgi et al., 2017).

Das Bundesamt für Gesundheit, das GDK und palliative.ch (2015) geben spezifische Kriterien als Empfehlung für sozialmedizinische Institutionen vor. Palliative Care soll als Leitlinie mit zusätzlichen Standards 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 die Möglichkeit haben, Rundtischgespräche zu führen, an welchen 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 diplomierten Pflegefachpersonen wurde eine qualitative Forschungsarbeit durchgeführt. Qualitative Forschungsdesigns ermöglichen eine detaillierte Beschreibung 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, welcher 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 tiefes 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 Pflege-theoretiker, wie Parse oder Benner, 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 Teilnehmenden wurden durch die Projektgruppenmitglieder in Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung und anhand von zuvor definierten Einschlusskriterien rekrutiert. Die diplomierten Pflegefachpersonen mussten in Besitz eines DN II-, AKP-, HF- oder FH-Diploms sein, zudem mussten sie zum Zeitpunkt der Befragung mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Alters- und Pflegeheim haben und durften nicht mehr in der Einarbeitungszeit sein. Weiter musste eine schriftliche Einverständniserklärung vorliegen und die Interviewpartner mussten der deutschen Sprache in Wort und Schrift kundig sein.

3.3 Datensammlung

In der vorliegenden Thesis erfolgte die Datenerhebung mittels problemzentrierter Interviews in Anlehnung an Witzel (1985, zitiert in Flick, 2007). Diese Art von Interviews geht dem Ziel nach, persönliche Sichtweisen befragter Personen zu erfassen. Mayer (2018) beschreibt, dass die Befragung einem offenen Gespräch möglichst nahekommen soll. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang C) wurde durch die Forschungsgruppe in Zusammenarbeit erstellt. Es wurden Leitfragen beziehungsweise Orientierungsfragen definiert, wobei den Befragten die Möglichkeit gegeben wurde, diese offen zu beantworten. Zudem wurden die Interviewpartner aufgefordert, einen soziodemographischen Bogen (siehe Anhang B) auszufüllen.

Die Interviews wurden in den jeweiligen Alters- und Pflegeheimen durchgeführt. Datum, Zeitpunkt sowie der Ort für die Durchführung der Interviews wurden von den Pflegedienstleitungen und den Interviewpartnern bestimmt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, anonymisiert abgespeichert und vor dem Zugriff unbefugter Dritter gesichert. Die Interviews wurden von allen sechs Mitgliedern des Forschungsteam perspektivenübergreifend durchgeführt. Nach dem Abschluss der Datensammlung konnten sieben Interviews verzeichnet werden, welche alle in die Datenanalyse einfließen.

Im Anschluss an die Interviews wurde die Transkription durchgeführt. Dabei 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 Gegenüberstellungen der Texte herausgearbeiteten Themen, die die gemeinsamen Bedeutungen und Praktiken widerspiegeln, werden identifiziert und beschrieben (5a). Die Ergebnisse dieses Vorganges 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 adäquaten Umsetzung des Schemas. Bei der Datenanalyse wurden die Einzelanalysen der jeweiligen Interviews in einem ersten Schritt von der Teilgruppe analysiert. Anschliessend wurde die Datenanalyse in der gesamten Forschungsgruppe und perspektivenübergreifend besprochen. Die Gruppenanalysen wurden jeweils unter Einbezug der Experten beziehungsweise der Begleitpersonen durchgeführt.

Im weiteren Prozess der Datenanalyse konnte jeweils auf die Unterstützung des Forschungsteams zurückgegriffen werden. Dabei wurden die Analysen auf der Arbeitsebene der Forschungsgruppe perspektivenübergreifend besprochen. Zudem konnte bei Fragen und Unklarheiten die Expertenebene, im Sinne des Einbezugs der Begleitpersonen angegangen 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 Einholung eines Ethikvotums war nicht nötig, da sich die vorliegende Bachelorarbeit im Rahmen des Memorandums der HES-SO Wallis bewegt hat. Die Teilnehmenden 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 Studienteilnehmenden geschützt, da weder Namen noch andere persönliche Angaben wie Arbeitsort und Berufserfahrung an unbefugte Drittpersonen weitergegeben, sowie die Schweigepflicht stets eingehalten wurde. Die Daten wurden von Beginn an mittels Kodierungen gekennzeichnet und verarbeitet. Die Audiodateien wie auch andere sensible Daten wurden zu jeder Zeit vor der Einsicht unbefugter Dritter geschützt. Dies konnte durch eine Absicherung auf einem externen Speichermedium erreicht werden. Nach Abschluss des Forschungsprojekts wurden die Daten jeweils sachgerecht gelöscht beziehungsweise eliminiert. Zudem wurde von der Projektgruppe ein Dokument zur Einholung der informierten Zustimmung erstellt, die von jedem Teilnehmer im Vorfeld gelesen und unterzeichnet werden musste. Die Teilnahme am Forschungsprojekt war freiwillig und die Teilnehmer hatten jederzeit die Möglichkeit, die Zusammenarbeit abubrechen. Sämtliche Inhalte der vorliegenden Arbeit wurden anhand der einheitlichen Zitierweise gemäss der American Psychological Association (APA) Version 6 gemacht.

3.6 Gütekriterien

Bei Gütekriterien handelt es sich um Massstäbe der empirischen Forschung. Diese wurden entwickelt, um die Qualität von Studien einschätzen zu können. Im Allgemeinen werden Gütekriterien auf die Erhebung und Auswertung bezogen. Die realisierte Forschungsarbeit wurde anhand nachfolgender Gütekriterien nach Beck (1993, zit. in Mayer, 2007) beurteilt.

3.6.1 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 Befragten gemacht wurden. Durch Engagement und grosses Interesse seitens der Projektteilnehmenden konnte ein regelgeleitetes Arbeiten stattfinden. Um die Glaubwürdigkeit der Arbeit zu erhöhen, wurde auf unterschiedlichen Ebenen gearbeitet. Einerseits nahmen die einzelnen Kleingruppen regelmässig mit ihrer Begleitperson Rücksprache und andererseits arbeiteten die gesamten sechs Mitglieder der Forschungsgruppe zusammen und tauschten Erfahrungen gegenseitig aus.

Die gemeinsamen Treffen, wobei das gesamte Forschungsteam und die Begleitpersonen anwesend waren, kann als höchste Arbeitsebene bezeichnet werden.

3.6.2 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 bei jeder Forschungssitzung ein Protokoll verfasst. In diesem wurden Bestimmungen sowie das weitere Vorgehen festgehalten. Die Protokolle wurden jeweils nach Abschluss des Treffens allen Teammitgliedern zugestellt. Letztlich stand ein Arbeitsplan als Orientierungshilfe zur Verfügung, welcher regelmässig überprüft und angepasst wurde.

3.6.3 Angemessenheit

Die Angemessenheit gibt Auskunft darüber, wie exakt die Wirklichkeit der Teilnehmenden widerspiegelt wurde. Die Interviews der verschiedenen Perspektiven wurden von allen Teammitgliedern geführt. Dabei spielte die befragte Perspektive keine Rolle. Um die Interviews exakt zu transkribieren, wurden sie zeitnah nach ihrer Durchführung transkribiert. Bei der Transkription wurden einheitliche Regeln verwendet (siehe Anhang D).

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

4. Forschungsergebnisse

4.1 Interviewpartner

Die dargestellten Ergebnisse geben einen Einblick über das Erleben von Pflegepersonen hinsichtlich des Einbezugs von Angehörigen in die Pflege im Alters- und Pflegeheim. Die folgenden Daten der Interviewpartner konnten den soziodemographischen Bögen entnommen werden. Das Mindestalter der befragten Pflegefachpersonen betrug 37 Jahre und das Höchstalter betrug 55 Jahre. Die Mehrzahl der befragten Pflegefachpersonen gaben den familiären Bezug als Motiv zur Ausübung des Berufes an.

Da ausschliesslich weibliche Interviewpartner rekrutiert werden konnten, wird im folgenden Ergebnisteil lediglich die weibliche Form benutzt. Zudem wurden zur einfacheren Lesbarkeit alle wörtlichen Zitate kursiv geschrieben.

Interview-nummer	Alter	Geschlecht	Abschluss	Berufserfahrung
1	53	Weiblich	Dipl. Pflegefachfrau HF MAS in Management CAS in Palliative Care	30 Jahre
2	54	Weiblich	Dipl. Pflegefachfrau HF	30 Jahre
3	55	Weiblich	Dipl. Pflegefachfrau DN II Praxisausbildnerin	19 Jahre
4	38	Weiblich	Dipl. Pflegefachfrau DN II	15 Jahre
5	37	Weiblich	Dipl. Pflegefachfrau HF CAS Angehörigensupport	14 Jahre
6	40	Weiblich	Dipl. Pflegefachfrau DN II	20 Jahre
7	54	Weiblich	Dipl. Pflegefachfrau HF Praxisausbildnerin	34 Jahre

4.2 Graphische Darstellung der Ergebnisse

Nach Abschluss der Datenanalyse konnte folgende graphische Darstellung konstruiert werden, die die bedeutenden Themen der Interviews und ihre Zusammenhänge darstellt. Nachfolgend werden die Zusammenhänge der aufgeführten Begriffe beschrieben, sowie die Themen und dazugehörigen Aussagen der Interviewteilnehmerinnen genauer veranschaulicht.

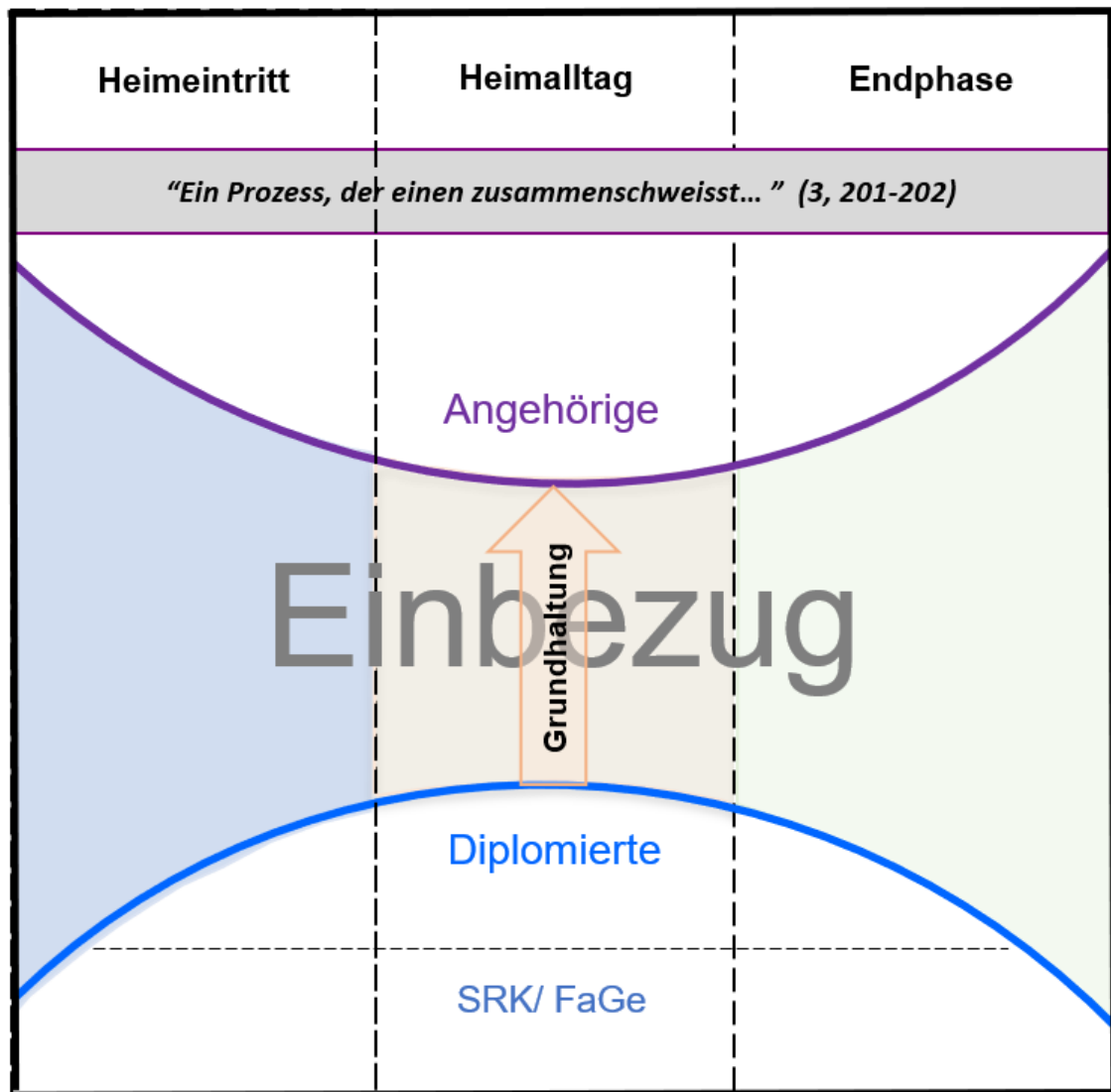


Abbildung 1. Eigene Darstellung der Ergebnisse

Der absichtlich zentral gelegene Begriff "Einbezug" wurde in der Analyse in verschiedene Phasen und aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. Die Darstellung soll durch die unterschiedliche Breite die Intensität, und durch die Farben die unterschiedliche Qualität des Einbezugs darstellen. Den nachfolgenden Beschreibungen liegt die chronologische Reihenfolge beginnend beim Heimeintritt und endend bei der End-of-Life Phase zugrunde. Die verschiedenen Phasen sind durch drei getrennte Bereiche ersichtlich. Die blaue Linie der diplomierten Pflegefachpersonen und die Linie in Violett der Angehörigen stellen die Intensität des Einbezugs dieser beiden Gruppen dar.

Die Aufenthaltsdauer im Alters- und Pflegeheim wird als Prozess betrachtet, welcher mit dem Heimeintritt startet. Dabei kann gesagt werden, dass der Einbezug Angehöriger wie auch der Kontakt zu Angehörigen zu diesem Zeitpunkt besonders intensiv ist. Dies zeigt den zu Beginn breiten Verlauf der Kurve an. Die erste Heimphase wird zudem als Entlastung für Angehörige betrachtet. Mit der Entlastung wird ein Prozess der Loslösung in Gang gesetzt, was sich als Teil der ersten Phase definiert, die in die Phase des Heimalltags mündet. Die Grafik zeigt auf, dass sich der Einbezug, beziehungsweise der Kontakt zwischen diplomierten Pflegefachpersonen und den Angehörigen, in der Phase des Heimalltags verringert. Zudem ist in dieser Phase zu beschreiben, dass diplomierte Pflegefachpersonen eher eine zurückhaltende Rolle einnehmen und viel von den Berufsgruppen der SRK-Pflege und den Fachfrauen und Fachmännern Gesundheit übernommen werden kann. Die letzte Phase wird als Endphase beschrieben, hier nimmt der Einbezug und Kontakt zu Angehörigen erneut zu. Der Verbindungspfeil "Grundhaltung" zwischen diplomierten Pflegefachpersonen und Angehörigen stellt die Haltung sowie die Zusammenarbeit und stetige Interaktion zwischen diesen beiden Gruppen dar. Die Verbildlichung der gestrichelten Linie will darauf hindeuten, dass ein Einbezug Angehöriger seitens der Pflege auch in dieser Phase gewährleistet sein kann.

Das konstitutive Muster: *"Ein Prozess, der einen zusammenschweisst..."* (3, 201-202) stellt in der graphischen Darstellung die Verbindung der drei Phasen beziehungsweise den gesamten Prozess dar.

4.3 Themenbeschreibung

4.3.1 Heimeintritt

Das Thema des Heimeintritts zieht sich durch alle Interviews. Die Pflegefachpersonen erwähnen den Heimeintritt im Verlauf des Interviews in Zusammenhang mit unterschiedlichen Aspekten. Um einige Beispiele zu nennen, wird diese Phase in Bezug auf den intensiven Kontakt sowie bei der Frage nach dem Erleben der Zusammenarbeit benannt. Eine befragte Teilnehmerin äussert in Bezug auf den Heimeintritt, die Allgemeinzustandsverschlechterung als Eintrittsgrund. *„...die Veränderung von Zuhause oder vom Spital, wo sie wissen, hier muss jetzt mein Angehöriger...einfach bleiben, dass sie das akzeptieren können, dass es jetzt einfach nicht mehr geht Zuhause.“* (4, 117-121).

Eine weitere Interviewpartnerin nennt das Advanced Care Planning als wichtiger Bestandteil des Heimeintritts. *„...von uns ist auch das Ziel, dass wir das Advanced Care Planning machen...“* (1, 67-68). Dabei handelt es sich um eine vorausschauende Behandlungsplanung, wobei die Bewohner gemeinsam mit ihren Angehörigen und anderen wichtigen Bezugspersonen die Möglichkeit haben, ihre Erwartungen und Wünsche eindeutig und verständlich zu formulieren (Singer, Robertson, & Roy, 1996, zitiert in pallnetz.ch, o.D.). Eine weitere Interviewpartnerin erläutert im Kontext mit dem Eintritt die Wichtigkeit des Beziehungsaufbaus: *„So dass sie zuerst einmal mich kennenlernen,... und dass ich sie kennenlernen, so der Austausch...“* (3, 71-72).

***„Eintritt...das sind ziemlich intensive Momente...“* (4, 117)**

Bei der Mehrheit der Interviews wird betont, dass der Kontakt zu den Angehörigen zum Zeitpunkt des Heimeintritts besonders intensiv ist. *„Intensiv ist der Kontakt vor allem am Anfang... wenn die Bewohner... eintreten.“* (7, 72-73). Die befragten Pflegefachpersonen nennen als Gründe für den intensiven Kontakt Gespräche und Abmachungen, die durchgeführt werden, wie die Klärung finanzieller Belangen oder das Anamnesegespräch, sowie der Beginn des Beziehungsaufbaus. *„Oftmals helfen die Angehörigen mit dass man da wirklich System von den Bewohnern erfasst...“* (1, 64-66). Weiter wird beschrieben, dass sich Zeit genommen wird, um die ganzheitliche Situation und den Prozess der Bewohner mit ihrem Umfeld zu erfassen. *„...sich die Zeit nimmt, sich auch hinsetzt und über das redet...“* (2, 61). Diese Aussage wird durch weitere Leitsätze unterstrichen: *„Man kann in viele Situationen hineinfühlen, wenn man die Familiengeschichte oder das Familiensystem ein bisschen kennt.“* (5, 180-183). Zu Beginn müssen laut einer Interviewpartnerin weitere Angelegenheiten zusammen mit den Angehörigen und den Bewohnern besprochen werden. *„Dass man darüber reden tut...ist eine Patientenverfügung vorhanden...was hat er für Bedürfnisse...“* (2, 221-

223). Allgemein wird erwähnt, dass der Einbezug von Angehörigen schon beim Heimeintritt beginnt. Die Angehörigen stellen beim Eintritt eine wichtige Ansprechperson zur Informationserfassung dar und sind somit unerlässlich. *„Es beginnt auch schon bei einem Heimeintritt...dort ist es auch schon extrem wichtig“* (5, 146). Eine Teilnehmende deutet darauf hin, dass in erster Linie der Bewohner befragt wird, jedoch unterstützend auf die Angehörigen zurückgegriffen wird. *„...primär immer zuerst, wenn er selber sagen kann, also der Bewohner selber...oftmals...helfen die Angehörigen mit...und das ist eigentlich die zentrale Arbeit im Langzeitbereich...“* (1, 62-65).

„Heimeintritt als Entlastung von Angehörigen“ (1, 195) und „Ist ja ein Loslösungsprozess...“ (1, 80)

Auffallend viel wird die Entlastung der Angehörigen als Thema in Bezug auf den Heimeintritt genannt. Einem Übertritt in das Alters- und Pflegeheim liegen laut Interviewpartnerinnen oftmals eine Hospitalisation oder eine Überlastung der Angehörigen zugrunde. *„...sei es jetzt eben, dass der Bewohner dement ist...oder auch von der Mobilität her eingeschränkt ist...für die Angehörigen natürlich schwierig...zu bewerkstelligen.“* (2, 87-89). Die Überlastung hinsichtlich der Pflege Zuhause wird ebenfalls betont: *„...wir sind da für die Pflege...das müssen sie nicht machen. Das haben sie Zuhause wahrscheinlich schon gemacht, aus irgendeinem Grund kommen sie ja hierhin.“* (4, 165-168).

Es wird ersichtlich, dass es den Pflegefachpersonen wichtig erscheint, durch die Übernahme der Bewohner, Angehörige entlasten zu können. *„Eine Überlastung der Angehörigen...muss man ein bisschen wegnehmen, damit sie sich erholen können.“* (7, 138). Eine befragte Pflegefachperson erachtet es als wichtig, nicht nur eine intensive und gute Betreuung der Bewohner zu gewährleisten, sondern Angehörige bei der Entlastung zu begleiten. *„...es ist auch...extrem wichtig...die Lücken...in dem Betreuungskuchen...wenn dann der Mensch...wegfällt, dass man da mit den Angehörigen gut dran ist...und schaut, was heisst das für sie, wie können sie das füllen oder wie können sie damit umgehen?“* (5, 146-153). Die beschriebene Thematik zeigt die Wichtigkeit der Entlastung von Angehörigen auf, dabei entsteht die Erkenntnis, dass eine Entlastung immer mit einem Ablösungsprozess korreliert. Da von den Interviewpartnerinnen mehrfach darauf hingewiesen wird, gilt diesem Prozess eine grosse Aufmerksamkeit.

„...dass man sie...mitbegleitet auf dem Weg/ das ist ja ein Loslösungsprozess auch für die Kinder, da ihre Eltern bei uns abgegeben,... es ist für beide Seiten eine schwierige Situation, und da miteinander den Weg zu gehen...“ (1, 80-83). Dieses Zitat zeigt die Wichtigkeit der Begleitung der Angehörigen wie der Bewohner im Loslösungsprozess auf. Eine Pflegefachfrau betont hinsichtlich der Begleitung folgendes Zitat: *„Wo der Ehemann eintrat und die Frau...ihn duschen möchte und das war irgendwie ihre Art...mit ihm noch ein wenig in Kontakt zu*

bleiben...das war super...wenn sie das so machen möchte, dann hat man das natürlich...so akzeptiert. Gleichzeitig war ich mit ihr im Austausch, um zu spüren, wie viel sie erträgt, wie viel sie machen kann, wie viel sie für sich macht und wie viel sie für ihren Mann macht.” (5, 192-203). Eine erwähnenswerte Erkenntnis ist die Tatsache, dass der Ablösungsprozess einfacher gestaltet werden kann, wenn Angehörige ihre Liebsten als gut aufgehoben empfinden. „...das schönste ist sicher wenn,...die Familie und der Bewohner sagen, es ist gut dass ich jetzt hier bin, so schwer es mir gefallen ist aber es ist richtig gewesen...” (1, 92-93).

Weiter kann aus den Interviews herausgenommen werden, dass der Prozess der Ablösung in die Phase des “Heimalltags” mündet. *„Dann kommt so eine Phase, die wie eine Ablösung ist, dass...die Besuche weniger werden...” (7, 75).*

4.3.2 Heimalltag

Wie in einigen Interviews beschrieben wird, besteht zum Zeitpunkt des Heimeintritts ein intensiver Kontakt zu Angehörigen. Parallel zum Heimeintritt beginnt der Loslösungsprozess, der in die Phase des Heimalltags mündet. In dieser Phase nimmt laut Interviewpartnerinnen die Kontaktfrequenz zu Angehörigen ab. Dies ist unter anderem auf die Entlastung Angehöriger zurückzuführen, wobei sich diese wieder anderen alltäglichen Aufgaben widmen können: *„...wenn es einfach läuft und immer gleich ist, hat man schon etwas weniger Kontakt...ein kurzes Gespräch auf dem Gang...” (4, 122-124).* Es wird benannt, dass in der Phase des Heimalltags der Einbezug Angehöriger im Vergleich zum Zeitpunkt des Heimeintritts variiert. Mehrere Interviewpartnerinnen äussern diesbezüglich, dass pflegerische Handlungen an den Bewohnern eher selten von Angehörigen in der beschriebenen Phase durchgeführt werden. *„... Körperpflege selber/ das habe ich...jetzt in den Jahren nie gesehen, es ist wirklich eher so...das Spazieren im Alltag.” (1, 200-202).* Der Fokus wird aus Sicht der Pflegefachpersonen vor allem auf die Aktivierung, Betreuung und Begleitung ihrer Angehörigen gelegt. *„Schöne Sachen... wirklich das übernehmen was ihnen Freude macht...” (4, 162-164).* Folgende Zitate bestätigen diese Aussage: *„Kaffee trinken...Zusammensein...aber sonst weniger in die Pflege...” (2, 317-319), „...ein wichtiger Aspekt ist, wenn jemand auswärts zum Doktor muss oder...einkaufen gehen” (2, 338-339) und „...sie können mit ihren Leuten essen...” (3, 217).* Gründe für den Nichteinbezug in pflegerische Handlungen sind zum einen, dass Pflegefachpersonen gegenüber dem Einbezug in die Pflege in der Phase des Heimalltags eine verschlossene Haltung einnehmen. *„Du hast dann nicht die Beobachtung von der Haut und so weiter... ja ich glaube das möchte ich nicht unbedingt...” (6, 316-318).* Zum anderen legen diplomierte Pflegefachpersonen grossen Wert darauf, dass Angehörige die schönen Dinge übernehmen können und sie bei pflegerischen Handlungen entlastet werden. *„...und nicht pflegen müssen. Für die Pflege zahlen sie hier, wir sind da für*

die Pflege... (4, 165-166). Aus diesem Zitat lässt sich schlussfolgern, dass die Durchführung der Pflegeleistungen von der häuslichen Pflege durch Angehörige auf das Pflegepersonal des Alters- und Pflegeheims übergegangen ist. Dabei werden Handlungen auf verschiedene pflegerische Berufsgruppen und ihre Kompetenzen verteilt.

Es kommt zum Tragen, dass diplomiertes Pflegefachpersonal in der Phase des Heimaltags in Bezug auf den Angehörigenkontakt weniger intensiv involviert ist. In dieser Phase sind SRK und FaGe stärker involviert und es wird viel von diesen Berufsgruppen übernommen. Dabei nehmen diplomierte Pflegefachpersonen eine zurückhaltende Rolle ein. *„Pflegehilfen gehen wirklich viel in Angehörigengespräche/einfach auf einer anderen Basis...sehr wertvoll für Angehörige und Bewohner...* (1, 237-240). Weitere Zitate zeigen die Rollenverteilung in der Phase des Heimaltags in Alters- und Pflegeheimen auf *„...Smalltalk kann jeder gerade...geben wenn die Angehörigen kommen...”* (3, 79-80) und *„Nicht dass sie von allen die gleiche Auskunft bekommen,...was medizinisch ist geht über die Gruppenleitung...”* (3, 75-78). Dies bestätigt, dass bei aussergewöhnlichen Ereignissen diplomierte Pflegefachpersonen die Verantwortung tragen. *„Ausser wenn jetzt etwas Aussergewöhnliches wäre, dann werden die Angehörigen mitdazugezogen...Sturz oder... so zur Information oder... Medikamentenänderung, was jetzt so grössere Auswirkungen hätte.”* (6, 256-260). In Bezug auf die Kompetenzen der unterschiedlichen Berufsgruppen beschreibt eine Teilnehmerin, dass in komplexen Angehörigensituationen auf diplomiertes Pflegefachpersonal zurückgegriffen wird. *„...schützen müssen, also die Pflegehilfe, dass einfach nur noch FaGe oder Diplomierte hinein gehen...”* (2, 379-380).

Eine diplomierte Pflegefachperson äussert den Einbezug Angehöriger in Arztvisiten als Möglichkeit, einen intensiveren Angehörigeneinbezug zu gestatten. *„Also was wir verbessern könnten,...wenn sie auf der Visite/ ja dann sehen sie unsere Sichtweise auch...wenn wir sie mehr in die Visiten einbeziehen könnten...”* (3, 241-255).

4.3.3 Endphase

Es besteht die Erkenntnis, dass die End-of-Life-Phase in allen Interviews präsent ist. Der intensive Kontakt am Lebensende wird besonders hervorgehoben. *„Eher in der End-of-Life-Phase wirklich der intensivste Kontakt.”* (1, 133-134). Sie wird als die Phase beschrieben, in der die Angehörigen, die meiste Zeit im Alters- und Pflegeheim verbringen. *„...also die End-of-Life-Phase, wo die Angehörigen zum Teil 24 Stunden im Heim sind.”* (1, 126-128). Durch die häufige und oftmals durchgehende Anwesenheit der Angehörigen gibt dies der Diplompflege die Möglichkeit, sie in die Pflege miteinzubeziehen *„...dass wir die Angehörigen gut miteinbeziehen können...”* (6, 188-189). In den Befragungen wird der Einbezug Angehöriger an verschiedenen Beispielen festgemacht: *„Sie können beim Drehen helfen, es gibt auch*

Angehörige die, nachdem sie verstorben sind, helfen anzuziehen... (1, 177-178), *„Bewohner erfrischen...“* (2, 255) und *„...immer noch mit ihnen reden...“* (2, 260). Ein vermehrt angesprochenes Thema ist die Nahrungsaufnahme am Ende des Lebens. Hier wird beschrieben, dass Angehörige den Bewohnern in der End-of-Life-Phase oftmals noch zu trinken geben wollen. *„Die wollten da immer noch zu trinken einschütten...“* (1, 164-165). Eine andere Interviewpartnerin äussert in diesem Zusammenhang, dass es wichtig ist, die Angehörigen in solch schwierigen Situationen gut aufzuklären. *„...tut die Angehörigen aufklären auch, was heisst das eigentlich, was braucht jetzt der.“* (2, 236-237). Weiter äussert sie: *„...da dünkt mich die Aufklärung also Information, was passiert jetzt alles/ wenn man das gut macht...ist das...für die Angehörigen sehr hilfreich...“* (2, 243-247). In Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse terminaler Bewohner und die damit zusammenhängende fehlende Nahrungsaufnahme, nimmt die Mundpflege einen hohen Stellenwert ein. Dabei wird diese als mögliche Aufgabe der Angehörigen beschrieben. Durch das Übernehmen der Mundpflege wird den Angehörigen die Möglichkeit geboten, den Bewohnern noch etwas Gutes zu tun. *„...wenn jetzt jemand das Bedürfnis hat...Mundpflege machen...“* (2, 253-256). Von einer diplomierten Pflegefachfrau wird auf die Frage nach der Zusammenarbeit am Lebensende primär der Einbezug in die Mundpflege erwähnt. *„...mithelfen bei der Mundpflege..., dass sie da gut einbezogen sind...“* (6, 190-191). Zusätzlich wird durch diese Befragung ersichtlich, dass die Mundpflege als Beschäftigung für Angehörige eingesetzt werden kann, damit die Möglichkeit besteht, die Situation am Lebensende besser zu ertragen: *„Dass sie nicht einfach dasitzen und...die Situation so ertragen müssen wie sie halt in dem Moment ist.“* (6, 193-194). Es ist zu sagen, dass die Mundpflege in der End-of-Life-Phase durch die Angehörigen bereits angewendet wird und in den Alters- und Pflegeheimen omnipräsent ist.

In der Thematik des Einbezugs kann herauskristallisiert werden, dass sich der Einbezug in die Pflege an den Bedürfnissen der Angehörigen ausrichtet. Dabei kann den Interviews entnommen werden, dass die Intensität und die Art des Einbezugs von der Pflege so gewählt werden, dass es von den Angehörigen positiv erlebt wird. *„Wir gucken, dass sie nicht aussen vor gelassen werden...“* (6, 204-205), *„...in der End-of-Life-Phase...ein wichtiger Aspekt...die Angehörigen rechtzeitig ins Boot zu holen...“* (5, 133-137) und *„...das Gefühl haben, gebraucht zu werden...“* (6, 192). Im Gegensatz dazu wird von einer Teilnehmerin erwähnt, dass Angehörige in der End-of-Life-Phase durchaus eine Entlastung für die Pflege darstellen können. *„...wo die Angehörigen dageblieben sind, wo uns dann auch erleichtert haben...“* (7, 155-156). Abschliessend ist zu sagen, dass Pflegefachpersonen dem Einbezug Angehöriger in der End-of-Life-Phase offener gegenüberstehen als in der Heimalltagsphase. *„...ich biete es auch häufig wieder an, vor allem am Lebensende...“* (4, 141-143).

4.3.4 Grundhaltung

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird von den Interviewteilernehmerinnen überwiegend positiv beschrieben. „...sehr viele schöne Situationen mit Angehörigen, wo die Zusammenarbeit gut klappt...“ (7, 29-30). Eine häufig angesprochene Thematik ist die Kommunikation. Diese stellt laut Befragten einen essentiellen Aspekt in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen dar. Dabei deutet eine Teilnehmerin auf einen gegenseitigen, offenen Umgang hin: „Offenheit,...fehlerfreundlich, dass sie das auch wissen und dass wir auch nicht perfekt sind...“ (3, 106-108). Dies wird durch ein weiteres Zitat bestätigt: „Die Angehörigen immer... offen informiert werden...transparent sein...“ (7, 37-38).

Gegenüber der Transparenz und dem offenen Umgang wird von einer befragten Person folgende Metapher genannt „Bei uns sind alle Türen...immer offen, damit die Angehörigen und die Bewohner auch kommen und gehen können wie es für sie stimmt.“ (1, 85-87).

Aus der Analyse ging hervor, dass die Grundhaltung der Pflegefachpersonen das Fundament einer erfolgreichen Zusammenarbeit darstellt. „...schon in der Grundhaltung...dass die Angehörigen...eine wichtige Gruppe sind...“ (5, 58-60).

Von verschiedenen Interviewpartnerinnen wird benannt, dass es neben den “einfachen” Angehörigen auch “schwierige” Angehörige gibt. „Das ist unterschiedlich... Es gibt einfache Angehörige und es gibt schwierige Angehörige...“ (6, 101-104). Um ein weiteres Beispiel zu nennen: „Wenn Angehörige...immer alles ein bisschen...besser wissen wollen...“ (7, 60-62) und „...es gibt aber auch andere Situationen,...wie fast ein gegeneinander spielen ist...“ (7, 29- 31). Gegensätzlich dazu wird darauf hingewiesen, dass jede Situation individuell und wertfrei angegangen werden soll. „...immer probieren in die Schuhe auch reinzutreten...“ (1, 140). Dabei wird erklärt, dass es um den Umgang mit diesen Situationen geht. „...dass wir...nicht schwierige Angehörige haben, sondern dass wir spannende, herausfordernde Angehörige haben.“ (1, 138-139).

Ein weiterer für wichtig empfundener Aspekt stellt die Wertschätzung gegenüber Angehörigen dar: „...und auch die Wertschätzung und Anerkennung, dass sie das von uns bekommen.“ (5, 84-86). Die wertschätzende Haltung gegenüber Angehörigen findet sich in anschliessendem Zitat wieder: „...sich die Zeit nimmt, sich auch hinsetzt und über das reden tut.“ (2, 61). Zudem werden Angehörige als Experten angesehen und in dieser Rolle vom Pflegepersonal geschätzt. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass sie ihre Liebsten bestens kennen und dadurch ein wichtiger Bestandteil des Bewohnerumfelds darstellen. „Sie kennen den Bewohner besser und sind eine Ergänzung von uns.“ (3, 38).

Schlussfolgernd kann aus den Zitaten entnommen werden, dass sich die Grundhaltung der diplomierten Pflegefachpersonen in dem Ethos der Pflege und den damit verbundenen Grundprinzipien widerspiegelt.

„Dass sie fragen kommen und uns...sagen was sie für Erwartungen...haben.“ (4, 218-219)

Die befragten diplomierten Pflegefachpersonen sprechen diverse Empfehlungen an Angehörige aus. Dabei nennen sie vermehrt, dass Angehörige ihre Erwartungen an das Alters- und Pflegeheim äussern sollen. *„Sie dürfen es uns sagen, wenn sie etwas Anderes wollen...“* (4, 292). Eine weitere Interviewpartnerin empfiehlt Angehörigen, sich an die Umstände der Bewohner anzupassen. *„...also wir tun uns ihm anpassen, der Bewohner soll sich nicht uns oder ihnen anpassen, wenn der Bewohner nicht will, dass sie das akzeptieren...“* (3, 325-328). In diesem Zusammenhang spricht sie die Wichtigkeit der Autonomie an. *„...seine Autonomie hat kein Ende auch in der Demenz nicht.“* (3, 328-329). Weiter wird Angehörigen von einer Befragten empfohlen, den Mut zu haben, das Thema Sterben und Tod anzusprechen. *„...dass man die schwierigen Themen...von Sterben, wie will es jemand, dass man die früher beginnt...anzusprechen in der Familie.“* (1, 247-249). Zusätzlich erwähnt sie die Wichtigkeit einer Patientenverfügung und gibt damit eine Empfehlung an Angehörige ab. *„...wie willst du das...wenn du dich nicht mehr mitteilen kannst, also die Patientenverfügung...dass man das früher anfängt zu thematisieren. Das wäre so der Wunsch...“* (1, 250-254).

4.3.5 Konstitutives Muster

„Ein Prozess der einen zusammenschweisst...“ (3, 201-202)

Dieses Zitat stellt das konstitutive Muster dar. Das Zitat ist in dem Sinne sehr passend, weil es viele für wichtig empfundene Aspekte der Interviews aufgreift und der Einbezug beziehungsweise die Zusammenarbeit mit Angehörigen durchwegs dahingehend beschreibt. Zum einen repräsentiert es die positive Sichtweise der Zusammenarbeit und die mehrheitlich gute Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Angehörigen. Zum anderen taucht in diesem Zitat das Wort „Prozess“ auf. Der Begriff kann mit der Aufenthaltszeit im Alters- und Pflegeheim und somit mit der Zeitspanne gleichgesetzt werden, was durch die graphische Darstellung der Ergebnisse veranschaulicht wird. Wie beschrieben nimmt der intensive Kontakt während der Heimaltagsphase ab. Dies wird im Zusammenhang mit der Bedeutung des Zitats nicht als widersprüchlich angesehen, denn die Abnahme des Einbezugs wird durch die Interviewpartnerinnen wie folgt relativiert. Es wird davon berichtet, dass Angehörige bei speziellen Gegebenheiten fortwährend informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen werden, was den Eindruck eines „Zusammenschweissens“ unterstützt. Letztlich kann in diesem Zitat die Grundhaltung diplomierter Pflegefachpersonen widergespiegelt werden. Die Analyse zeigt mehrheitlich eine positive Sichtweise auf die Zusammenarbeit mit Angehörigen, was durch dieses Zitat bestätigt wird. Im vorliegenden Abschnitt wurden nur einige Beispiele genannt um die Aussagekraft des Zitats zu beschreiben.

5. Diskussion

5.1 Diskussion der Forschungsergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse und die daraus resultierenden Zusammenhänge diskutiert. In der Diskussion werden einzelne bedeutende Themen aufgegriffen und hinterfragt.

Laut Friedemann und Köhlen (2010) gilt eine Familie als soziales System. Dieses kann durch das Treffen von Entscheidungen ändern. Der Entscheidungsprozess in Bezug auf den Heimeintritt beginnt oftmals schon früher und die Entscheidung wird innerhalb der Familiensysteme gefasst.

Diese Aussage wurde von den Interviewpartnerinnen bestätigt. Weiter wird beschrieben, dass sich eine solche Veränderung eines Heimeintritts auf das ganze Familiensystem auswirkt. Diesbezüglich stellt die Begleitung und Betreuung Angehöriger nach dem Heimeintritt eine zentrale Rolle dar. Dies wurde von den Interviewpartnerinnen ebenfalls als wichtig erachtet. Sie setzen die Veränderung mit einem Loslösungsprozess in Verbindung und betonen die Wichtigkeit, den Angehörigen gut aufzufangen. Weiter wurde in den Interviews betont, dass Angehörige einbezogen werden sollen und dass sie den Angehörigen und die Bewohner als eine Einheit sehen. Dies bestätigt Friedemann und Köhlen's Modell (2010), in dem sie beschreiben, dass die erwähnten Gruppen nicht unabhängig voneinander betreut werden können.

Das Modell nach Friedemann und Köhlen kann der Meinung der Autorinnen nach in einem Alters- und Pflegeheim implementiert werden. Es wird durch Beschreibungen der Interviewpartnerinnen 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. Denn dies gibt den Pflegenden die Möglichkeit, eine Beziehung zu den Angehörigen aufzubauen.

In der Literatur wird beschrieben, dass trotz asymmetrischer Verhältnisse und unterschiedlichen Bedürfnisvorstellungen zwischen Pflegenden und Angehörigen eine partnerschaftliche Beziehung angestrebt werden soll (Ugolini, 2014). Diese Aussage wird von den Teilnehmerinnen bestätigt, indem sie äussern, dass den Angehörigen gegenüber ein Verständnis entgegengebracht werden soll. Es ist zu erwähnen, dass die Thematik der "schwierigen Angehörigen" in den Interviews Platz fand. Diese sehen die Befragten als spannende Herausforderung. Eine diplomierte Pflegefachperson verbindet dies mit der Metapher: *"In den Schuhen des anderen gehen."* Mit dieser Aussage soll dargestellt werden, dass sich die diplomierte Pflegefachperson in die Situation des Gegenübers versetzt und die

Situation aus ihrer Sicht sieht. Dieses Phänomen des „Einfühlens“ wird Empathie genannt. Dabei stellen sich die Autorinnen die Frage, inwieweit eine wertfreie Zusammenarbeit möglich ist, beziehungsweise wo hierbei die Grenzen liegen. Können Pflegefachpersonen unabhängig von der Beziehung zu den Angehörigen alle gleich behandeln? Dabei stützen sich die Autorinnen auf die Tatsache, dass es menschlich ist, zu jedem Gegenüber eine unterschiedliche Beziehung zu haben und dass jede Interaktion anders ist.

In Bezug auf die Angehörigenzusammenarbeit wurde von einer Interviewpartnerin eine spannende Thematik angesprochen. In diesem Interview wurde auf die Genderthematik hingedeutet. Die Befragte äusserte, dass erfahrungsgemäss von Frauen im Zusammenhang mit dem Einbezug mehr erwartet wird als von Männern. *“...dann hat man ein schlechtes Gewissen und das ist vor allem bei den Frauen also...die Tochter ist da viel mehr gefordert dünkt mich als der Sohn...”* (2, 185-187). Die Aussage wird jedoch relativiert, in dem sie sagt, dass es sich um ein Generationenvorkommen handelt. *“...das ist sicher vom Erziehungsmuster her früher schon. Männer nehmen das viel lockerer als die Frauen und wenn jetzt in einer Familie drei Buben sind und ein Mädchen dann heisst’s: mach du.”* (2, 188-190).

Ein weiterer Diskussionspunkt stellt die Begriffsklärung am Lebensende dar. In der Schweiz bestehen mehrere Definitionen und ein unterschiedliches Verständnis der Palliative Care (Steffen-Bürgi et al., 2017). End-of-Life-Situationen werden oftmals mit palliativen Situationen gleichgesetzt. Denn ursprünglich wurden Palliative Begrifflichkeiten unter «terminal Care» zusammengefasst. Jedoch wird in der Literatur beschrieben, dass Palliative Care nicht erst im terminalen Stadium, sondern in jeder Phase einer unheilbaren Krankheit eingesetzt wird (Nauck, 2003 zitiert in Steffen-Bürgi et al., 2017). Eine Verwechslung der beschriebenen Begriffe konnte in den Interviews nicht festgemacht werden, da die Interviewpartnerinnen in Bezug auf terminale Situationen vom Begriff End-of-Life-Care Gebrauch nahmen. Daraus schliessen die Autorinnen, dass diplomiertes Pflegepersonal die Begriffe differenziert betrachten und diese korrekt anwenden können.

Durch die perspektivenübergreifende Befragung konnten inhaltliche Unterschiede zwischen den verschiedenen Berufsgruppen erkannt werden. Unter anderem konnte eine durchgehende ambivalente Haltung seitens der Pflegehilfen im Zusammenhang mit dem Einbezug Angehöriger festgestellt werden. Diese Sichtweise kann klar von der Haltung der Diplomierten wie auch der Fachpersonen Gesundheit abgegrenzt werden. Dem gegenüberzustellen ist, dass diplomierte Pflegefachpersonen klare Aussagen im Zusammenhang mit dem Einbezug Angehöriger machten. Weiter zeigt sich die Kommunikation als zentrales Thema bei den FaGe's. Die Kommunikation hat sich durch alle angesprochenen Themen durchgezogen.

Die Thematik der Kompetenzen innerhalb der drei Berufsgruppen wurde in auffallend vielen Interviews angesprochen. Das Erwähnen der Kompetenzen erfolgte am häufigsten durch die

hierarchisch tieferen Berufsgruppen. Bei den Pflegehilfen wurde diese Thematik ausgesprochen viel erwähnt. Dies zeigt sich darin, dass Pflegehilfen SRK überwiegend auf diplomierte Pflegefachpersonen verweisen. Pflegehilfen übernehmen im Rahmen 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. Die Kompetenzaufteilungen wurden von FaGe's ebenfalls erwähnt. Weiter erbringen diese Leistungen im Rahmen ihrer übertragenen Aufgaben sowie Kompetenzen und den rechtlichen Rahmenbedingungen entsprechend selbstständig. Diese können von Institution zu Institution variieren (Schäfer, Scherrer, & Burla, 2013). Die Interviewpartnerinnen erläuterten, dass diplomierte Pflegefachpersonen primäre Ansprechpersonen bei aussergewöhnlichen Ereignissen sind. In Übereinstimmung mit den Schilderungen der Pflegehilfen betonen auch FaGe's das Weitergeben bestimmter Massnahmen an die Diplomierten. Diplomiertes Pflegefachpersonal empfindet das Verhältnis zu Pflegehilfen und FaGe's positiv und wertvoll.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass sich FaGe's in einer bildlich dargestellten "Sandwichposition" befinden. Hierarchisch haben sie eine unterliegende Position gegenüber dem diplomierten Pflegepersonal, jedoch sind sie in der Hierarchie oberhalb der Pflegehilfen SRK zu finden. Dies stellt die FaGe's in eine spezielle Situation, da sie sich zwischen zwei Gruppen eingliedern müssen.

Erstaunlicherweise wurde einer gewissen Unklarheit über das subjektive Verständnis von Pflege begegnet. Der Forschungsgruppe ist aufgefallen, dass diplomierte Pflegefachpersonen den Begriff der Pflege erweitert betrachten. Aktivierung, Betreuung und Begleitung wird von den diplomierten Pflegefachpersonen in den Begriff Pflege eingeschlossen.

Vergleichend mit den FaGe's zeigen diese eine ähnliche Betrachtungsweise. Laut dem SBK-ASI (o.D.c) 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. Bei den Pflegehilfen SRK wurde bei der Frage nach dem Einbezug in die Pflege jedoch explizit die Körperpflege verstanden. Das unterschiedliche Pflegeverständnis der diplomierten Pflegefachpersonen gegenüber den anderen beiden Pflegeberufen lässt sich auf die Dauer und Intensität der Ausbildung in Kombination mit der Berufserfahrung zurückführen.

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

5.2 Kritische Würdigung

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage bezüglich dem Einbezug Angehöriger in Alters- und Pflegeheimen wurde eine qualitativ-phänomenologische Studie durchgeführt. Dieser Forschungsansatz wurde gewählt, da durch diesen ein Einblick in das Erleben des Einbezugs seitens der Pflegenden möglich ist. Die Interviews wurden anhand eines halbstandardisierten Interviewleitfadens geführt. Diese Flexibilität ermöglichte den Interviewpartnerinnen, offen zu erzählen, gab den Interviews aber dennoch eine gewisse Struktur. Erkennbar war, dass die Befragten die gestellten Fragen mehrmals in ihre Antworten aufnahmen. Es ist zu beachten, dass sich die Durchführung eines narrativen Interviewstils auf die Ergebnisse ausgewirkt hätte.

Bei der Anzahl der Interviews wird im Rahmen der Bachelorausbildung ein Minimum von fünf und ein Maximum von zehn festgelegt. In dieser Arbeit konnten im ersten Durchlauf fünf Interviews geführt werden. Um die Datensättigung zu verbessern, konnte auf Initiative der Forschungsgruppe ein weiteres Alters- und Pflegeheim rekrutiert werden. Ob eine Datensättigung erlangt wurde, kann nicht abschliessend benannt werden. Wobei das Kriterium der Einschliessung von mindestens fünf Interviews, mit sieben durchgeführten Interviews eingehalten werden konnte und somit den Rahmenbedingungen einer Bachelorarbeit entspricht.

Die Beantwortung der Forschungsfrage war möglich. Es ist zu sagen, dass die Ergebnisse nicht auf die Allgemeinheit übertragen werden können. Gründe dafür sind einerseits die Grösse der Stichprobe und andererseits das Befragen des individuellen Erlebens der Pflegefachpersonen. Die Festlegung der Einschlusskriterien für die Interviewpartnerinnen bereitete der Forschungsgruppe wenig Probleme. Es musste besprochen werden, über welchen Bildungsgrad die Pflegefachpersonen verfügen mussten. Dabei stellte sich bei der Durchführung der Interviews heraus, dass ein Interview nicht verwendet werden konnte, da es sich bei der Teilnehmerin um eine Fachfrau Gesundheit mit einem Kompetenznachweis handelte. Eine weitere Befragte wies eine Weiterbildung im Bereich des Angehörigensupports vor. Dies zeigte sich auch im Gespräch. Hätten mehr Interviewpartner mit einer äquivalenten Weiterbildung rekrutiert werden können, wären die Ergebnisse anders ausgefallen. Eine weitere Änderung der Ergebnisse hätte durch die Einschliessung von männlichen Teilnehmern stattgefunden. Durch das Erstellen eines Flyers hätte die Forschungsgruppe mehr diplomierte Pflegefachpersonen erreichen können und weitere Alters- und Pflegeheime hätten in die Studie eingeschlossen werden können.

Unter Bezugnahme der Durchführung der Interviews sollten einige Punkte genannt werden. Die Verfasserinnen nehmen an, dass durch die Zugehörigkeit der Teilnehmenden an deren Institutionen, weniger negative Aspekte beziehungsweise Situationen angesprochen wurden.

Des Weiteren wurden Interviews von Projektmitgliedern, welche sich mit einer anderen Perspektive auseinandersetzten, geführt. Dabei konnte erkannt werden, dass die Fragen unterschiedlich formuliert wurden.

Ein weiterer anzusprechender Aspekt bei der Interviewführung ist, das aktive Nachfragen. Da die Autorinnen zuvor keine Befragungen im Rahmen einer qualitativen Studie durchgeführt haben, konnten sie nicht auf Erfahrungswerte zurückgreifen, wodurch ein nützliches Nachfragen vernachlässigt wurde. Die verwendeten Transkriptionsregeln wurden von den Verfasserinnen konsequent verfolgt, um eine Sinnesveränderung der Aussagen so gering wie möglich zu halten. Damit die Glaubwürdigkeit der Forschungsarbeit möglichst hoch ist, wurden die Ergebnisse mit Zitaten aus den Interviews belegt und die verschiedenen Arbeitsebenen genutzt. Zur Anonymitätswahrung wurden keine Namen und weitere persönliche Angaben der Teilnehmer genannt. Die Transkripte und Bandaufnahmen werden nach der Beendigung der Studie sachgerecht vernichtet.

6. Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel ziehen die Autorinnen Schlussfolgerungen aus den durchgeführten Interviews zur Thematik des Einbezugs Angehöriger in Alters- und Pflegeheimen. Dabei werden Empfehlungen seitens der Autorinnen an die Pflegepraxis, Pflegeausbildung sowie an die Pflegeforschung gerichtet. Zudem wird es als unerlässlich erachtet, Empfehlungen der befragten Pflegefachfrauen an die Angehörigen in diesem Rahmen speziell zu würdigen.

6.1 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Der Bewohner sollte aus der Perspektive der Pflegenden im Mittelpunkt stehen. Seine Bedürfnisse und das Erreichen einer möglichst hohen Lebensqualität stellen ein anzustrebendes Ziel dar. Um diese Aspekte und das bestmögliche Wohlbefinden zu erreichen, stellen Angehörige eine wesentliche Rolle dar. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass der Blickwinkel erweitert werden muss und nicht nur die Bewohnerin oder der Bewohner im Mittelpunkt steht, sondern auch seine oder ihre Angehörigen. Somit stellt der Einbezug Angehöriger von Beginn an eine zentrale Aufgabe der Pflege dar. Ein Einbezug Angehöriger setzt eine offene Kommunikation, sowie eine Transparenz seitens der Pflege, wie auch der Angehörigen voraus. Eine vertrauensbasierte Beziehung kann durch eine offene Fehlerkultur verstärkt werden. In diesem Zusammenhang wird es als bedeutend erachtet, dass Fehler gegenüber Angehörigen offen kommuniziert werden und die Angehörigen dadurch die Möglichkeit haben, der Pflege ein Verständnis entgegen zu bringen. Des Weiteren wird das entgegenbringen eines Verständnisses gegenüber den Angehörigen als grundlegendes Fundament einer guten Zusammenarbeit angesehen. Diese Tatsache beruht auf Gegenseitigkeit. Eine offene Haltung von Pflegefachpersonen gegenüber des Einbezugs Angehöriger wird vorausgesetzt, um eine gute Zusammenarbeit aufzubauen. Darauf stützend kann empfohlen werden, dass Pflegefachpersonen die Frage nach dem Bedürfnis eines Einbezugs in die Pflege bereits bei Heimeintritt klären. Zudem ist es von Vorteil, wenn die Pflege immer wieder aktiv dem Wunsch eines Einbezugs nachgeht. Dies wird empfohlen, weil sich die Bewohner-, sowie die Angehörigensituation jederzeit ändern kann und daraus resultierend Wünsche und Bedürfnisse geändert werden können. Ein weiterer Faktor, der den Einbezug positiv beeinflussen kann, stellt die Institution dar. Durch institutionelle Rahmenbedingungen kann der Einbezug Angehöriger gefördert werden. Um in diesem Zusammenhang ein positives Beispiel zu nennen, wird bereits in einzelnen Alters- und Pflegeheimen ein Angehörigensupport angeboten.

6.2 Empfehlungen für die Pflegeausbildung

Die verschiedenen Pflegeausbildungen und der damit verbundene Ausbildungsgrad widerspiegelt die unterschiedlichen Ansichten auf den Einbezug Angehöriger. Der Fokus der drei verglichenen Ausbildungen wird divers ausgerichtet. Die Ausbildung diplomierter Pflegefachpersonen ist breiter ausgelegt und mit umfassenden Kompetenzen verbunden. Hingegen sind Pflegehilfen, aufgrund der Dauer der Ausbildung, gezwungen, sich auf pflegerische Handlungen zu fokussieren. Diesbezüglich lässt sich die Empfehlung ableiten, dass der Themenbereich der Angehörigen in jeder pflegerischen Ausbildung Platz einnehmen soll. Hierbei soll vermittelt werden, eine Haltung gegenüber Angehörigen einzunehmen. Dabei ist zu erwähnen, dass in jeder Pflegeausbildung unabhängig des Bildungsniveaus die Definition und Bedeutung Angehöriger geklärt werden muss. Dabei ist zu sagen, dass durch die Dauer und Intensität der Ausbildungen ein einheitliches Hintergrundwissen in Bezug auf die Angehörigenthematik unrealistisch ist. Wichtig zu erwähnen ist, dass diese Thematik ausbildungsgerecht vermittelt werden sollte. Eine weitere Empfehlung stellt das Anbieten von Weiterbildungen, besonders in Bezug auf den Angehörigenupport, dar. Es muss beachtet werden, dass durch eine solche Weiterbildung die stationäre Pflege zusätzlich entlastet werden kann.

6.3 Empfehlungen für die Pflegeforschung

Das Erleben des Einbezugs Angehöriger aus Sicht der Pflegefachpersonen im Alters- und Pflegeheim wird in der Literatur spärlich beschrieben. Zudem konnte keine Literatur aus den Räumen des Oberwallis', sowie des Berner Oberlandes gefunden werden. Daraus ist zu schliessen, dass weitere Forschung bezüglich dieser Thematik von Nöten ist. Die vorliegende Forschungsarbeit könnte weitergeführt werden, indem das Erleben seitens Angehöriger, wie auch Bewohner im Zusammenhang mit dem Einbezug erforscht wird. Eine Weiterführung in diese Richtung ermöglicht einen Vergleich, ob sich Wünsche und Vorstellungen decken oder abweichend sind. Weiter kann diese Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit ausschliesslich an Pflegefachmänner gerichtet und ein Gendervergleich angestrebt werden. Aus der Sicht der Autorinnen wäre ein solcher Vergleich äusserst interessant. Aufgrund der Globalisierung und der damit verbundenen, breiten kulturellen Strömungen und im Wissen, dass die Familie und das gesamte Umfeld bei manchen Kulturen eine andere Bedeutung haben, könnte ein Kulturvergleich im Hinblick auf den Angehörigeneinbezug als weitere führende Forschungsthematik genutzt werden.

Es kann empfohlen werden, dass für eine weitere Forschungsarbeit eine grössere Stichprobe verwendet werden sollte, um verallgemeinerbare Studienresultate zu generieren.

6.4 Empfehlungen an Angehörige

In den durchgeführten Interviews wurde abschliessend die Frage aufgenommen, was Pflegefachpersonen Angehörigen von Bewohnern in Alters- und Pflegeheimen empfehlen können. Dabei wurden verschiedenen Aspekte angesprochen.

Zum einen empfiehlt sich, dass Angehörige ihre Erwartungen an die Pflege sowie an die Institution richten sollen. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit raten Pflegefachfrauen Angehörigen indirekt, offen zu kommunizieren, denn dies erleichtert die Zusammenarbeit enorm. Es wird erwähnt, dass Angehörige jederzeit nachfragen können und dass dies vom Pflegepersonal geschätzt wird. Zudem empfiehlt sich, als Angehöriger im Hinblick auf den bevorstehenden Heimeintritt, sich über die Institution zu informieren.

Es wurde geäussert, die Thematik des Sterbens innerhalb der Familie anzusprechen und in dem Sinne wird die Empfehlung abgegeben, solche Tabuthemen aufzugreifen.

Eine weitere, für die Zukunft wichtig, genannte Empfehlung stellt das Verfassen einer Patientenverfügung dar. Durch diese kann nach dem Willen der Bewohner gehandelt und ein Leben nach ihren Wünschen ermöglicht werden. Eine Interviewpartnerin empfiehlt Angehörigen im Umgang mit Bewohnern, sich der Situation der Bewohner und ihren Wünschen und Bedürfnissen anzupassen. Dabei kann als abschliessende Empfehlung genannt werden "seine Autonomie leben lassen".

7. Literaturverzeichnis

- Altmann, S. (2014). *Der letzte Umzug: Der Weg ins Altersheim für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen*. Hamburg: disserta.
- AVALEMS. (o.D.). *Angebotsarten*. Zugriff am 24. April 2019 unter <https://www.avalems.ch/vereinigung-alters/angebotsarten-177.html>
- AVALEMS. (o.D.). Zugriff am 24. April 2019 unter <https://www.avalems.ch/vereinigung-alters/homepage.html>
- AVALEMS. (2017). *Jahresbericht 2017*. Zugriff 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), 307.
- Bildungsdirektion Kanton Zürich (2008). *Dipl. Pflegefachfrau/ Dipl. Pflegefachmann Vergleich Höhere Fachschule (HF) und Fachhochschule (FH)*. Zugriff unter https://www.curaviva.ch/files/12V8NB3/pflege_hf_fh.pdf
- Bittel-Passeraub, D. (2014). *Empfehlung Angehörigenbetreuung in der Palliative Care*. Zugriff unter http://www.palliative-vs.ch/docs/formation/de/Empfehlung_zur_Angehoerigenbetreuung_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]. (2017). *Entlastungsangebot für pflegende Angehörige 2017-2020*. 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]. (2008). *Indikatoren der sozialmedizinischen Institutionen 2006: Resultate und Analysen*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. S.6.

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

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

Bundesamt für Statistik [BFS]. (2018). *Alters- und Pflegeheime*. Zugriff am 14. Juni 2019 unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/alterspflegeheime.html>. 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.). *Angehörige*. Zugriff am 16. April 2019 unter <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Angehoeerige/olnw4rOt/PQ Bbv/>

CURAVIVA. (o.D.). Zugriff am 1. Mai 2019 unter <https://www.curaviva.ch/>

CURAVIVA. (o.D.). *Ausbildung Fachmann/-frau Gesundheit - FaGe EFZ*. Zugriff am 1. Mai 2019 unter <https://www.curaviva-zh.ch/Berufsbildung/Berufliche-Grundbildung-Berufe-im-Heim/Fachfrau-Fachmann-Gesundheit-FaGe-EFZ/PdhER/>

CURARIVA BE. (o.D.). Zugriff 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. (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., & 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).

Mayer, H. (2007). *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. (2. Aufl.). Wien: Facultas.

Mayer, H. (2018). *Pflegeforschung kennenlernen: Elemente und Basiswissen*. (7. Aufl.). Wien: Facultas.

- Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* Obsan Bulletin 4/2013. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Moreau-Gruet, F. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe)* Obsan Bulletin 4/2013. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. S.1.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK-ASI]. (2011). *Professionelle Pflege Schweiz Perspektive 2020*. Positionspapier SBK.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI (2013). *Berufstitel.* Zugriff unter https://www.sbk.ch/files/sbk/bildung/karriere_in_pflege/2013_10_02_Uebersicht_neue_und_altrechtliche_Ausbildungen.pdf
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI (o.D.). *Pflegeausbildung.* Zugriff am 03. Mai 2019 unter <https://www.sbk.ch/bildung/pflegeausbildung.html>.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner SBK-ASI (o.D.). *Karriere in der Pflege.* Zugriff am 03. Mai 2019 unter <https://www.sbk.ch/bildung/karriere-in-pflege.html>.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK]. (o.D.). *Definition der Pflege.* Zugriff am 06. Mai 2019 unter <https://www.sbk.ch/pflegethemen>
- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige: Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz - ein Bericht des Bundesrates*. Bern.
- 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.
- Schäfer, M., Scherrer, A., & Burla, L. (2013). *Bildungsabschlüsse im Bereich Pflege und Betreuung. Systematische Übersichtsarbeit*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

- Seeger, C. (2014). *Leitlinien von Palliative Care*. In: Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung. (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Singer, P.A., Robertson, G., & Roy, D.J. (1996). Zugriff am 27. Mai 2019 unter <https://www.pallnetz.ch/acp-nopa.htm>
- 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). *Umgang mit Angehörigen*. Bern: CURAVIVA.
- Walliser Gesundheitsobservatorium. (2015). *Das Walliser Gesundheitssystem*. Zugriff unter <https://www.vs.ch/documents/40893/1449305/Annuaire+statistique+2015+-+Statistisches+Jahrbuch+2015/709026a8-4c57-48d7-a15c-76e0034a7c48?t=1553961321326>
- Widmer, M., Kohler, D., & Ruth N. (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.spooler.download.1459841392390.pdf/obsan_bericht_internet.pdf
- Williams, S., Zimmerman, S., & Williams, C. (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., Streckeisen, U., & Tag, B. (2019). *Das Lebensende in der Schweiz*. Basel: Schwabe Verlag

Anhang

Anhang A: Informierte Zustimmung

Anhang B: Soziobiographischer Bogen

Anhang C: Interviewleitfaden

Anhang D: Transkriptionsregeln

Anhang E: Arbeits- und Zeitplan

Anhang F: Selbstständigkeitserklärung

Anhang A: Informierte Zustimmung

Informierte Zustimmung**Titel des Forschungsprojekts:**

Wie erleben diplomierte Pflegefachpersonen den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim?

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

Interviewerin:

.....

Ziel des Forschungsprojekts:

Mit dieser Studie versuchen wir das Phänomen des Einbezugs Angehöriger im Alters- und Pflegeheim besser 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 also anonym 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 Bestandesaufnahme zum Thema Miteinbezug von Angehörigen in Palliativen Situationen im Akutspital. 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 gewahrt bleibt.

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

„Wie erleben diplomierte Pflegefachpersonen den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim? “

Kodierung:

Interviewerin:

Datum:

Uhrzeit (von-bis):

Ort:

Persönliche Daten zur Pflegefachperson**1. Wie alt sind Sie?**

.....

2. Geschlecht☐ männlich☐ weiblich**3. Wann absolvierten Sie ihren Abschluss zur Pflegeperson?**

.....

4. Was haben Sie für einen Diplomabschluss?☐ DN I☐ FaGe☐ DN II☐ AKP☐ HF☐ FH☐ SRK**5. Seit wann arbeiten Sie auf dieser Abteilung**

.....

6. Berufserfahrung (Anzahl Jahre)

.....

Anhang C: Interviewleitfaden

Diplomierte Pflegefachpersonen

- 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.- 29.01.2018	Vorstellung der Exposés
08.03.2019	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	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.- 25.05.2019	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
Woche 26- 27	Korrekturlesen und Überarbeitung
10.07.2019	Abgabe Bachelorthesis
Woche 27 - 34	Vorbereitung der Verteidigung
27. August 2019	Verteidigung der Bachelorthesis

Anhang F

Selbstständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass die vorliegende Arbeit selbstständig von der Forschungsgruppe erarbeitet wurde. 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.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift