

Wie erleben Pflegehilfen SRK den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim?

Eine phänomenologische Studie im Oberwallis und im Berner Oberland

Name, Vorname:

Brigger Chantal

Adresse:

Unneregga 602, 3925 Grächen

E-Mail:

chantal.brigger@students.hevs.ch

Name, Vorname:

Schnyder Aline

Adresse:

Dorfplatz 5, 3945 Gampel

E-Mail:

aline.schnyder@students.hevs.ch

Kurs:

Bachelor 16

Name und Titel der Begleitperson:

Prof. Dr. phil. Stephan Dorschner

Ort und Datum der Abgabe:

Visp, den 08. Juli 2019

Danksagung

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

(Michael Depner)

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

Ein ganz besonderer Dank geht an Herr Prof. Dr. phil. Stephan Dorschner für die fachkompetente Leitung des Forschungsprojekts. Die regelmässigen Treffen mit der gesamten Forschungsgruppe förderten kritisches Denken und trugen relevante Erkenntnisse zur Entwicklung des Projekts bei. Die wertvollen Gesprächsrunden ermutigten zur Weiterarbeit und zur Erreichung der Ziele. Dies gilt ebenfalls für Herr Fernando Carlen, der uns tatkräftig beim Schreiben der Bachelorarbeit als Ansprech- und Begleitperson zur Seite stand.

Ein weiterer Dank gilt der gesamten Forschungsgruppe für die gegenseitige Unterstützung. Durch die diversen Blickwinkel und die anregenden Fachgespräche untereinander wurde es überhaupt möglich diese Arbeit zu verwirklichen.

Auch bedanken wir uns bei den zahlreichen Interviewpartnern für ihre Einwilligung und Bereitschaft zur Teilnahme am Forschungsprojekt und dem damit verbundenen Zeitaufwand. Durch deren Beitrag konnte die vorliegende Bachelorarbeit überhaupt erst realisiert werden. Recht herzlich bedanken wir uns bei den Pflegedienstleitungen der vier 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!

Zur besseren Lesbarkeit wurde in der vorliegenden Bachelorthesis die weibliche Schreibweise verwendet. Personen männlichen Geschlechts sind jedoch immer eingeschlossen.

Zusammenfassung

Problembeschreibung: Aufgrund des wachsenden Anteils von multimorbiden alten Menschen in der Bevölkerung nimmt die Bedeutung der Alters- und Pflegeheime immer mehr zu. Angehörige übernehmen die Pflege in der häuslichen Umgebung, was die Wichtigkeit der Angehörigen erhöht. Kann die Pflege zuhause nicht mehr gewährleistet werden ist der Übertritt in ein Alters- und Pflegeheim unumgänglich. Die Pflegenden spielen eine zentrale Rolle bei der Integration von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim. Obwohl schon Literatur aus der Perspektive der Angehörigen besteht, fehlt jedoch die Sichtweise der Pflegenden zum Thema.

Fragestellung: Wie erleben Pflegehilfen SRK den Einbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim?

Ziel: Die Ergebnisse des Forschungsprojekts sollen dazu beitragen, mehr über das Erleben zum Einbezug Angehöriger im Alters- und Pflegeheim zu erfahren. Dabei steht die Perspektive der Pflegehilfen SRK im Mittelpunkt.

Methode: Im Rahmen einer qualitativen Studie wurde der phänomenologische Forschungsansatz gewählt. Das Forschungsprojekt konnte in vier ausgewählten Alters- und Pflegeheimen durchgeführt werden. Dabei wurden pro Berufsgruppe sieben bis neun Pflegenden mittels problemzentrierten halbstandardisierten Interviews befragt. Die Datenanalyse wurde mit Hilfe eines modifizierten Analyseschemas nach Dieckelmann durchgeführt.

Ergebnisse: Herauskristallisiert haben sich bei der Datenanalyse folgende fünf Hauptthemen: „*Macht man es jetzt richtig, macht man es jetzt falsch?*“ (Kompetenzen der Pflegehelferin), „*Wir können es ja immer abschieben auf die Diplomierten*“ (Kommunikationsweg), „*Manchmal da geht es wirklich super und manchmal ist es sehr sehr schwierig*“ (Zusammenarbeit mit den Angehörigen), „*Sie müssen einfach äussern was sie wollen*“ (Einbezug der Angehörigen) und „*Jede Situation ist anders*“ (Empfehlungen der Pflegehelferin). Als konstitutives Muster zeigte sich die Ambivalenz der Pflegehilfe SRK.

Schlussfolgerungen: Alters- und Pflegeheime sollten einen Angehörigensupport implementieren. Zudem sollten spezifische Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegehilfen SRK bestehen. In diesen Weiterbildungen sollten vor allem das Konzept nach Friedemann und Köhlen (2010) und die Palliative Care entsprechend ihrem Ausbildungsniveau thematisiert werden, mit besonderem Aspekt auf die Angehörigen und die Angehörigenintegration. Dies sollte zudem in den Lehrplan der Pflegehilfen SRK entsprechend ihrem Ausbildungsniveau integriert werden.

Schlüsselbegriffe: Alters- und Pflegeheim, Angehörige, Angehörigenintegration, Pflegehilfe SRK

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Problembeschreibung	1
1.2 Fragestellung	5
1.3 Zielsetzung	5
2. Theoretischer Bezugsrahmen	6
2.1 Alters- und Pflegeheim	6
2.2 Angehöriger	7
2.4 Pflegeperson	9
2.4.1 Diplomierte Pflegefachfrau	9
2.4.2 Fachfrau Gesundheit	10
2.4.3 Pflegehilfe SRK	10
2.5 Palliative Care	11
3. Methodenbeschreibung	13
3.1. Forschungsdesign	13
3.2. Stichprobenbildung	13
3.3. Datensammlung	14
3.4. Datenanalyse	14
3.5. Ethische Aspekte	15
3.6. Gütekriterien	16
4. Forschungsergebnisse	17
4.1 Interviewpartner	17
4.2 Themenübersicht	18
4.3 Ausführliche Beschreibung der Themen	18
4.3.1 „Macht man es jetzt richtig, macht man es jetzt falsch“ (4, 126)	18
4.3.2 „Wir können das ja immer abschieben auf die Diplomierte“ (7, 57)	19
4.3.3 „Manchmal da geht es wirklich super und manchmal ist es sehr sehr schwierig“ (4, 32)	20
4.3.4 „Sie müssen einfach äussern was sie wollen“ (4, 148)	22
4.3.5 „Jede Situation ist anders“ (5, 251)	25
4.4 Konstitutives Muster	26
4.5 Graphische Darstellung	26
5. Diskussion	28
5.1. Diskussion der Ergebnisse	28
5.2. Kritische Würdigung	30
6. Schlussfolgerungen	32
6.1. Empfehlungen für die Pflegepraxis	32
6.2. Empfehlungen für die Pflegeausbildung	32

6.3. Empfehlungen für die Pflegeforschung	33
6.4. Empfehlungen für Angehörige	34
7. Literaturverzeichnis	35
Anhang.....	A

1. Einleitung

An der HES-SO (Fachhochschule Westschweiz) 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 aus dem Kurs Bachelor 16.

1.1 Problembeschreibung

In den kommenden Jahren wird die Schweizer Bevölkerung unabhängig von der Immigration offensichtlich altern. Diese einleitende Aussage stützt sich auf das Bundesamt für Statistik (BFS) vom Jahr 2015. Das BFS sagt voraus, dass die Zahl der über 65-jährigen Einwohner der Schweiz von 1.5 Millionen (Stand 2015) bis zum Jahr 2030 auf 2.2 Millionen ansteigen wird. Die Lebenserwartung der in der Schweiz lebenden Bevölkerung ist weltweit eine der Höchsten 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 werden kann. 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 demographische Alterung genannt. Zudem werden die geburtenreichen Babyboomer-Jahrgänge immer älter, wodurch die Zahl 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 (Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan], 2013). Zu den häufigsten chronischen Krankheiten zählen laut WHO (World Health Organisation) Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Krankheiten der Atmungsorgane wie COPD (chronische obstruktive Lungenerkrankung), Arthrose, Depression und Diabetes (2013, zit. in Obsan, 2013). 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 konnte. Die Multimorbidität wirkt sich in zahlreichen Facetten auf das erkrankte Individuum, seine Angehörigen und die Akteure im Gesundheitswesen aus. Für den Betroffenen kann die Multimorbidität zu funktionellen Einschränkungen, Autonomieverlust, Senkung der Lebensqualität und zu einem komplizierten Verlauf der einzelnen

Erkrankungen führen. Höhere Behandlungskosten, ein Anstieg des Risikos einer 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 (Obsan, 2013).

Aus der erhöhten Lebenserwartung und dem demographischen Wandel kann hergeleitet werden, dass der Pflegebedarf der schweizerischen Gesellschaft in Zukunft zunehmen wird (Obsan, 2016). Im Zusammenhang mit dem erhöhten Pflegebedarf findet die Pflege von erkrankten Personen zunächst im häuslichen Setting statt. Die Pflege und Betreuung werden in diesem Rahmen hauptsächlich von Angehörigen übernommen. Laut dem Bundesamt für Gesundheit (2017) übernehmen Angehörige vor allem die psychische und soziale Unterstützung der 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. Aus diesem Grund rief das Bundesamt für Gesundheit (2018) ein Förderprogramm unter dem Namen „Entlastungsangebote für betreuende Angehörige“ von 2017 bis 2020 ins Leben. 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 (BFS, 2019). Am 31. Dezember 2017 lebten in der Schweiz 89'700 Personen in einem Alters- und Pflegeheim (BFS, 2019). Im Kanton Bern gab es im Jahr 2017 insgesamt 19'153 Langzeit- und 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, welche stetig ansteigt. Im Jahr 2000 wurden im Vergleich 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 [WGO] und Dienststelle für Gesundheitswesen [DGW] des Kanton Wallis, 2015). Dies verdeutlicht die Problematik, dass die Anzahl der Langzeitplätze nicht proportional zum Bedarf an Alters- und Pflegeheimbetten ansteigt.

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 sterben (Stettler, Bischof & Bannwart, 2018). Diese Aussage repräsentiert den Wunsch, gemeinsam mit seinen Angehörigen in einer vertrauten Umgebung die letzte Phase des Lebens zu verbringen. Zimmermann, Felder, Streckeisen und Tag (2019) beschreiben in ihrer Publikation „das Lebensende in der Schweiz“ 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. Weiter wurde in der Literatur beschrieben, wie sich das Ausmass des Einbezugs bei End-of-Life Situationen verändert. Williams, Zimmermann und Williams (2012) fanden heraus, dass mehr als die Hälfte pflegender Angehörigen eine organisatorische Funktion innerhalb der pflegerischen Betreuung übernommen haben und beispielsweise bei den Mahlzeiten assistierten.

Angehörige gelten als wichtiger Bestandteil in der Betreuung und Pflege des Betroffenen. Angehörige 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 die Informationen der Angehörigen unerlässlich. Dies betrifft vor allem Personen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten. Der Entstehung von Missverständnissen zwischen Pflegenden und Angehörigen liegen oftmals unterschiedliche Erwartungen zugrunde. Ebenso spielen unterschiedliche familiäre sowie professionelle Versorgungssysteme eine grosse Rolle (CURAVIVA, o.D. a). Um Missverständnisse zu vermeiden, dient beispielsweise der Angehörigensupport im Altersheim Pro Senectute im Berner Oberland als ein Modell guter Praxis. Der Angehörigensupport setzt sich vor allem mit 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 Kantons Bern wird dargestellt, dass diplomiertes Pflegepersonal nur knapp 23% der Pflegepersonen in einem Altersheim ausmacht. Die grösste Gruppe unter den Pflegenden sind Pflegehilfen mit

einem Kurs des SRK (Schweizerisches Rotes Kreuz), gefolgt von den Fachfrauen 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 diplomiertes Pflegepersonal. Dies sind Personen, welche einen Fachhochschul- oder höheren Fachschulabschluss in der Pflege, das Krankenschwester/ Pflegefachfrau Diplom Niveau 2 (DN2) oder Niveau 1 (DN1) besitzen. Des Weiteren kann diplomiertes Pflegepersonal ein Alters- und Krankenpflegerdiplom (AKP) oder einen eidgenössischen Fachausweis zur Fachfrau Langzeitpflege und Betreuung miterworben haben. Diese müssen 15% bis 20% in den Pflegeheimen ausmachen. Die zweite Kategorie schliesst die Fachfrauen Gesundheit (FaGe), den Krankenpflegerinnen (Fähigkeitsausweis SRK), den Assistentinnen Gesundheit und Soziales sowie die Fachfrau Betreuung ein. Diese müssen in Alters- und Pflegeheimen im Wallis 35% bis 40% der Vollzeitstellen ausmachen. Die dritte Kategorie, welche mit maximal 45% die grösste Gruppe der Pflegenden in einem Alters- und Pflegeheim darstellt, beinhaltet alle anderen Berufskategorien, welche aus dem Pflegesektor stammen. Diese Berufsgruppe umfasst hauptsächlich Personen mit einem Kurs des SRK.

Die Zahlen des Pflegepersonals in Alters- und Pflegeheimen im Kanton Bern und den Richtlinien des Kanton Wallis bestätigt die schweizweiten Zahlen, wobei die Pflegehilfe SRK die grösste Berufsgruppe in der Pflege im Alters- und Pflegeheim darstellt. Als zweitgrösste Gruppe werden in Walliser und Berner Alters- und Pflegeheimen die Fachfrauen Gesundheit genannt. Im Schweizerischen Vergleich liegen diese knapp vor den diplomierten Pflegefachfrauen, wobei letztgenannte als die kleinste Gruppe der Pflegepersonen in Alters- und Pflegeheimen in Bern und im Wallis aufgeführt werden.

Die drei Berufsgruppen bilden den Hauptbestand Pflegenden in Alters- und Pflegeheimen. Die Sichtweisen der drei Hauptgruppen des Pflegeberufs im Oberwallis und im Berner Oberland im Zusammenhang mit dem Angehörigeneinbezug im Alters- und Pflegeheim wurden in der wissenschaftlichen Literatur nicht beschrieben. Aus diesem Grund wird der Angehörigeneinbezug aus diesen drei Perspektiven erforscht. Die vorliegende Arbeit erforscht die Perspektive der Pflegehilfen SRK.

1.2 Fragestellung

Wie erleben Pflegehilfen SRK 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 Pflegehilfen SRK zu erfahren. Die gewonnenen Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit sollen neues Wissen für die Praxis zur Verfügung stellen. Anhand der Ergebnisse der drei Teilgruppen werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht. Der Vergleich der drei Forschungsergebnisse wird in die Diskussion der Ergebnisse mit einfließen. Ein weiteres Ziel stellt das Aufstellen von Empfehlungen für die Berufsgruppe der Pflegehilfen SRK dar.

.

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 familiären Entlastung oder nach einem Spitalaufenthalt, wenn sich der betagte Mensch noch nicht selber versorgen kann, in Betracht gezogen werden. Die Langzeitpflege bezieht sich vor allem auf betagte und 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 eines Heimeintritts gehören soziodemographische Faktoren wie das erhöhte Alter, weibliches Geschlecht oder der Aspekt, dass Personen alleine leben (Gaugler, Duval, Anderson & Kane 2007). Hauptgründe für die Entlassung sind zu 76% das Versterben der Bewohner, zu 12% die Überweisung in eine andere Gesundheitsinstitution, zu 9% die Rückkehr ins eigene Zuhause und zu 3% die Verlegung an einen anderweitigen Ort (BFS, 2019).

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 ihrer Ehefrau unterstützt und gepflegt werden. Frauen verbringen mit 3.3 Jahre im Schnitt einen deutlich längeren Aufenthalt in einem Alters- und Pflegeheim als Männer mit durchschnittlich 2.2 Jahre. Im Schnitt beträgt das Alter der Frauen beim Heimeintritt 82.8 und bei Männern 78.8 Jahre. Durchschnittlich versterben Frauen in einem Alters- und Pflegeheim mit 88.3 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 und 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 zu verbessern

(CURAVIVA, o.D. b). Die Berner Alters- und Pflegeheime werden von dem Verband CURAVIVA BE vertreten. Sie setzen 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 wurde die AVALEMS, der Verband der Alters- und Pflegeheime, gegründet. Die AVALEMS engagiert sich für eine hohe Qualität der Sozial- und Gesundheitspolitik in Einrichtungen, um älteren Personen eine angemessene Lebensumgebung und Betreuung zu gewährleisten. Ausserdem organisiert die AVALEMS auf kantonaler und interkantonaler Ebene die Arbeitskoordination sowie Aus- und Weiterbildungen für Fachkräfte. Des Weiteren bestimmt der Verein Rahmenbedingungen, Rechte, Pflichten und Aufgaben zwischen den Walliser Heimen und den Mitarbeitern (Avalems, o.D. b). Der Verein umfasst 52 Heime mit 3'227 Betten und beschäftigt 4'658 Mitarbeitende (Avalems, 2017).

2.2 Angehöriger

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

Friedemann und Köhlen (2010) reden derweil von Familienmitgliedern. Zwischen Familienmitgliedern bedingt es keiner biologischen oder verwandtschaftlichen Verbindung, noch müssen sie im selben Haushalt leben. Laut Friedemann und Köhlen muss eine emotionale Beziehung vorhanden sein, unabhängig ob diese positiv oder negativ erscheint, um als Familienmitglied zu gelten. Friedemann und Köhlen bezeichnen die Familie als ein soziales System, welches fähig ist Entscheidungen zu treffen und dadurch das eigene System zu ändern. Gibt es im Bereich des Familiensystems ein Ungleichgewicht beziehungsweise eine Veränderung, so wirkt sich dies auf das gesamte System aus. Eine Störung im System kann beispielsweise der Eintritt eines Mitglieds in ein Alters- und Pflegeheim sein. Das familienzentrierte Modell von

Friedemann und Köhler 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 (Bittel-Passeraub, 2014). Als ein 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 dreht es sich vielfach um Anerkennung für das von ihnen Geleistete. Ein weiteres Bedürfnis von Angehörigen ist der Einbezug in die Pflege, falls dies auch dem Wunsch des Patienten entspricht. Durch wertfreies Zuhören seitens der Pflegenden möchten die Angehörigen Zuwendung erfahren (Bittel-Passeraub, 2014). Der Heimeintritt eines pflegebedürftigen Menschen kann die Folge einer Überforderung 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 professionell Pflegenden übernommen. Angehörige nehmen nun erneut die Rolle als Familienmitglied ein, welche um emotionale und menschliche Aspekte bemüht sind (Altmann, 2014).

Um eine gute Pflegequalität und Betreuung zu gewährleisten ist eine stabile Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen, den Angehörigen und den professionell pflegenden unerlässlich (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. Ugolini betont weiter, dass trotz der heute oftmals asymmetrischen Verhältnisse zwischen Pflegenden und Angehörigen eine partnerschaftliche Beziehung und eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe angestrebt werden soll.

Beim Einbezug der Angehörigen im Alters- und Pflegeheim steht ein breites Spektrum an Möglichkeiten zur Verfügung. Das Bundesamt für Gesundheit (2018) beschreibt das 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 (BAG, 2018).

2.4 Pflegeperson

Schweizer Alters- und Pflegeheime beschäftigten 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, 2018b).

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

2.4.1 Diplomierte Pflegefachfrau

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

Diplomiertes Pflegefachpersonal verwaltet ein breitgefächertes und vielfältiges Aufgaben- und Kompetenzspektrum. Weiter haben Pflegefachfrauen unterschiedliche Berufsrollen

entsprechend ihrer Ausbildung, Weiterbildung und Berufserfahrung. Diplomierte Pflegefachfrauen und -männer definieren den Pflegebedarf mittels Pflegeanamnese und vertiefenden Assessments, planen daraufhin Massnahmen, sind an deren Umsetzung bemüht und evaluieren die zuvor definierten Pflegeziele. Die Unterstützung und Anleitung von Mitarbeitern wie die Delegation von Aufgaben und deren Controlling gehören unter anderem zum Aufgabebereich diplomierter Pflegefachfrauen. Sie tragen die Verantwortung für den gesamten Pflegeprozess und alle im Team ausgeführten Aufgaben (Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK-ASI], 2011)

2.4.2 Fachfrau Gesundheit

Die korrekte Bezeichnung dieses Berufs lautet Fachfrau Gesundheit EFZ, wobei dies auch mit FaGe abgekürzt wird. Die berufliche Grundbildung umfasst eine Dauer von drei Jahren.

Die Tätigkeiten einer Fachfrau Gesundheit umfassen das Pflegen, Betreuen und Begleiten kranker, betagter und behinderter Menschen im stationären wie auch im ambulanten Gesundheits- und Sozialwesen. In diesem Rahmen führen sie medizinisch-technische Verrichtungen aus, unterstützen das körperliche, soziale und psychische Wohlbefinden der Patienten und tragen einen grossen Teil an der Alltagsgestaltung bei. Zudem sind sie für administrative und logistische Dienstleistungen verantwortlich. Der Beziehungs- und Vertrauensaufbau zu den Patienten sind wichtige Fähigkeiten, über welche eine Fachfrau Gesundheit verfügen muss (CURAVIVA Kanton Zürich, o.D.)

2.4.3 Pflegehilfe SRK

Das SRK wurde im Jahr 1863 gegründet. Ursprünglich lag die Aufgabe des roten Kreuzes darin, verwundeten Soldaten Hilfe zu leisten, aber auch in Kriegs- und Katastrophenzeiten tätig zu sein. Im Laufe der Jahrzehnte wurde der Tätigkeitsbereich erweitert. Hinzu kamen die Bekämpfung von Epidemien, Hygiene- und Gesundheitsförderung, die Pflege von Kranken und Gesunden, Hilfeleistung in der Pflege Zuhause und die Ausbildung von Helfer und Helferinnen.

Da bereits in den 1950er-Jahren ein Pflegemangel vorhanden war, suchte das SRK nach Lösungen. Es wurden Kurse für häusliche Krankenpflege und Samariterkurse entwickelt sowie Spitalhelfer rekrutiert und ausgebildet. Hauswirtschaftliche Aufgaben sollten nicht nur vom Pflegepersonal ohne Diplome übernommen werden, sondern auch von Hilfspflegerinnen und Zimmermädchen. Die Tätigkeiten wurden klar abgegrenzt. Neben diesen zwei Kursen wurde noch ein Kurs für Krankenpflege im Spital eingeführt. 1959 erfolgte der erste Pilotkurs in Bern. Im Jahr 1960 wurden die ersten nationalen Richtlinien verfasst, damit der Kurs schweizweit durchgeführt werden konnte. Der Kurs wurde zum „Kurs für Rotkreuz-Spitalhelferinnen“ ernannt.

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 nun staatlich festgelegt. Angesehen wurde die Tätigkeit nicht mehr als Freiwilligenarbeit. Im Verlauf der 1990er-Jahre wurde der theoretische und praktische Teil erweitert. Pflegehilfen wurden nun als aktive Komponente im Gesundheitssystem angesehen. Nichtsdestotrotz wurde in den Richtlinien darauf hingewiesen, dass sie keinesfalls das Pflegepersonal ersetzen können und dass alle Verrichtungen unter Aufsicht des diplomierten Pflegepersonals durchgeführt werden müssen.

Früher wurde die Arbeit der Pflegehelfer SRK vor allem durch bürgerliche Frauen der Mittelschicht durchgeführt. Heute handelt es sich bei 30% der Pflegehelfer SRK um Frauen mit Migrationshintergrund. Der grösste Teil besteht aus Frauen, welche aufgrund der Familie und dem Haushalt für längere Zeit nicht erwerbstätig waren und wieder in die Arbeitswelt einsteigen möchten. Der Kurs ist auch ideal für Personen, welche keine abgeschlossene Ausbildung vorweisen können (SRK, o.D. b).

Für die Aufnahme in den Lehrgang Pflegehelfer und PflegehelferIn SRK wird ein Mindestalter von 18 Jahren verlangt, eine gültige Arbeitsbewilligung, die gesprochene Sprache mündlich und schriftlich zu beherrschen, Interesse am Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, gute psychische und physische Gesundheit und weitere persönliche Anforderungen. Der Lehrgang besteht aus einem theoretischen (120 Stunden) und einem praktischen Teil (12-15 Tage) (SRK, o.D. a). Die Kompetenzen und Fähigkeiten sind vom SRK schriftlich festgelegt. Sie beinhalten übertragene Aufgaben im Bereich der Pflege und Betreuung von gesunden oder kranken Menschen, von Menschen mit Behinderung, zur Entlastung pflegender Angehöriger und unterstützen Pflegefachfrauen in der Gesundheitsförderung. Die Aufgaben werden nach Anweisung und/oder Überwachung von Pflegefachfrauen ausgeführt (SRK, 2017).

2.5 Palliative Care

Laut Steffen-Bürgi, Schärer-Santschi, Staudacher und Monteverde (2017) stammt der Begriff „Palliative“ aus dem Lateinischen und beinhaltet das Wort „Pallium“, was Mantel bedeutet und „Palliare“, was mit dem Mantel umhüllen oder bedecken bedeutet. Laut dem Duden stammt „Care“ aus dem 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 End-of-Life Care verwendet, welche sich jedoch nur mit der Behandlung und Betreuung der Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen in der letzten Lebensphase befasst. Nauck (2003, zit. in Steffen-Bürgi et. al,

2017) beschreibt, dass der Begriff End-of-Life Care unpräzise definiert wird, da er eine Zeitperiode angibt. Es ist jedoch unklar, wann die letzte Lebensphase beginnt. Weiter fordert er auf, End-of-Life Care nicht mit Palliative Care gleichzusetzen. Palliative Care wird nicht erst im terminalen Stadium, sondern in jeder Phase der Erkrankung eingesetzt (Steffen-Bürgi et al., 2017). Aus diesem Grund beabsichtigen die Nationalen Leitlinien Palliative Care eine einheitliche Definition zu schaffen. Das Konzept Palliative Care setzt sich mit der Betreuung und Behandlung von Personen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und chronisch fortschreitenden Krankheiten auseinander. Das Ziel in der Betreuung liegt nicht in der Heilung der erkrankten Person, sondern in der Sicherstellung der bestmöglichen Lebensqualität bis zum Tode. Ein gemeinsames Verständnis von Palliative Care ist Voraussetzung für die schweizweite Umsetzung der Nationalen Leitlinien (BAG & GDK, 2012).

Eine qualitativ adäquate Palliative Care Betreuung erfordert professionelle Fachpersonen. Im Mittelpunkt der Palliative Care stehen die individuellen psychischen, physischen, spirituellen und sozialen Bedürfnisse und Wünsche der Patienten und ihrer Angehörigen (BAG & GDK, 2010). Die Patienten haben das Recht zur Selbstbestimmung. Palliative Care sieht das Sterben als einen natürlichen Prozess an und will diesen unabhängig vom Alter weder hinauszögern noch verkürzen. Der Betroffene und dessen Angehörige werden im Trauerprozess von kompetenten Fachleuten bestmöglichst 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 (Steffen-Bürgi et al., 2017).

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

3. Methodenbeschreibung

3.1. Forschungsdesign

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage bezüglich des Einbezugs Angehöriger im Alters- und Pflegeheim aus Sicht der Pflegehilfe SRK 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 gesagt 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, vielmehr 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 Patientinnen und Pflegenden. Dadurch lässt sich die Analyse der Einstellung von Pflegenden gegenüber Angehörigen und Patientinnen als ein Schwerpunkt solcher Studien erkennen (Brandenburg & Dorschner, 2015).

3.2. Stichprobenbildung

In die qualitative Forschung wurden vier Alters- und Pflegeheime, drei aus dem Oberwallis und eines aus dem Berner Oberland einbezogen. Die Teilnehmerinnen wurden durch die Projektgruppenmitglieder in Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung und anhand von zuvor definierten Einschlusskriterien rekrutiert. Die Pflegehilfe SRK musste den SRK Kurs erfolgreich abgeschlossen haben. 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 Arbeit erfolgte die Datenerhebung mittels problemzentrierter Interviews in Anlehnung an Witzel (1985, zit. in Flick, 2007). Diese Art von Interviews geht dem Ziel nach, persönliche Sichtweisen befragter Personen zu erfassen. Mayer (2018) beschreibt weiter, dass die Befragung einem offenen Gespräch möglichst nahekommen soll. Der Interviewleitfaden (siehe Anhang) wurde von der Forschungsgruppe in gemeinsamer Arbeit erstellt. Es wurden Leitfragen beziehungsweise Orientierungsfragen definiert, wobei den Befragten die Möglichkeit gegeben wurde, diese offen zu beantworten. Zudem wurden die Interviewpartner aufgefordert einen soziodemographischen Bogen (siehe Anhang) auszufüllen, in welchem persönliche Daten erfasst worden sind.

Die Interviews wurden in den jeweiligen Alters- und Pflegeheimen durchgeführt. Von den Pflegedienstleitungen und den Interviewpartnerinnen wurde das Datum, der Zeitpunkt sowie der Ort für das Führen der Interviews bestimmt. Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, anonymisiert abgespeichert und vor dem Zugriff unbefugter Dritter gesichert. Die Interviews wurden von allen sechs Mitgliedern des Forschungsteams perspektivenübergreifend durchgeführt. Nach dem Abschluss der Datensammlung konnten acht Interviews verzeichnet werden, wobei sieben 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).

3.4. Datenanalyse

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

Folgende Schritte wurden durchgeführt:

1. Die Interviewtranskripte werden mehrfach gelesen, um ein allgemeines Verständnis für die Texte und deren Inhalt zu entwickeln.
2. Von jedem Interview wird eine (interpretative) Zusammenfassung geschrieben (2a) und mögliche Themen kodiert (2b).
3. Die Interviewtranskripte werden analysiert, um zentrale Themen zu finden (3a). Die Analysen werden anschliessend im Interpretationsteam diskutiert (3b).
4. Bei Unstimmigkeiten wird der Text erneut untersucht.

5. Die durch Vergleiche und Gegenüberstellung der Texte herausgearbeiteten Themen, die die gemeinsamen Bedeutungen und Praktiken widerspiegeln, werden identifiziert und beschrieben (5a). Die Ergebnisse dieses Vorganges werden erneut diskutiert (5b).
6. Die Themen werden verglichen, um das wesentliche (konstitutive) Muster, das in allen Interviews zu finden ist bzw. die Themen miteinander verbindet, herauszuarbeiten.
7. In einem zusammenfassenden Entwurf werden die Themen sowie das konstitutive Muster beschrieben und durch Textpassagen unterlegt.

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

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

Im weiteren Prozess der Datenanalyse konnte jeweils auf das Forschungsteam zurückgegriffen werden. Dabei wurden die Analysen auf der Arbeitsebene der Forschungsgruppe perspektivenübergreifend besprochen. Zudem konnte bei Fragen und Unklarheiten die Expertenebene, im Sinne 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 Einreichung des Forschungsprojekts an der Ethikkommission ist nicht nötig, da sich die vorliegende Bachelorarbeit im Rahmen des Memorandums der HES-SO Wallis bewegt. Die Teilnehmer wurden vor der Durchführung der Interviews vollumfänglich über das Projekt informiert. Die Daten wurden zu jeder Zeit anonymisiert und vertraulich behandelt. Während des gesamten Forschungsprojekts wurde die Privatsphäre der Teilnehmer geschützt, da weder Namen noch andere persönliche Angaben wie Arbeitsort, Berufserfahrung usw. an unbefugte Drittpersonen weitergegeben und 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 dem Zutritt 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 entsorgt. Zudem wurde von der Projektgruppe eine informierte 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) gemacht.

3.6. Gütekriterien

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

Glaubwürdigkeit

Unter der Glaubwürdigkeit wird die Zuverlässigkeit der Ergebnisse aus Sicht der Forscher und weiterer wissenschaftlicher Teammitglieder verstanden. Sie zeigt, inwiefern die Analyse richtig interpretiert und die Aussagen im Sinne der Interviewpartnerinnen gemacht wurden. Durch Engagement und grosses Interesse seitens der Projektteilnehmer konnte ein regelgeleitetes Arbeiten stattfinden. Um die Glaubwürdigkeit der Arbeit zu erhöhen, wurde auf unterschiedlichen Ebenen gearbeitet. Auf einer Ebene wurde in Zweierteams gearbeitet, welche regelmässig mit ihrer Begleitperson Rücksprache hielten. Auf einer weiteren Ebene arbeiteten die sechs Mitglieder der Forschungsgruppe zusammen. Auf der letzten Ebene sind die gemeinsamen Treffen zu erwähnen, wobei das gesamte Forschungsteam anwesend war.

Folgerichtigkeit

Die Folgerichtigkeit gibt an, ob die Forschung von der Fragestellung bis zu den Ergebnissen nachvollziehbar eingeschätzt werden kann. Diese kann durch eine exakte Verfahrensdokumentation erreicht werden. Die Verfahrensdokumentation wurde in der Methodenbeschreibung erläutert. Weiter wurde 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.

Angemessenheit

Die Angemessenheit gibt Auskunft darüber, wie exakt die Wirklichkeit der Teilnehmer 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). Die ausgewählten und beschriebenen Methoden wurden einheitlich von der gesamten Forschungsgruppe verwendet, wobei die jeweiligen Schritte des Forschungsprozesses in den Teilgruppen durchgeführt wurden.

4. Forschungsergebnisse

4.1 Interviewpartner

Bei den Interviewpartnern handelt es sich ausschliesslich um Frauen. Alle angegebenen stammen ursprünglich aus dem Dienstleistungssektor. Die Spanne des Alters der Pflegepersonen reicht von 34 bis 60 Jahren. Die Berufserfahrung im Alters- und Pflegeheim variiert stark, der Bereich geht von 2,5 bis 26 Jahre. Die aufgeführten Jahre der Berufserfahrung beziehen sich auf den Zeitpunkt des Ausbildungsabschlusses, wobei das von den Pflegepersonen angegebene Jahr in die Berechnung hinzugezogen wird. Unter Berücksichtigung des einheitlichen Berechnens wird das aktuelle Jahr 2019 ebenso eingeschlossen. Es wurden acht Interviews durchgeführt. Das sechste Interview konnte aufgrund der Ausschlusskriterien nicht in die Analyse miteinbezogen werden.

Kürzel	Alter	Geschlecht	Abschluss SRK	Berufserfahrung in der Pflege	Motivation
1	53	weiblich	2016	4 Jahre	Berufliche Veränderung
2	60	weiblich	2005	15 Jahre	Berufliche Veränderung
3	53	weiblich	1993	27 Jahre	Höheres Arbeitspensum
4	56	weiblich	2005	15 Jahre	Wiedereinstieg in das Berufsleben
5	55	weiblich	2015	5 Jahre	Berufliche Veränderung
6	49	Weiblich	2014	6 Jahre	Berufliche Veränderung
7	50	weiblich	2016	4 Jahre	Berufliche Veränderung
8	34	weiblich	2016	4 Jahre	Berufliche Veränderung

4.2 Themenübersicht

Bei der darauffolgenden Gesamtanalyse der Interviews haben sich die folgende Haupt- und Unterthemen und das konstitutive Muster der Ambivalenz herausgestellt. Die Zitate aus den Interviews werden im Text zur besseren Lesbarkeit *Kursiv* („...“) dargestellt.

4.2.1 „*Macht man es jetzt richtig, macht man es jetzt falsch?*“ (4, 126)

4.2.1.1 „*Von meiner Pflegestufe her kann ich nicht so viel machen*“ (2, 72)

4.2.1.2 „*Auch wenn jetzt wir Pflegehilfen vielleicht im Moment auch nur da sind*“ (3, 133)

4.2.2 „*Wir können es ja immer abschieben auf die Diplomierten*“ (7, 57)

4.2.3 „*Manchmal da geht es wirklich super und manchmal ist es sehr sehr schwierig*“ (4, 32)

4.2.3.1 „*Die einen loben uns und geben uns gutes Feedback...*“ (8, 35)

4.2.3.2 „*... und die anderen reklamieren nur*“ (8, 35)

4.2.4 „*Sie müssen einfach äussern was sie wollen*“ (4, 148)

4.2.4.1 „*Pflege ist ja schon im Prinzip unsere Hauptsache*“ (3, 216)

4.2.4.2 „*Wenn es jetzt wirklich palliativ ist... dann wollen sie meistens wirklich noch etwas tun*“ (1, 128)

4.2.5 „*Jede Situation ist anders*“ (5, 251)

4.3 Ausführliche Beschreibung der Themen

4.3.1 „*Macht man es jetzt richtig, macht man es jetzt falsch*“ (4, 126)

Die Pflegehilfen SRK zeigen während dem Interview eine Ambivalenz bezüglich der eigenen Kompetenzen und der Ausübung der Arbeit auf. Eine Interviewpartnerin SRK stellte sich die Frage: „*Macht man es jetzt richtig, macht man es jetzt falsch?*“ (4, 126). Die Pflegehilfen SRK zeigen sich zudem verunsichert in Bezug auf das Verhältnis zwischen den Angehörigen und der eigenen Berufsgruppe. Sie äussern sich ambivalent bezüglich des Vertrauens, welches von den Angehörigen gegenüber den Pflegehilfen SRK gezeigt wird: „*Das Vertrauen von ihnen... zum Teil auch für uns als Pflegehilfen ist also schon auch da*“ (3, 183). Ein weiterer Punkt, welcher auf die Unsicherheit der Interviewpartnerinnen hinweist, ist die Aufnahmefähigkeit der Pflegehilfen SRK in Bezug auf die Wünsche der Angehörigen: „*Dass sie auch merken, auch wir sind aufnahmefähig für Bedürfnisse, die sie als Angehörige haben*“ (4, 126). Diese Verunsicherung kann dazu führen, dass die Pflegehilfen SRK das Gefühl haben ihre Aufgaben falsch auszuführen.

Unterthema 1: „Von meiner Pflegestufe her kann ich nicht so viel machen“ (2, 72)

Die Interviewpartnerinnen äussern sich in den Interviews zu den Kompetenzen der eigenen Profession. Eine Interviewpartnerin erklärt, dass sie von ihrer Pflegestufe her nicht so viel machen kann. Dies bezieht sich auf die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Eine weitere Interviewpartnerin erzählt: *„Ich bin Pflegehelferin... ich darf ja auch nicht so Informationen geben“* (9, 65). Eine weitere Pflegeperson unterstreicht dies mit dem Zitat: *„Wir geben ja keine Auskunft“* (7, 184). Die Pflegepersonen möchten darauf aufmerksam machen, dass sie als Pflegehilfe SRK nicht die gleichen Möglichkeiten hat, wie Pflegepersonen mit einem höheren Abschluss wie diplomierte Pflegefachfrauen oder Fachfrau Gesundheit. Eine Pflegehilfe SRK erläutert: *„Ich war nur da und habe zugeschaut, aber mit den Angehörigen persönlich habe ich nicht viel geredet“* (8,70). Bezüglich der Zusammenarbeit mit den Angehörigen erklärt eine weitere Interviewpartnerin ebenfalls, dass sie durch die eingeschränkte Informationsweiterleitung einen verminderten Kontakt zu den Angehörigen pflege: *„Wir als Pflegehilfe nicht Auskunft geben dürfen“* (3, 65). Widersprüchlich zu der Aussage, keine Auskunft geben zu dürfen, erklärt dieselbe Pflegehilfe SRK, dass sie mit den Angehörigen auch Gespräche führt, welche ausserhalb ihres Kompetenzbereichs liegen: *„Gewisse Gespräche... die eigentlich auch nicht unseren Kompetenzen entsprechen“* (3, 341). Die Kompetenzeinschränkungen aber auch die Kompetenzüberschreitungen können bei den Interviewpartnerinnen Verunsicherungen hervorrufen und die Frage aufwerfen, ob die Aufgaben der Pflegehilfen SRK richtig oder falsch ausgeführt werden.

Unterthema 2: „Auch wenn jetzt wir Pflegehilfen vielleicht im Moment auch nur da sind“ (3, 133)

Eine zentrale Rolle, welche die Pflegehilfen SRK übernehmen ist ihre Anwesenheit im Alters- und Pflegeheim. Die Pflegehilfen bezeichnen in den Interviews, dass sie als Pflegehilfen in vielen Momenten für die Angehörigen einfach nur da sind: *„Auch wenn jetzt wir Pflegehilfen vielleicht im Moment auch nur da sind“* (3, 133). Eine weitere Interviewpartnerin beschreibt das Dasein ebenfalls als eine wichtige Aufgabe in Bezug auf die Angehörigen: *„Einfach für sie da sein“* (5, 143). Die Pflegehilfe SRK empfindet es als zentrale Aufgabe Angehörigen auffangen zu können und für ihr Wohlergehen zu sorgen: *„Wir müssen auch die Angehörigen auffangen können und schauen, dass es denen gut geht“* (5, 138). Dies bestärkt die Pflegehilfen SRK in ihrer Profession und es wird das Gefühl vermittelt, dass sie ihre Aufgabe richtig ausführen.

4.3.2 „Wir können das ja immer abschieben auf die Diplomierte“ (7, 57)

Pflegehilfen SRK können jederzeit auf die Hilfe von diplomiertem Pflegepersonal zurückgreifen. Dies wird vor allem in Anspruch genommen, wenn sich die Pflegehilfen SRK mit einer Situation überfordert fühlen oder wenn die zu erledigende Aufgabe ihre Kompetenzen

überschreitet. Sobald schwierige Situationen auftreten melden die Pflegehilfen SRK dies an Diplomierten weiter: *„Sehr schwierig... man kann höchstens einer FaGe/ Diplomierten dies rückmelden“* (3, 166). Diese suchen anschliessend das Gespräch zu den Angehörigen. Weiter wird erklärt, dass schwierige Situationen aus dem Pflegealltag auf die Diplomierten abgeschoben werden können: *„Wir können es ja immer abschieben auf die Diplomierten“* (7, 57). Eine weitere Person erklärt, dass sie sich bei Schwierigkeiten immer an die Diplomierten wenden kann: *„Dann leite ich das halt weiter an die Diplomierte“* (2, 75). Eine weitere Pflegehilfe SRK äussert, dass es je nach Pflegeausbildung Unterschiede in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen geben kann: *„Ich könnte mir vorstellen, dass FaGe/ Diplomierte... einen ganz anderen Zugriff... zu so Verwandten haben“* (3, 337). Wie die Beziehungsgestaltung zwischen diplomierter Pflegefachfrau und Angehörigen aussieht wird jedoch nicht erklärt. Im Altersheim im Kanton Bern wird nicht auf die diplomierten Pflegefachfrauen, sondern auf den Angehörigensupport verwiesen, welcher die Pflegepersonen unterstützt: *„Wenn wir ein Problem haben, können wir den Angehörigensupport in Anspruch nehmen“* (2, 53). Fall sich die Pflegehilfen SRK von Angehörigen oder anderen Situationen überfordert fühlen, melden sie dies weiter an die Diplomierten im Angehörigensupport: *„Leite ich das halt an den Support weiter“* (2, 97). Die Pflegehilfen SRK haben das Gefühl, dass die Bedürfnisse der Angehörige durch den Angehörigensupport bestmöglich befriedigt werden können: *„Den Angehörigensupport, welchen sie hier anbieten... der ist wirklich abgedeckt“* (1, 97). Dies zeigt auf, dass die Pflegehilfen SRK bei Überforderung und Schwierigkeiten mit den Angehörigen immer auf die diplomierte Pflegefachfrau oder den Angehörigensupport zurückgreifen können.

4.3.3 „Manchmal da geht es wirklich super und manchmal ist es sehr sehr schwierig“ (4, 32)

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird von allen Pflegehilfen SRK als grundsätzlich positiv erlebt: *„In den meisten Momenten eigentlich sehr positiv“* (3, 61). Für eine Interviewpartnerin sind die Angehörigen und die Bewohner *„Ein Glied, was zusammengehört“* (5, 72). Bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen spielt für die Pflegehilfen SRK die Kommunikation eine wichtige Rolle. Eine Pflegeperson erklärt: *„Wenn das Vertrauen da ist... ist man wirklich offen und ehrlich miteinander“* (1, 88). Einer weiteren Pflegehilfe SRK ist die offene und ehrliche Kommunikation ebenfalls wichtig: *„Wenn irgendetwas nicht gut ist, dass sie das auch sagen“* (5, 295). Durch das Vertrauen und die offene und ehrliche Kommunikation erleben die Pflegehilfen SRK die Zusammenarbeit als gut funktionierend. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird von einer Pflegehilfe SRK als schwierig erlebt, wenn die Angehörigen nicht direkt über ihre Bedürfnisse und Wünsche sprechen. Diese wünscht sich, dass Angehörige *„Nicht so hintenrum tuscheln“* (2, 200). Da unterschiedliche Kommunikationsarten und -wege in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen zum Vorschein kommen, wird die Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegehilfen SRK divers erlebt: *„Manchmal da geht es wirklich super und manchmal*

ist es sehr sehr schwierig” (3, 32). Als weiteren Grund für die unterschiedlichen Empfindungen in der Zusammenarbeit wird die oft lang andauernde Anwesenheit der Angehörigen genannt: *„...wirklich sehr präsente Angehörige und andere ein bisschen weniger*” (1, 58). Durch diese enormen Unterschiede in der Zusammenarbeit werden verschiedenen Beziehungen zu den Angehörigen aufgebaut. Das Zitat der Pflegehilfe SRK zeigt auf, dass die Beziehung zu den Angehörigen ambivalent erlebt wird.

Unterthema 1: *„Die einen loben uns und geben uns gutes Feedback...”* (8, 35)

Eine Pflegehilfe SRK sagt, dass einige Angehörige die Pflegepersonen loben und ihnen positives Feedback geben. Eine andere Interviewpartnerin erwähnt beispielsweise: *„Ihr schaut meiner Mama oder meinem Papa hier sehr gut, wir könnten ihm nicht besser schauen...”* (5, 116), welches sie als gutes Feedback empfand. Weitere positive Rückmeldungen der Angehörigen an die Pflegehilfen SRK können auch nonverbal erfolgen: *„Die Umarmungen, die man hat und persönliche Karten und Merci und all das”* (7, 109) oder *„Jede Gestik oder wenn sie dir Merci sagen oder die Hand geben oder Grüßen”* (7, 74). Eine Pflegehilfe SRK schätzt es bei den Angehörigen, wenn sie sich für ihre Meinung einsetzen können und den Pflegehilfen ein Feedback bezüglich ihrer Arbeit geben: *„Eigentlich mehr positive Erlebnisse, wo die Angehörigen gutes Feedback geben, wo sie hinter einem stehen, wo sie auch die Meinung vertreten”* (8, 60). Die Angehörigen sollen sich im Alters- und Pflegeheim wie zuhause fühlen. Um dies zu gewährleisten gibt es keine Öffnungszeiten für die Angehörigen: *„Sie können jederzeit kommen und sind jederzeit willkommen”* (2, 36). Es sind jedoch nicht nur die institutionellen Gegebenheiten, wie die offenen Türen, sondern das familiäre Gefühl, welches von den Pflegehilfen SRK vermittelt wird: *„Ein bisschen familiär”* (3, 111). Den Pflegehilfen SRK ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wichtig: *„Sehr sehr wichtig, dass wir ganz eng mit denen zusammenarbeiten können”* (5, 85). Durch solch günstige Rückmeldungen wird die Zusammenarbeit mit Angehörigen als positiv bezeichnet.

Unterthema 2: *„... und die anderen reklamieren nur”* (8, 35)

Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen wird von den Interviewpartnerinnen nicht nur als positiv, sondern oftmals auch als schwierig bezeichnet: *„Manchmal ist es sehr sehr schwierig”* (4, 32). Eine Pflegehilfe SRK nennt als negativen Grund in der Zusammenarbeit mit Angehörigen deren Ansicht bezüglich ihres falschen Handelns: *„Meinen, dass wir alles falsch machen”* (7, 41). Dadurch können Reklamationen entstehen, welche sich negativ auf die Beziehung der Pflegehilfe SRK und der Angehörigen auswirken können. Als weiterer Grund für die erschwerte Kommunikation nennt eine Interviewpartnerin das fehlende Verständnis der Angehörigen gegenüber den Kompetenzen der Pflegehilfen SRK: *„Die meinen wir putzen hier nur den Hintern*

und schauen, dass sie nicht stürzen“ (7, 230). Das fehlende Verständnis kann zu Missverständnissen zwischen Angehörigen und Pflegehilfe SRK führen.

Als weitere Schwierigkeit in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen bezeichnen die Interviewpartnerinnen die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme der Heimbewohner. Eine Interviewpartnerin erklärt, dass die Angehörigen die Bewohner oft überfüttern und die Bewohner dadurch häufig an Magenprobleme leiden: *„Stossen sie in jedes Loch, wo sie nur können, Essen rein“ (7, 114).* Diese Pflegeperson ist jedoch überzeugt, dass es die Angehörigen nur gut meinen und das aufholen wollen, was sie das ganze Jahr über verpasst haben: *„Jeder meint es nur gut...“ (7, 115).* Eine andere Pflegehilfe SRK erklärt, dass die Angehörigen oft Probleme bezüglich der Essensmenge für die pflegebedürftigen Personen machen: *„...eben zu wenig Essen... nicht die volle Portion kriegen, die sie bezahlen“ (8, 116).* Aufgrund dieser aufgeführten Punkte kann die Zusammenarbeit mit Angehörigen als schwierig erlebt werden.

4.3.4 „Sie müssen einfach äussern was sie wollen“ (4, 148)

Die Pflegehilfen SRK zeigen sich beim Einbezug der Angehörigen in die Pflege ambivalent. Die Interviewpartnerinnen wissen nicht, ob der Einbezug der Angehörigen überhaupt seitens der Bewohner: *„Ich glaube da müsste man einfach Bewohner selber mal fragen“ (3, 253)* oder seitens der Angehörigen erwünscht ist: *„Ich weiss auch gar nicht ob... das Bedürfnis da ist von den Angehörigen, dass sie da noch quasi mit einbezogen werden“ (3, 246).* Eine Pflegeperson erklärt, dass die Angehörigen auch gar nicht wissen, um was es in der Pflege eigentlich geht: *„Angehörige, die wissen eigentlich gar nicht um was es geht“ (7, 229).* Eine Pflegeperson ist der Meinung, dass die Angehörigen nicht in die Pflege eingeschlossen werden möchten: *„Und oftmals wollen die das auch gar nicht“ (4, 160)* oder *„Die Meisten möchten nicht in die Pflege miteingeschlossen werden“ (1, 109).* Eine Pflegehilfe erklärt wiederum, dass die Angehörigen in die Pflege integriert werden könnten: *„Könnten sie bei mir voll dabei sein... wenn sie das möchten, aber ich habe das noch nie erlebt“ (2, 140)* aber nur *„Wenn sie ausdrücklich wollen“ (2, 129).* Eine weitere Pflegehilfe SRK ist ebenfalls der Meinung, dass die Integration in die Pflege von den Angehörigen aktiv gefordert werden muss: *„Sie müssen einfach äussern was sie wollen“ (4, 148).* Dieselbe Pflegeperson erklärt, dass die Angehörigen bei pflegerischen Aktivitäten von ihr aus dem Zimmer gebeten werden: *„Dann sagt man ihnen... gehen sie gerade raus“ (4, 130).* Eine andere Interviewpartnerin formuliert die Äusserung als Frage, um den Angehörigen die Möglichkeit zu geben anwesend zu bleiben, wenn sie möchten: *„Dann fragen wir eigentlich ob sie lieber raus möchten... die meisten sagen dann eigentlich, dass sie rausgehen wollen, wir lassen euch pflegen“ (2, 131).* Diese Äusserungen zeigen auf, dass die Pflegehilfen SRK die Bedürfnisse der Angehörigen und der Bewohner nicht kennen. Zudem erwarten sie von den Angehörigen, dass sie sich selber melden sollen, wenn sie einbezogen werden wollen.

Unterthema 1: *„In die Pflege selber sehe ich jetzt nicht so, dass man die gerade so integrieren könnte“ (4, 160)*

Auf der einen Seite wollen die Pflegepersonen die Integration der Angehörigen in die Pflege nicht: *„In die Pflege selber sehe ich jetzt nicht so, dass man die gerade so integrieren könnte“ (4, 160)*. Gründe dafür nennt eine Pflegehilfe SRK, dass die Angehörigen die Pflege nicht durchführen wollen und die Last der Angehörigenpflege an das Pflegepersonal abgeben wollen: *„Ich glaube... dass sie das uns überlassen, das wird abgegeben“ (1, 150)*. Eine weitere Pflegeperson erklärt, dass die Angehörigen über die Abnahme der Pflege durch das Personal erleichtert sind: *„Endlich, jetzt kann ich die Last abgeben und kann auch wieder atmen und meiner Mutter schaut man“ (7, 38)*. Eine Interviewpartnerin empfindet die Pflege als eine Aufgabe, welche ausschliesslich durch die Pflegehilfen SRK übernommen wird: *„Pflege ist im Prinzip unsere Hauptsache“ (3, 216)*. Für eine weitere Interviewpartnerin ist ebenfalls klar, dass die Pflege nicht von den Angehörigen übernommen wird: *„Klar, die Pflege machen wir am Morgen“ (4, 151)*. Auf der anderen Seite werden viele Beispiele genannt, wo Angehörige in die Pflege im Alters- und Pflegeheim integriert werden: *„Coiffeur... Ausflug... da kann man die gut integrieren“ (4, 164-169)*. Die Pflegehilfen SRK nennen vor allem kosmetische Interventionen, welche von den Angehörigen durchgeführt werden: *„Dass die Coiffeusen die Haare machen kommen“ (2, 155)*. Eine Interviewpartnerin ist der Überzeugung, dass die Angehörigen lieber etwas anders mit den Pflegebedürftigen unternehmen wollen: *„Es geht vielleicht eher darum mit ihnen sonst etwas zu unternehmen“ (1, 110)*. Erwähnenswerte Aktivitäten, welche von Angehörigen mit Pflegebedürftigen durchgeführt werden, wird von einer Pflegeperson beschrieben: *„Gehen mit ihnen spazieren oder gehen mit ihnen zum Coiffeur“ (4, 152)*. Hier wird erklärt, dass Angehörige eher therapeutische und organisatorische Tätigkeiten durchführen. Ebenfalls werden typische pflegerische Interventionen genannt wie: *„Tochter... hat die Mutter in das Bett getan“ (2, 146)* oder *„Nägel machen... Rücken eincremen“ (4, 167)*. Als weitere typische pflegerische Interventionen werden das Begleiten der pflegebedürftigen Person auf die Toilette und das Wechseln der Einlagen erwähnt: *„Mit der Mama aufs WC gehen und die Einlagen reintun und das geht sehr gut eigentlich“ (3, 186)*. Als wichtiger Punkt erwähnt die Pflegehilfe SRK, dass die Angehörigen von den Pflegehilfen SRK in verschiedenen pflegerischen Interventionen instruiert werden, um eine qualitativ hochstehende Versorgung der Bewohner zu gewährleisten: *„Zeigt man ihnen einfach das mal“ (5, 184)*. Die Aussage, dass der Wunsch nach Integration von den Pflegehilfen SRK nicht vorhanden ist und die Angehörigen dies auch nicht wünschen, widerspricht sich mit den vorhandenen Beispielen der Angehörigenintegration im Alters- und Pflegeheim, welche sich aus den Interviews ergeben.

Unterthema 2: *„Wenn es jetzt wirklich palliativ ist... dann wollen sie meistens wirklich noch etwas tun“ (1, 128)*

Sobald sich die Bewohner sich in palliativen oder End-of-Life Phasen befinden, wird die Angehörigenintegration von den Interviewpartnerinnen intensiver erlebt. Grund dafür könnte die permanente Anwesenheit der Angehörigen im Alters- und Pflegeheim sein: *„Sie sind einfach da, rund um die Uhr“* (1, 68). Die Angehörigen übernachteten oftmals bei den Bewohnern: *„Tag und Nacht, was auch schön ist“* (7, 159). Die Pflegehilfe SRK erklärt, dass die Angehörigen in diesen Situationen noch etwas für den sich am Lebensende Befindenden tun möchten: *„Wenn es jetzt wirklich palliativ ist... dann wollen sie meistens wirklich noch etwas tun“* (1, 128). Die Pflegehilfe SRK äussert, dass die Angehörigen meistens noch etwas persönliches für die sterbende Person machen wollen: *„Dann können sie selber auch nochmal persönlich etwas für die Mutter machen oder für den Vater“* (7, 167). Angehörige führen oft pflegerische Interventionen, wie die Durchführung der Rasur oder die Auswahl der Kleidung für die Pflegebedürftigen, durch: *„Den Vater nochmal rasieren... oder wenn sie noch etwas anziehen möchten“* (1, 133). Etwas Gutes für die terminalen Personen zu tun, kann beispielsweise die Schaffung einer vertrauten Umgebung sein. Dies kann mittels Musik passieren: *„Musik machen... wenn sie früher Musik gehört haben... organisieren vielleicht noch ein Radio“* (1, 136).

Ein zentrales Thema bei der Begleitung von terminalen Bewohnern und den Angehörigen ist die Essenseingabe. Eine Pflegeperson bringt die Schwierigkeit der Thematik mit folgendem Zitat zur Geltung: *„Essen zu geben und trinken ist manchmal heikel“* (1, 130). Grundsätzlich wird die Essenseingabe durch die Angehörigen bei terminalen Personen als etwas Schönes betrachtet. Eine Pflegeperson äussert, dass dies eine Befriedigung für die Angehörigen sein kann: *„Die Angehörige, wenn sie das können und dies selber wünschen ist das für sie ja auch eine Befriedigung“* (2, 162). Eine weitere Pflegehilfe SRK erklärt, dass die Essbegleitung in terminalen Situationen ein Wunsch der Angehörigen sein kann: *„In Palliativen Situationen waren auch schon Angehörige da, die dann das Essen selber eingegeben haben“* (8, 102). Probleme bei der Essenseingabe können auftreten, wenn die Angehörigen das Gefühl haben, die terminalen Bewohner müssen bis zum Schluss essen und trinken: *„Manche haben das Gefühl, die müssen essen und trinken bis zum Schluss“* (1, 131). Die Pflegehilfen SRK vertreten jedoch die Philosophie, dass Bewohner am Lebensende nicht mehr essen müssen: *„Machen wir hier, es muss niemand mehr“* (1, 132). Hier können schwierige Situationen auftreten, wenn die Philosophie der Angehörigen nicht mit derjenigen der Pflegehilfen SRK übereinstimmt und die Angehörigen das Gefühl haben, die Bewohner müssen essen: *„Fast noch das Essen eingestossen“* (3, 162) oder *„Einflössen, wenn sie nichts essen will oder krank ist“* (8, 52). Solche Situationen können sehr belastend für die Pflegehilfen SRK sein: *„Das ist für mich so wie das Bedürfnis von dieser eh terminalen Person einfach nicht wahrgenommen“* (3, 162). Terminale Situationen können sowohl für Angehörige sowie für Pflegehilfen SRK belastend sein: *„Wenn sie am Sterben sind, wobei sie wirklich überfordert gewesen sind und mich aus dem Zimmer gejagt haben, das habe ich auch schon erlebt“* (4, 58). Vor allem die Angehörigen wissen nicht,

wie sie in diesen Situationen reagieren sollen, da sie eine andere emotionale Beziehung zu der terminalen Person hegen. Diese Unsicherheit der Angehörigen kann auf die Pflegehilfe übergehen: *„Man weiss dann manchmal selber nicht, wie sich verhalten... dann sagt man ihnen... gehen sie gerade raus, wir erfrischen sie gerade, manche wollen dann auch nicht weg und möchten dableiben und das ist dann manchmal schon nicht einfach“* (4, 125). Dies zeigt den Wunsch der Angehörigen auf, bei der Pflege der Bewohner anwesend zu sein und noch etwas Gutes für die Person zu tun. Wiederum widerspricht dieser Wunsch der Aussage der Pflegehilfen SRK, dass die Angehörigen nicht in die Pflege eingeschlossen werden wollen.

4.3.5 „Jede Situation ist anders“ (5, 251)

Die Angehörigenpflege ist eine vielfältige Angelegenheit und *„Jede Situation ist anders“* (5, 251). Aus diesem Grund wird der Einbezug der Angehörigen als schwierig empfunden. Die Zusammenarbeit, der Einbezug und die Erwartungen an die Angehörigen gestalten sich ambivalent. Eine Pflegehilfe SRK wünscht sich von den Angehörigen, dass sie sich ein wenig mehr um die Pflegebedürftigen kümmern würden: *„Ich wünschte mir, sie würden sich ein bisschen mehr darum tun“* (1, 172) und dass sie *„Nicht erst dann kommen, wenn sie sterbend sind“* (1, 181), was die Pflegeperson als störend empfindet: *„Dass mich das manchmal ein bisschen stört, wo ich denke vorher nie und jetzt sind sie da“* (1, 181). Eine andere Pflegehilfe SRK erklärt, dass die Angehörigen nicht immer da sein sollen, aber pro Woche mindestens einen Besuch empfindet sie als angemessen: *„Aber so zwei drei Mal vorbeikommen“* (4, 201). Eine weitere Pflegeperson empfindet die Summe der Anwesenheit nicht als relevant. Das wichtigste für sie ist das Dasein: *„Dasein für die Bewohner... jetzt den Rest kann ich dir nicht sagen“* (5, 252). Eine weitere Person findet es wichtig, dass die Angehörigen mit den Bewohnern etwas unternehmen: *„Dass man sie einfach herausnimmt... ein Kaffee trinken geht oder auch mal ein paar Schnitte oder mit dem Rollstuhl laufen geht“* (4, 205). Die Erwartungen der Pflegehilfen SRK gehen weit auseinander. Eine weitere Person erklärt, dass die Angehörigen einfach mit guten Launen kommen sollen und nicht schon Monate vor dem Sterben traurig sein sollen. Man solle die Zeit mit den Menschen noch geniessen: *„Einfach mit guten Launen kommen, auch wenn es ihnen nicht so gut geht“* (7, 279), *„Der Mensch stirbt ja sowieso irgendwann..., dass man schon ein Monat vorher schon in der Trauer ist“* (7, 288). Eine Pflegehilfe empfiehlt den Angehörigen einerseits, dass sie mehr hinterfragen sollten, warum die Pflegehilfen gewisse Interventionen bei den Pflegebedürftigen durchführen: *„Sie viel mehr hinterfragen sollten, warum wir so handeln“* (8, 126) und andererseits fordert sie von Angehörigen, dass sie nicht in die Pflege intervenieren und die Pflegehilfe SRK ihre Arbeit machen lassen sollten: *„Ja dass sie uns die Arbeit machen lassen sollten... vielleicht nicht so viel dazwischen funken“* (8, 135). Eine Interviewpartnerin fordert von den Angehörigen, dass sie bei den Pflegehilfen SRK nachfragen sollen, wenn sie etwas komisch finden: *„Nachfragen oder hinterfragen was sie*

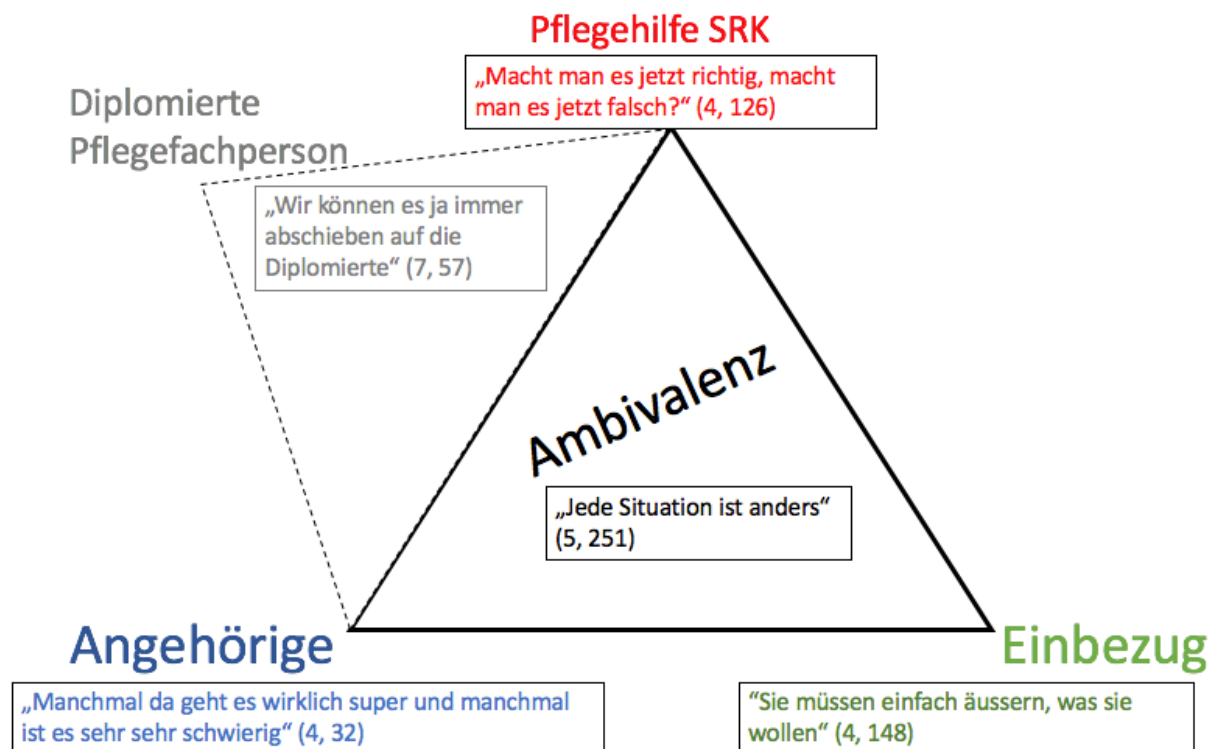
komisch finden“ (2, 197). Trotzdem sollen die Angehörigen einfach akzeptieren, was die Pflegehilfen SRK mit ihren Angehörigen machen: „*Das akzeptieren, was wir mit den Eltern machen*“ (2, 192). Angehörige wie auch die Bewohner sind individuell und dementsprechend sind auch die Erwartungen und die Zusammenarbeit der Pflegehilfen SRK unterschiedlich, da jede Situation ihrer Meinung nach anders ist.

4.4 Konstitutives Muster

Das konstitutive Muster, welches sich durch die Interviews und die Themen durchzieht, ist die Ambivalenz der Pflegehilfen SRK. Die Ambivalenz zeigt sich in der Haltung der SRK gegenüber der eigenen Berufsgruppe, den Angehörigen und dem Einbezug dieser. Durch die Hauptthemen wird die Zwiespältigkeit der Interviewpartnerinnen deutlich. Die Pflegehilfen SRK können sich zu den Themen nicht konkret äussern und einstimmige Aussage formulieren. Dadurch kann die Meinungen der Pflegehilfen SRK vom Forschungsteam nicht genau identifiziert werden. Die Ergebnisse sind widersprüchlich, wodurch keine konkreten Aussagen zu keinem der Hauptthemen identifiziert werden konnte.

4.5 Graphische Darstellung

Die oben erwähnten Ergebnisse lassen sich in der folgenden Grafik darstellen:



Die graphische Darstellung entstand in Zusammenarbeit mit dem Forschungsteam. Die Pflegehilfen SRK wurden bewusst an die Spitze des Dreiecks gesetzt. Das Pflegeverständnis von Angehörigen und Pflegehilfen SRK unterscheidet sich. Bei der Analyse der Ergebnisse stellte sich heraus, dass die Pflegehilfen SRK ihr Pflegeverständnis höher werten als das

Pflegeverständnis der Angehörigen. Zudem entscheiden die Pflegehilfen über den Einbezug der Angehörigen in die Pflege. Dieses Hierarchieverhältnis kann zu Kommunikationsproblemen zwischen den Pflegehilfen SRK und den Angehörigen führen. Aus diesem Grund wurde ein weiterer Kommunikationsweg eingeführt, wodurch die Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegehilfen SRK stattfinden kann. Dieser Kommunikationsweg beinhaltet die Verständigung zwischen Pflegehilfen SRK und den diplomierten Pflegefachfrauen. Die Diplomierten dienen als Vermittler zwischen beiden Parteien. Pflegehilfen SRK können sich bei Problemen und Missverständnissen beim diplomierten Pflegepersonal melden. Ebenso können die Angehörigen bei fehlender Kommunikation mit den Pflegehilfen SRK das diplomierte Personal beiziehen. Dieses Rettungsboot ist für die beiden Parteien notwendig, da die Zusammenarbeit zwar als grundsätzlich harmonisch beschrieben wird, jedoch auch problematisch und schwierig für beide Parteien werden kann. Der Einbezug steht als weiterer Schnittpunkt bei Angehörigen und Pflegehilfen SRK, da sie sich einerseits durch den Einbezug besser kennenlernen und andererseits hier viele Probleme auftreten können. Die Pflegehilfe SRK fordert von den Angehörigen, dass sie sich melden sollen, wenn sie einbezogen werden wollen. Dies wirkt jedoch paradox, da die Unterstützung der Angehörigen eine Hauptkompetenz der Pflegehilfe SRK darstellt. Die Aussage „*Jede Situation ist anders*“ (5, 251) stellt die Thematik der Ambivalenz in den Mittelpunkt. Die Pflegehilfe SRK verfolgt keine einheitliche Richtung oder Philosophie, sondern trifft auf das Individuum bezogene Entscheidungen. Die Zusammenarbeit und der Einbezug der Angehörigen verläuft intuitiv und kann zu einem Spannungszustand der Pflegehilfe SRK und zu Spannungszuständen zwischen dieser und der Angehörigen führen.

5. Diskussion

5.1. Diskussion der Ergebnisse

Bei der Analyse der Interviews und dem Erstellen der Ergebnisse wird in den Gruppen der Pflegehilfen SRK und den Fachfrauen Gesundheit die Thematik der Hierarchien in den Alters- und Pflegeheimen angesprochen. Das Verweisen auf die diplomierte Pflegefachfrauen ist bei den Interviewpartnerinnen sehr präsent. Beide Berufsgruppen betrachten dies als positiv, weshalb geschlussfolgert werden kann, dass das Verhältnis der Berufsgruppen trotz den unterschiedlichen Hierarchiestufen harmonisch ist. Ebenso wird von den diplomierten Pflegepersonen die Berufsgruppe der Pflegehilfe SRK in einem positiven Zusammenhang erwähnt. Die diplomierten Pflegefachfrauen erklären, dass Pflegehilfen SRK einen anderen Zugang zu den Angehörigen haben. Das Hierarchieverhalten der Pflegehilfe SRK zeigt sich jedoch in der Zusammenarbeit mit den Angehörigen deutlich. Die Pflegehilfen erklären, wie auch Ugolini (2014), dass das Verhältnis zu den Angehörigen partnerschaftlich sein kann und dann eine gute Zusammenarbeit stattfinden kann. Das Schweizerische Rote Kreuz (2019) bezeichnet die Pflegehilfen als Bindeglied zwischen Laien und Professionellen. Grund für Unstimmigkeiten zwischen den beiden Gruppen kann die unterschiedliche Gewichtung der Bedürfnisse von Bewohnern sein. Die Pflegenden haben zu hohe Erwartungen an die Angehörigen und die Angehörigen haben das Gefühl, dass die Pflegehilfen nicht ausreichend auf die Bedürfnisse ihrer pflegebedürftigen Angehörigen eingehen.

Ein weiterer Punkt für die Missverständnisse kann die unklare Aufgabenteilung sein. Die Pflegenden übernehmen alle Aufgaben für den Bewohner, obwohl Angehörige das Bedürfnis haben, gewisse Tätigkeiten weiterhin zu übernehmen. Fehlt den Pflegenden das Bewusstsein, dass keine Institution die emotionalen Beziehungen von Bewohnern und Angehörigen ersetzen kann, kommt es zu Konkurrenzsituationen (Ugolini, 2014). Ein weiterer Diskussionspunkt für die Unstimmigkeiten stellt die Kommunikation der Angehörigen mit der Vorgesetzten der Pflegehilfe SRK dar. Kritik von Angehörigen kann von den Pflegehilfen SRK negativ aufgenommen werden. Dadurch fühlen sich die Angehörigen nicht wahrgenommen und melden sich bei den Vorgesetzten. Die direkt betroffene Pflegehilfe kann sich hintergangen fühlen und die Klärung der Situation ist erschwert. Dies kann zu einer Negativspirale führen (Ugolini, 2014). Diese Kommunikationsfehler könnten ein weiterer Grund für das Entstehen eines Ungleichgewichts zwischen Angehörigen und Pflegehilfen SRK darstellen. Sowie die Pflegehilfen SRK bei Hilfe auf die diplomierten Pflegefachfrauen verweisen, wenden sich Angehörige ebenfalls an das diplomierte Personal sobald es zu Problemen kommt. Im Vergleich ist die Kommunikation bei den Pflegehilfen SRK nicht so stark gewichtet wie bei den Fachfrauen Gesundheit. Diese Thematik wird in der parallellaufenden Bachelorthesis als Hauptthema auserwählt, da

die Kommunikation der elementare Bestandteil eines jeden Interviews mit den Fachangestellten Gesundheit ist.

Als zentrales Thema beim Einbezug der Angehörigen werden palliative Situationen genannt. Die Interviewpartnerinnen erklären, dass die Angehörigen in palliativen Situationen in die Pflege des Sterbenden integriert werden möchten. Palliative Versorgung findet in jeder Phase der Erkrankung statt und nicht erst am Ende des Lebens, was diplomierte Pflegenden und Fachangestellte Gesundheit klar definieren können. Zudem wird die Begrifflichkeiten Palliative Care und End-of-Life Care, im Gegensatz zu den Pflegehilfen SRK, klar von diesen zwei Berufsgruppen differenziert. Das Palliative Care Konzept kann in den Alters- und Pflegeheimen bei praktisch jedem Bewohner angewendet werden. Die Bezeichnung End-Of-Life bedeutet die Behandlung und Betreuung von Personen am Lebensende und deren Angehörigen. Hier wird die Integration der Angehörigen in die Pflege von den Pflegehilfen SRK akzeptiert und implementiert. Das Wissen über den Begriff Palliative, die Kompetenz und die Fähigkeit zur professionellen Handlung und Reflexion gilt als Voraussetzung im palliativen Handeln (Steffen-Bürgi et al., 2017). Ohne die Kenntnis über die genaue Bezeichnung von Palliative Care kann die Palliative Versorgung von geriatrischen Personen und deren Angehörigen im Alters- und Pflegeheim nicht gewährleistet werden. Diese Angehörigenbehandlung wird nach Definition von Palliative Care, unabhängig von der Erkrankungsphase des palliativen Patienten, durchgeführt.

Die Pflegehilfen SRK zeigen in den Interviews ein ambivalentes Verhältnis zu den Angehörigen, zu der eigenen Profession und zum Einbezug der Angehörigen in die Pflege. Die Interviewpartnerinnen hinterlassen ein verschwommenes Bild bezüglich des Einbezugs in die Pflege und die Zusammenarbeit mit Angehörigen. Grund für die Ambivalenz der Pflegehilfe SRK kann das Pflegeverständnis der Berufsgruppen sein. Das Pflegeverständnis der diplomierten Pflegeperson und der Fachangestellten Gesundheit ist vergleichbar. Unter den Begriffen Einbezug in die Pflege verstehen beide Berufsgruppen die Integration der Angehörigen in die Aktivierung, Betreuung und Begleitung der Bewohner. Die Pflegehilfe SRK reduzieren die Pflege auf die Körperpflege. Die Pflegehilfen SRK lehnen den Einbezug grundsätzlich ab, nennen jedoch als Beispiele der Integration kosmetische Tätigkeiten wie Haare und Nägel machen, therapeutische Interventionen wie Rücken eincremen, Spaziergänge durchführen oder betreuende Aufgaben wie die Essenseingabe oder Toilettenbegleitung. Dadurch bleibt unklar, ob die Integration der Angehörigen in die Pflege nicht gewünscht ist oder ob das Pflegeverständnis der Pflegehilfe SRK und der diplomierten Pflegeperson und Fachangestellten Gesundheit nicht dasselbe ist.

Ebenso werden bei den diplomierten Pflegepersonen und den Fachangestellten die Bedürfnisse der Angehörigen kommuniziert. Die diplomierten Pflegepersonen evaluieren die

Wünsche und Sorgen der Angehörigen regelmässig. Bei den Pflegehilfen SRK sind die Bedürfnisse der Angehörigen nicht bekannt. Dies wird durch Aussagen wie: „*Sie müssen einfach äussern, was sie wollen*“ (4, 148) deutlich. Zudem wird während den Interviews mehrheitlich der mutmassliche Wille der Angehörigen beschrieben durch Wörter wie „ich glaube“ oder „ich denke“. Die diplomierten Pflegepersonen und die Fachangestellten Gesundheit erkennen die Bewohner und die Angehörigen als eine Einheit an und pflegen sie dementsprechend. Die Angehörigen sind ein zentraler Bestandteil der Betreuung von palliativen Personen. Diese zwei Akteure, Angehöriger und Bewohner, werden als „Unit of Care“ bezeichnet, also eine Behandlungseinheit. Dies bedeutet laut Palliative Care, dass die Angehörigen in der Behandlung und Begleitung von palliativen miteingeschlossen sind (Steffen-Bürgi et al., 2017). Ebenfalls sehen Friedemann und Köhlen (2010) die Pflegebedürftigen und die Angehörigen als eine Einheit an. Bei den Pflegehilfen stehen die Betreuung und Pflege der Bewohner im Mittelpunkt. Dies wird durch Aussagen wie: „*Der Bewohner im Mittelpunkt*“ (3, 112) oder „*Das wichtigste für mich ist der Bewohner*“ (7, 55) deutlich. Die Interviewpartnerinnen vermitteln keine einheitliche Betreuung der Pflegebedürftigen und der Angehörigen. Dies gibt Hinweise darauf, dass das Modell von Friedemann und Köhlen bei den Pflegehilfen SRK nicht verbreitet ist. Die Angehörigenbetreuung sehen sie als Aufgabe der diplomierten Pflegeperson an. Bei den diplomierten Pflegefachfrauen ist das Modell weit verbreitet. Das diplomierte Personal setzt das Modell von Friedemann und Köhlen in die Praxis um, indem diese die Angehörigenbetreuung ebenso gewichten wie die Bewohnerpflege. Die diplomierten Pflegepersonen verinnerlichen die Theorie von Friedemann und Köhlen, wonach die Gesundheit des Bewohners von der Gesundheit des Angehörigen abhängt. Die Betreuung und Pflege der Angehörigen wird bei den Pflegehilfen SRK nicht erwähnt. Dies kann ebenfalls auf das unterschiedliche Verständnis der drei Berufsgruppen zurückgeführt werden.

5.2. Kritische Würdigung

Zur Beantwortung der vorliegenden Forschungsfrage bezüglich des Einbezugs Angehöriger im Alters- und Pflegeheim aus Sicht der Pflegepersonen wurde eine phänomenologische Forschung durchgeführt. Im Mittelpunkt der Phänomenologie steht die menschliche Erfahrung und das Erleben, deshalb erwies sich dies als geeignet. Die Ergebnisse wurden anhand von problemzentrierten Interviews mit einem vorausgehend erstellten Interviewleitfaden gesammelt. Dadurch hatten die Interviewpartnerinnen genügend Raum für Erzählungen und trotzdem war eine gewisse Struktur während dem Interview vorhanden. Dieses Vorgehen erwies sich als geeignet.

Die Forschungsgruppe formulierte gemeinsam Ein- und Ausschlusskriterien. Es wurden insgesamt acht Interviews durchgeführt, wobei sich ein Interview, welches in der vorher aufgeführten Tabelle grau markiert wurde, als ungeeignet erwies. Die Interviewpartnerin

beherrschte die deutsche Sprache nicht gut. Laut den Rahmenbedingungen der HES-SO sollten mindestens fünf Interviews und maximal zehn Interviews durchgeführt werden. Die Forschungsfrage konnte durch die Interviewpartner beantwortet werden, jedoch lassen sich die aufgezeigten Ergebnisse nicht auf die Allgemeinheit übertragen. Einerseits da die Stichprobe der Interviews nur für einen kleinen Teil spricht und andererseits wurde das Erleben des Einbezugs von Angehörigen in die Pflege ambivalent beantwortet.

Es hat sich gezeigt, dass aufgrund dem Nichtvorhandensein von Interviewerfahrung in qualitativen Studien seitens der Autorinnen während den Interviews wenig nachgefragt wurde. Dies hätte eventuell noch eine weitere und intensivere Sicht auf das Erleben des Einbezugs von Angehörigen in die Pflege aus Sicht der Pflegehelferinnen SRK ergeben.

Während der Bachelorarbeit wurden mehrere Treffen mit der Forschungsgruppe und in Begleitung der Experten durchgeführt. Die Treffen dienten zum anregenden Austausch von Erfahrungen, Problemen, Vorschlägen und zur Abgabe von verschiedenen Hilfestellungen.

6. Schlussfolgerungen

Im folgenden Kapitel werden die Empfehlungen aus Sicht der Autorinnen bezüglich dem Erleben des Einbezugs von Angehörigen in die Pflege in Alters- und Pflegeheimen im Oberwallis und im Berner Oberland für die Pflegepraxis, die Pflegeausbildung und die Pflegeforschung beschrieben.

6.1. Empfehlungen für die Pflegepraxis

Angehörige und Bewohner sind ein zusammengehöriges Glied und deshalb sollte nicht nur der Bewohner, sondern auch die Angehörigen ins Zentrum gestellt werden. Damit eine ganzheitliche Pflege gewährleistet werden kann, empfehlen die Autorinnen den Alters- und Pflegeheimen die Implementierung eines Angehörigensupports. Grund dafür sind die positiven Rückmeldungen bezüglich dem Angehörigensupport von Reichenbach, welche aus den Interviews identifiziert werden konnten. Der Angehörigensupport sieht die Angehörigen als aktive Akteure in der Gestaltung der Pflege und Betreuung der Bewohner. Angehörige werden so in ihrer Rolle und mit ihren Erwartungen wahrgenommen. Durch den Support werden Angehörige und Mitarbeiter unterstützt und zugleich entlastet. Nicht zu vergessen, Mitarbeiter können durch dessen Vorhandensein mehr zum Thema Betreuung Angehöriger sensibilisiert werden. Diplomiertes Pflegepersonal wird im Gebiet der Angehörigenpflege geschult und gibt das Wissen an die jeweiligen Stationen, Fachangestellte Gesundheit und Pflegehilfen SRK weiter. Dadurch kann eine gemeinsame Pflegephilosophie auf der Abteilung und im gesamten Alters- und Pflegeheim entstehen, die eine einheitliche Pflege von Bewohner und Angehörige gewährleisten kann.

Alle Pflegepersonen müssen über die Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen Bescheid wissen. Wie sich in den Ergebnissen gezeigt hat, ist den Pflegehelferinnen SRK der Wunsch nach dem Einbezug in die Pflege seitens der Angehörigen nicht klar. Aufgrund dessen wird empfohlen die Angehörigen aber auch die Bewohner nach dem Wunsch des Einbezugs zu fragen. Die Möglichkeit nach dem Einbezug in die Pflege sollte bereits bei Heimeintritt angesprochen werden und die Nachfrage danach sollte durch das Pflegepersonal stetig gestellt werden.

6.2. Empfehlungen für die Pflegeausbildung

In der qualitativen Studie wurde ersichtlich, dass sich das Erleben des Einbezugs Angehöriger in die Pflege aufgrund der verschiedenen Pflegeausbildungen der drei erwähnten Berufsgruppen unterscheidet. Diplomierte Pflegefachfrauen haben ein weit fügigeres Pflegeverständnis als Pflegehilfen SRK, was mit den festgelegten Kompetenzen einhergeht. Pflegehilfen SRK stellen den Fokus ihrer Arbeit auf pflegerische Handlungen wie die Körperpflege, was in den

Ergebnissen gut sichtbar gemacht werden konnte. Um ein gemeinsames Verständnis für die Pflege und Betreuung der Bewohner und Angehörigen zu schaffen, empfiehlt es sich ein einheitliches Pflegemodell in die Ausbildung der Berufsgruppen zu implementieren. Hierfür eignet sich das Modell der familienzentrierten Pflege nach Friedemann und Köhlen (2010), welches bereits in der Ausbildung der diplomierten Pflegepersonen und der Fachangestellten Gesundheit vorhanden ist. Das Modell vertritt die Philosophie, dass die Gesundheit der Bewohner von der Gesundheit der Angehörigen abhängt und die beiden Gruppen nicht unabhängig voneinander gepflegt und betreut werden können. Die Implementierung dieses Modells sollte jedoch entsprechend dem Ausbildungsniveau der Pflegehilfen SRK erfolgen. Die Autorinnen sehen Unterschiede in dem theoretischen Verständnis der Pflegehilfen SRK gegenüber dem der diplomierten Pflegefachpersonen und Fachpersonen Gesundheit, da ihre Ausbildung vor allem praxisbezogene Elemente beinhaltet.

Als weitere Empfehlung für die Praxisausbildung werden spezifische Kurse und Weiterbildungen angesehen. Einerseits könnten durch diplomierte Pflegefachfrauen theoretische Inputs, wie das Modell nach Friedemann und Köhlen oder End-Of-Life Care, für Pflegehilfen SRK in der Praxis erfolgen. Das Ergebnis solch einer Einführung kann ein gemeinsames Verständnis für die Pflege sein, welches für eine qualitativ adäquate Betreuung von Bewohnern und Angehörigen erforderlich ist. Andererseits, obwohl bei Pflegehilfen SRK die Palliative Care in der Ausbildung fundiert ist, sehen die Autorinnen es als notwendig an, regelmässige Weiterbildungen zum Thema Palliative Care zu besuchen. Somit könnte ein unterschiedliches Verständnis der Palliative Care vermieden werden und eine einheitliche Pflege garantiert werden. Die Autorinnen empfinden es als Aufgabe der Institution und der Vorgesetzten, solche Kurse und Weiterbildungen regelmässig anzubieten.

6.3. Empfehlungen für die Pflegeforschung

Das Erleben des Einbezugs Angehöriger in die Pflege aus Sicht der Pflegepersonen ist in der Literatur kaum beschrieben. Vor allem die Berufsgruppe Pflegehilfen SRK, die grösste Gruppe der Pflegenden in den Oberwalliser und Berner Oberländer Alters- und Pflegeheimen, ist in der Literatur der Pflegewissenschaften kaum vertreten. Daraus kann geschlossen werden, dass die Meinung der Berufsgruppe in politischen sowie gesellschaftlichen Fragen nicht als relevant angesehen wird. Die Pflegehelfer SRK leisten einen wertvollen Beitrag zum Gesundheitssystem und werden bei Kompetenz- und Ausbildungsfragen nicht integriert. Die Autorinnen sehen eine grosse Notwendigkeit in der Auseinandersetzung mit der Ausbildung, den Kompetenzen und der Haltung der Pflegehilfen SRK.

Die Autorinnen konnten durch diese Forschungsarbeit bei den Pflegehelferinnen SRK Wissensdefizite und Ambivalenzen in Bezug auf den Angehörigeneinbezug identifizieren, welche

sich negativ auf die Gesundheit der Angehörigen und der Bewohner auswirken könnten. Bei der vorliegenden qualitativen Arbeit rückte die Frage nach dem pflegerischen Verständnis der Pflegehilfen immer mehr in den Vordergrund. Das Pflegeverständnis sollte bei einer nächsten Studie unbedingt erforscht werden. Im Vergleich zu den diplomierten Pflegefachfrauen sowie den Fachangestellten Gesundheit konnte dieses Schlüsselproblem nicht identifiziert werden.

Weiter sollte geklärt werden, wie die Angehörigen den Einbezug und die Zusammenarbeit mit den unterschiedlichen Berufsgruppen im Alters- und Pflegeheim erleben. Relevant für die Fragestellung und zu deren Vervollständigung wäre es spannend zu erfahren, wie die Bewohner den Einbezug der Angehörigen erleben. Dabei könnte erforscht werden, ob der Wunsch der Bewohner und Angehörigen da ist, in die Pflege integriert zu werden.

6.4. Empfehlungen für Angehörige

Zum Abschluss der Interviews wurden die Pflegehelferinnen SRK nach den Empfehlungen an die Angehörigen gefragt. Die Pflegehilfen SRK äusserten fast ausschliesslich, dass eine offene und ehrliche Kommunikation geschätzt wird. Angehörige sollen ihre Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse mit dem Pflegepersonal offen kommunizieren. Dies fördert zum einen die Beziehung zwischen Angehörigen, Bewohnern und Mitarbeitern und zum anderen führt dies zu einer adäquaten Pflege und Betreuung. Des Weiteren können die Angehörigen jederzeit in die Pflege der Bewohner miteinbezogen werden, wenn dies den Wünschen der Angehörige und Bewohner entspricht. Damit der Einbezug in die Pflege geschehen kann, muss das Bedürfnis nach dem Einbezug in die Pflege seitens der Angehörigen klar kommuniziert werden.

Eine weitere Empfehlung besteht darin, dass Angehörige bereits beim Heimeintritt der pflegebedürftigen Person anwesend sind. Angehörige sollen sich von Anfang an über das Alters- und Pflegeheim informieren lassen wie die Besuchszeiten aussehen, welches Leitbild die Institution vertritt und welche Haltung die Mitarbeiter besitzen. Kennen die Angehörigen die Institution und deren Mitarbeiter, kann eine vertrauensvolle Beziehung aufgebaut werden, was wiederum für eine gute Pflege und Betreuung erforderlich ist. Die Autorinnen empfinden es als notwendig, weitere Forschungen in Bezug auf das Angehörigenerleben im Alters- und Pflegeheim durchzuführen.

7. Literaturverzeichnis

- Altmann, S. (2014). *Der letzte Umzug: Der Weg ins Altersheim für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen*. Hamburg: disserta.
- AVALEMS. (o.D., a). Zugriff am 24. April 2019 unter <https://www.avalems.ch/>
- AVALEMS. (o.D., b). Angebotsarten. Zugriff am 24. April 2019 unter <https://www.avalems.ch/vereinigung-alters/angebotsarten-177.html>
- AVALEMS. (2017). Jahresbericht 2017. Zugriff am 24. April 2019 unter https://www.vwap.ch/data/documents/Rapports_Annuels/20170424_RapportAn-nuel_2017_DE.pdf.
- Bauernschmidt, D., Dorschner, S. (2018). Angehörige oder Zugehörige? – Versuch einer Begriffsanalyse. In: Pflege 31, 6, 301-309.
- Bittel-Passeraub, D. (2014). *Empfehlung Angehörigenbetreuung in der Palliative Care*. Zugriff am 22. Januar 2019 unter http://www.palliative-vs.ch/docs/formation/de/Empfehlung_zur_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]. (2015). *Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung der Schweiz 2015-2045*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2017). *Lebenserwartung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2018a). *Die Bevölkerung der Schweiz 2017*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2018b). *Alters- und Pflegeheime*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2019). *Personen in Alters- und Pflegeheimen 2017*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Brandenburg, H. & Dorschner, S. (2015). *Pflegewissenschaft 1: Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege*. Bern: Hogrefe Verlag.
- CURAVIVA. (o.D., a). Angehörige. Zugriff am 16. April 2019 unter <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Themendossiers/Angehoe-rige/olnw4rOt/PQBbv/>
- CURAVIVA. (o.D., b). 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 am 14.06 unter https://www.curaviva-be.ch/files/MYSK11W/leitbild_curaviva_be.pdf
- CURAVIVA Kanton Zürich. (o.D.) Fachfrau/Fachmann Gesundheit FaGe EFZ. Zugriff am 26. Mai 2019 unter <https://www.curaviva-zh.ch/Berufsbildung/Berufliche-Grundbildung-Berufe-im-Heim/Fachfrau-Fachmann-Gesundheit-FaGe-EFZ/PdhER/>
- Departement 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-Richtli-nien%20und%20Nachtrag%20Pflegeheime%20-%20Betriebsbewilligung/7e0d6e7a-faf7-4287-9153-1924899a6cda?t=.now?long>
- Diekelmann, N.L. (1992). *Learning-as-testing: A Heideggerian hermeneutical analysis of the lived experience of students and teachers in nursing*. In: *Advances in Nursing Science*, 14, 3, 72-83.
- Flick, U. (2007). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. Rowohlt: Reinbek/Hamburg.
- Friedemann, M.L. & Köhlen, C. (2010). *Familien- und umweltbezogene Pflege*. (3. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Gaugler, J., Duval, S., Anderson, K., & Kane, R. (2007). *Predicting nursing home admission in the U.S: a meta-analysis*. *BMC Geriatrics*, 7(1), 13. Doi: 10.1186/1471-2318-7-13
- George, W. & George, U. (2018). *Angehörigenintegration in der Sterbebegleitung*. Zugriff unter <https://www.researchgate.net/publication/324057294>
- Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern. (2017). *Kennzahlen SOMED Sozialmedizinische Institutionen Typ A Kanton Bern 2017*. Bern: Generalsekretariat.
- Handel, E. (2003). *Das Beziehungsgeflecht Patientin/Patient, Angehörige und Betreuungsteam: Eine systemische Betrachtungsweise*. Zürich: Universitäts Spital, Zentrum für Entwicklung und Forschung in der Pflege (ZEPF).
- 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.
- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK-ASI]. (2011). *Professionelle Pflege Schweiz Perspektive 2020*. Positionspapier SBK.

- Schweizerische Eidgenossenschaft. (2014). *Unterstützung für betreuende und pflegende Angehörige: Situationsanalyse und Handlungsbedarf für die Schweiz - ein Bericht des Bundesrates*. Bern.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2013). *Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren*. OBSAN Bulletin 4. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium [Obsan]. (2016). *Statistische Grundlagen zur Pflegeheimplanung 2013- 2035*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Zugriff unter https://gd.zh.ch/dam/gesundheitsdirektion/direktion/themen/behorden/langzeit_spitex/pflegeversorgung_mk_2016/obsan_bericht_internet.pdf.spooler.download.1459841392390.pdf/obsan_bericht_internet.pdf
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (o.D., a). *Lehrgang Pflegehelfer/-in SRK: Grundlagen für den Einstieg in die Pflege*. Zugriff unter <https://www.redcross.ch/de/srk-dienstleistungen/pflegehelferinpfegehelfer-srk/grundlagen-fuer-den-einstieg-in-die-pflege>
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (o.D., b) *Historischer Rückblick Kurs Pflegehelfer/in SRK*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (2017). *Pflegehelfer/-in SRK: Kompetenzen und Fähigkeiten*. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Schweizerisches Rotes Kreuz. (2019). *Lehrgang Pflegehelfer/-in in SRK*. Bern. Zugriff unter https://www.srk-bern.ch/fileadmin/Kanton%20Bern/Bildung/Lehrgang_PH_SRK/Flyer_PH.pdf
- Seeger, C. (2014). *Leitlinien von Palliative Care*. In: Kränzle, S.; Schmid, U.; Seeger, C. (Hrsg.), *Palliative Care. Handbuch für Pflege und Begleitung*. (5. Aufl.). Berlin: Springer.
- Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D. & Monteverde, S. (Hrsg.). (2017). *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Hogrefe.
- Stettler, P., Bischof, S. & Bannwart, L. (2018). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2017. Ergebnisse der Befragung 2017 und Vergleich zur Erhebung von 2009*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Ugolini, B. (2014). *CURAVIVA: Umgang mit Angehörigen*. Bern.
- Walliser Gesundheitsobservatorium (WGO) und Dienststelle für Gesundheitswesen (DGW) des Kantons Wallis. (2015). *Das Walliser Gesundheitssystem, Statistisches Jahrbuch 2015*. Zugriff unter <https://www.vs.ch/documents/40893/1449305/Annuaire+statistique+2015+-+Statistisches+Jahrbuch+2015/709026a8-4c57-48d7-a15c-76e0034a7c48?t=1553961321326>
- Williams, S.W., Zimmerman, S. & Williams, C.S. (2012). *Family caregiver involvement for long-term care residents at the end of life*. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67 (5), 595–604, doi:10.1093/geronb/gbs065
- Zimmermann, M., Felder, S., Steckelisen, U. & Tag, B. (2019). *Das Lebensende in der Schweiz*. Basel: Schwabe Verlag.

Anhang

Anhang A: Informierte Zustimmung

Anhang B: Soziobiographischer Bogen

Anhang C: Interviewleitfaden

Anhang D: Transkriptionsregeln

Anhang E: Arbeits- und Zeitplan

Anhang F: Selbstständigkeitserklärung

Anhang A: Informierte Zustimmung

Informierte Zustimmung**Titel des Forschungsprojektes:**

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

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

Interviewerin:

Ziel des Forschungsprojektes:

Mit dieser Studie versuchen wir das Phänomen des Einbezugs Angehöriger in palliativen Situationen im Akutspital 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 Bestandsaufnahme zum Thema Mitbezug von Angehörigen im Alters- und Pflegeheim. Das neu erlangte Wissen und Verständnis kann als Grundlage weitere 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 Telefonnummer027 604 28 01.....

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

Ein Exemplar dieser Zustimmungserklärung habe ich erhalten.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des Teilnehmers

Anhang B: Soziodemographischer Bogen

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

Kodierung:

Interviewerin:

Datum:

Uhrzeit (von-bis):

Ort:

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

.....

2. Geschlecht☐ männlich☐ weiblich**3. Wann machten sie ihren Abschluss zur Pflegeperson?**

.....

4. Was haben sie für einen Diplomabschluss?☐ DN I ☐ FaGe☐ DN II ☐ AKP☐ HF ☐ SRK☐ FH**6. Seit wann arbeiten sie auf dieser Abteilung?**

.....

6. Berufserfahrung? (Anzahl Jahre)

.....

Anhang C: Interviewleitfaden

Stand: 26.03.2019

Pflegepersonal

- 1) Erzählen Sie uns, warum Sie sich für eine berufliche Tätigkeit in der Pflege entschieden habe! 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 demen-
ten/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 nahme	Zustimmung, aufmerksames Zuhören, Bestätigung und Anteilnahme
äh	Pausenfüller
[lacht]	Situationsbeschreibung in Klammern
(...)	unverständliche Äußerung

Anhang E: Arbeits- und Zeitplan

03.12.2018	Einführung Modul: Theoretischer Input
17.12.2018	Theoretischer Input: Methoden; Ablauf Exposé-Vorstellung
28 - 29.01.2019	Vorstellung der Exposés
08.03.2019	Treffen in der Projektgruppen Neuausrichtung des Projektes Festlegung des Interviewleitfadens
Woche 10 - 11	Literatursuche / Literaturanalyse Überarbeitung der Dokumente (Informed Consent) Rekrutierung der Interviewpartner
Woche 11-15	Datenerhebung: Durchführung der Interviews / Transkription (laufend)
Woche 16 (15.04.2019)	Treffen in der Projektgruppe Input: Datenanalyse + Datenanalyse der Interviews Parallel: Arbeit an Problembeschreibung / Theoretischem Rahmen / Methodik
Woche 17	Zusätzliche Interviews zur Datensättigung
Woche 18	Abschluss der Einzelanalysen
Woche 21 23./24.05.2019	Theoretischer Input: Verteidigung Treffen in der Projektgruppe Gesamtanalyse einer Perspektive im Forschungsteam (Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerung)
23./24.05.2019	Treffen in der Projektgruppe Gesamtanalyse einer Perspektive im Forschungsteam (Ergebnisse, Diskussion und Schlussfolgerung)
18. - 25. Mai	Erstellen der Gesamtanalyse
13./14.06.2019	Treffen in der Projektgruppe Diskussion Erstentwurf Bachelorthesen
Woche 23 - 24	Überarbeitung des Erstentwurfes
25. Juni 2019	telefonisches Feedback der Überarbeitung
28.06.2019	Ende der Begleitung
Juni 2019	Korrekturlesen und Überarbeitung
Woche 26	Endkorrektur und Druck
10.07.2019	Abgabe Bachelorthesis bis 10:00
Wochen 27 - 34	Vorbereitung der Verteidigung
27. August 2019	Verteidigung der Bachelorthesis

Anhang F: Selbstständigkeitserklärung

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

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

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift