

# **Verloren im System**

## **Das Erleben des Spitalaufenthalts bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen**

**Bachelor-Thesis**

Quan Tran

Matrikel-Nr. 14-256-226

Berner Fachhochschule Fachbereich Gesundheit

Bachelor of Science Pflege, BB14

Referentin

Marianne Stäubli, lic.phil.

Bern, 22. August 2016

## DANKSAGUNG

„Im normalen Leben wird einem oft gar nicht bewusst, dass der Mensch überhaupt unendlich viel mehr empfängt, als er gibt, und dass Dankbarkeit das Leben erst reich macht.“

(Dietrich Bonhoeffer 1906-1945, deutscher Theologe)

Ich möchte mich an dieser Stelle bei allen Menschen bedanken, die mich beim Verfassen meiner Bachelorarbeit unterstützt haben.

Ein Dankeschön geht an meine Referentin, Frau Marianne Stäubli, lic, phil.; für die kompetente und angenehme Beratung beim Erstellen der Bachelor-Thesis.

Weiter möchte ich mich bei Frau Rügsegger, MSc; für die wertvollen Anregungen und Tipps bedanken. Ein weiterer Dank geht an meine Kommilitoninnen und Kommilitonen für den regen Austausch und die wichtigen Ratschläge während den Thesis-Seminaren.

Mein besonderer Dank geht an Laurent Jenni, für das Korrekturlesen der Arbeit, er ist mir immer mit Rat und Tat zur Seite gestanden und hat in den letzten Jahren viel Geduld bewiesen.

Zum Schluss bedanke ich mich bei meiner Familie und meinen Freunden für die Motivation während des Studiums.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Abstract</b>	<b>4</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2 Fragestellung und Zielsetzung</b>	<b>7</b>
2.1 Fragestellung	7
2.2 Zielsetzung	7
<b>3 Theoretischer Bezugsrahmen</b>	<b>8</b>
3.1 Krankheitsbild der Demenz	8
3.2 Bedeutung der Demenz	11
3.3 Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood	12
3.4 Familienzentrierte Pflege	15
<b>4 Methode</b>	<b>16</b>
4.1 Suchstrategien	16
4.2 Ein – und Ausschlusskriterien	20
4.3 Auswahl der Studien	21
4.4 Analyse und Bewertung der Studien	22
<b>5 Ergebnisse</b>	<b>24</b>
5.1 Tabellarische Darstellung der Studien	24
5.2 Synthese	37
5.2.1 Ergebnisse der Studien	40
<b>6 Diskussion</b>	<b>50</b>
6.1 Interpretation der Ergebnisse	50
6.2 Beurteilung der Studienqualität	58
6.3 Beantwortung der Fragestellung	60
6.4 Limitationen und Stärken der Arbeit	61
<b>7 Schlussfolgerung</b>	<b>62</b>
7.1 Empfehlungen für die Praxis	62
7.2 Empfehlungen für die Forschung	63
<b>8 Literaturverzeichnis</b>	<b>66</b>
<b>9 Abbildungsverzeichnis</b>	<b>69</b>
<b>10 Tabellenverzeichnis</b>	<b>70</b>
<b>11 Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>72</b>
<b>12 Anhang</b>	<b>73</b>
12.1 Studienverzeichnis der eingeschlossenen Studien	73
12.2 Studienverzeichnis der ausgeschlossenen Studien	75
12.3 Selbständigkeitserklärung	91

## ABSTRACT

**Einleitung:** Pro Jahr werden schätzungsweise 50'000 Menschen mit Demenz in Schweizer Spitälern behandelt. Der Spitaleintritt stellt für den Menschen mit Demenz in der Regel eine Stresssituation dar. Daraus können sich spitalbedingte Komplikationen entwickeln, welche sich wiederum belastend auf die Angehörigen und das Pflegepersonal auswirken. Dies bedingt die Entwicklung von neuen Versorgungsangeboten und einen Perspektivenwechsel. Das Ziel dieser Arbeit war es, einen Einblick in die Innenwelt der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu erhalten und aufzuzeigen, wie sie den Aufenthalt in einem Akutspital erleben.

**Methode:** Eine systematische Literaturrecherche in den verschiedenen elektronischen Datenbanken Medline, CINAHL, Web of Science und PsychINFO und eine Handsuche im Internet wurde durchgeführt. 10 qualitative Studien wurden aufgenommen, analysiert und kritisch bewertet. Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Februar 2016 bis Mai 2016 statt.

**Ergebnisse:** Aussagen über die Privatsphäre, die Vorlieben, und die zentralen psychischen Bedürfnisse nach Tom Kitwood der Menschen mit Demenz konnten gesammelt werden. Die Angehörigen erleben häufig den Verlust der Kontrolle, Stress und Sorge. Dies hat einen Einfluss auf die Alltagsroutine und die körperliche Gesundheit. Aussagen in verschiedenen Bereichen, wie Zusammenarbeit mit Fachpersonen, Kommunikation, Beziehung, Qualität der Demenzpflege und Spitalaustrittsplanung, wurden gemacht.

**Diskussion:** Der Spitalaufenthalt ist für die Angehörigen eine Belastung und ein gefühlsbetontes Erlebnis. Einige ihrer Coping-Strategien gehen aus einer Unzufriedenheit mit der Situation hervor. Die Interventionen, welche die physischen Bedürfnisse und Umgebungsbedürfnisse befriedigen, beeinflussen wiederum die einzelnen Elemente der zentralen psychischen Bedürfnisse.

**Schlussfolgerungen:** Das Erleben der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen ist individuell. Das Erkennen der Bedürfnisse der Menschen mit Demenz kann dazu beitragen, dass gezielte Interventionen gemacht werden können. Die Pflege soll die Hilfe der Angehörigen anerkennen und wertschätzen. Eine personen- und familienzentrierte Pflege und Bezugspflege soll angestrebt werden. In der Begegnung mit Menschen mit Demenz sollten die Pflegefachpersonen sich über ihre eigene Haltung bewusst sein. Der Bedarf an weiteren qualitativen Forschungen ist vorhanden.

**Keywords:** dementia, experience, perceive, caregiver, family, hospitals

# 1 EINLEITUNG

Die Bevölkerungszahl hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Bedingt durch die stetig steigende Lebenserwartung, wird der Anteil der hochaltrigen Menschen deutlich zunehmen (Bundesamt für Statistik, 2014). Der normale Alterungsprozess bringt für Menschen Einschränkungen und Verlusterlebnisse (Manfred, 2005). Ab dem 65. Lebensjahr steigt das Risiko, an Demenz zu erkranken, kontinuierlich an. In der Schweiz leben über 119'000 Menschen mit Demenz. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist bis zum Jahr 2050 mit einer Verdreifachung der Prävalenz zu rechnen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2015). Die Schweiz gibt im Jahr insgesamt 6,9 Milliarden Schweizer Franken für die Behandlung von Demenzkranken aus. Neunzig Prozent davon fallen für die Pflege und Betreuung an (Ecoplan, 2013).

Demenz wird als ein chronisches Syndrom bezeichnet, welches eine Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten mit sich bringt. Es betrifft Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Sprache, Lernfähigkeit und Urteilsvermögen (World Health Organization, 2015). Der Verlauf dieser Erkrankung kann sich über viele Jahre erstrecken. Durch den sich beschleunigenden Abbauprozess im kognitiven Bereich steigen im weiteren Verlauf der Krankheit die körperliche Abhängigkeit und auch die Pflegebedürftigkeit (Sonntag & von Reibnitz, 2014).

Pro Jahr werden schätzungsweise 50'000 Menschen mit Demenz in Schweizer Spitälern behandelt, die aufgrund anderer Diagnosen im Spital stationiert sind (Ecoplan, 2013). Der Spitaleintritt stellt für den Menschen mit Demenz in der Regel eine Stresssituation dar. Daraus können sich spitalbedingte Komplikationen entwickeln, welche sich wiederum belastend auf die Angehörigen und das Pflegepersonal auswirken (Bradway & Hirschman, 2008; Kämmer, Schulz & Hamborg, 2013). Die Pflegefachpersonen im Akutspital haben einen straffen Zeitplan, die Betreuung von an Demenz erkrankten Menschen erfordert von ihnen Geduld und Ruhe im Umgang mit den Patientinnen und Patienten (Donath, 2013). Die strukturellen sowie organisatorischen Voraussetzungen sind wenig an die Bedürfnisse von Menschen mit Demenz angepasst (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2015).

Gemäss der Alzheimervereinigung Schweiz sind auf einen Menschen mit Demenz mindestens drei Angehörige von der Krankheit mitbetroffen. Daraus ergeben sich für die Akutspitäler neue Herausforderungen. Das Thema wurde in das Projekt der Demenzstrategie des Bundes aufgenommen, welches die demenzgerechte Versorgung in den Akutspitälern fördern soll (Bundesamt für Gesundheit & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 2014). Durch die zunehmend

wachsende Anzahl von Menschen mit Demenz in den Spitälern wird die Entwicklung von neuen Versorgungsangeboten notwendig, die die besonderen Bedürfnisse und Bedarfe dieser Individuen berücksichtigen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2009). Eine Voraussetzung für das Gelingen dieser Strategien ist, dass zusätzliche Informationen gesammelt werden, wie die Innenwelt der Betroffenen und ihrer Angehörigen aussieht, wenn sie in einem Akutspital sind.

In der Demenzforschung wurde Demenz bisher als „Krankheit“ betrachtet. Am Anfang der Forschung wurden die Menschen mit Demenz aus dem Forschungsprozess ausgeschlossen, da die Erfahrungen der Angehörigen und der Pflegefachpersonen als ausreichend galten. Es ist zudem schwierig, die vulnerable Population zu rekrutieren und mit einzubeziehen. Kritische Berichte und Diskussionen führen dazu, dass die Wissenschaft einen Fokuswechsel vollzieht. Das Wissen über das Erleben ist ein Informationsschatz und ermöglicht es, auf weitere Anregungen oder Fragestellungen einzugehen (Innes, 2014).

Die Ausführungen in der Einleitung und den genannten Zusammenhängen zeigen deutlich, wie relevant das Thema ist. Im Umgang mit Patientinnen und Patienten, die an Demenz leiden, wurden deren Verhaltensweisen in unterschiedlichen Ausprägungen erlebt. Um einen professionellen und kompetenten Umgang mit diesen Menschen und ihren Angehörigen in einem akuten Setting zu entwickeln, entstanden die Idee und die Motivation zu dieser Arbeit.

## **2 FRAGESTELLUNG UND ZIELSETZUNG**

### **2.1 Fragestellung**

Die Fragestellung, welche im Rahmen der Bachelor Thesis behandelt wird, stellt sich wie folgt:

„Wie erleben Menschen mit Demenz und deren Angehörige den Aufenthalt in einem Akutspital?“

### **2.2 Zielsetzung**

Das primäre Ziel dieser Arbeit ist es, einen Einblick in die Innenwelt der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen zu erhalten und zu sehen, wie sie den Aufenthalt in einem Akutspital erleben. Das Wissen über das Erleben zu erfahren, verbessert das Verständnis und die Empathie für die Betroffenen. Unter dem Begriff „Erleben“ wird in der Psychologie beschrieben, wie Menschen subjektive Erfahrungen, Gedanken und Empfindungen wahrnehmen (Fröhlich, 2008). Weiter soll diese Arbeit aus aktuellen Studien Empfehlungen an die Praxis und die Pflegefachpersonen abgeben können, welche in einem Akutspital arbeiten. Die Perspektiven der Betroffenen und Angehörigen können Möglichkeiten zur Optimierung in der Betreuung und Gestaltung der Pflege aufzeigen, um einen möglichst bedürfnisgerechten Spitalaufenthalt für alle Beteiligten zu gestalten. Des Weiteren soll aus den Erkenntnissen der Literaturarbeit der zusätzliche Forschungsbedarf aufgezeigt werden.

### 3 THEORETISCHER BEZUGSRAHMEN

Im theoretischen Bezugsrahmen wird zunächst der gegenwärtige Wissenstand über das Krankheitsbild Demenz zusammengetragen. Die Bedeutung des Krankheitsbildes für die Betroffenen und deren Angehörige wird kurz beschrieben und in einem weiteren Schritt, wird der Kern des personenzentrierten Ansatzes nach Tom Kitwood vorgestellt. Auf das Konzept der Familienzentrierten Pflege wird eingegangen, damit die Empfehlungen, welche erarbeitet werden, für die Praxis verständlich sind.

#### 3.1 Krankheitsbild der Demenz

Die Demenz ist eine über die Altersnorm hinausgehende längerfristige Störung verschiedener geistiger Leistungen, z. B. Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen. Man spricht von einem Demenzsyndrom, wenn die Veränderung eine Verschlechterung des gewohnten Leistungsniveaus bewirkt und eine Beeinträchtigung des beruflichen oder sozialen Alltags zu verzeichnen ist. Aus dem Zusammentreffen verschiedener Einzelsymptome ergibt sich diese Diagnose (Kastner & Löbach, 2014).

Das Demenzsyndrom wird in primäre und sekundäre Demenzformen unterteilt. Primär heisst, dass die Ursache auf die Veränderung im Gehirn zurückzuführen ist. Als sekundär sind die Demenzerkrankungen gemeint, ihre Ursprünge liegen in anderen Krankheitsbildern, und deren Ursachen liegen ausserhalb des Gehirns. Die primären Demenzerkrankungen werden in die degenerativen und nichtdegenerativen Formen unterteilt. Die nichtdegenerativen Formen werden häufig nicht zu den Demenzerkrankungen gezählt, weil ihnen das Merkmal von fortschreitender Verschlimmerung, der sogenannten Progredienz, fehlt (Kastner & Löbach, 2014).

Die häufigste Form ist die Alzheimer-Demenz. Die zweihäufigste ist die vaskuläre, die sogenannte gefässbedingte Demenz. Abbildung 1 zeigt die möglichen Demenzformen auf.



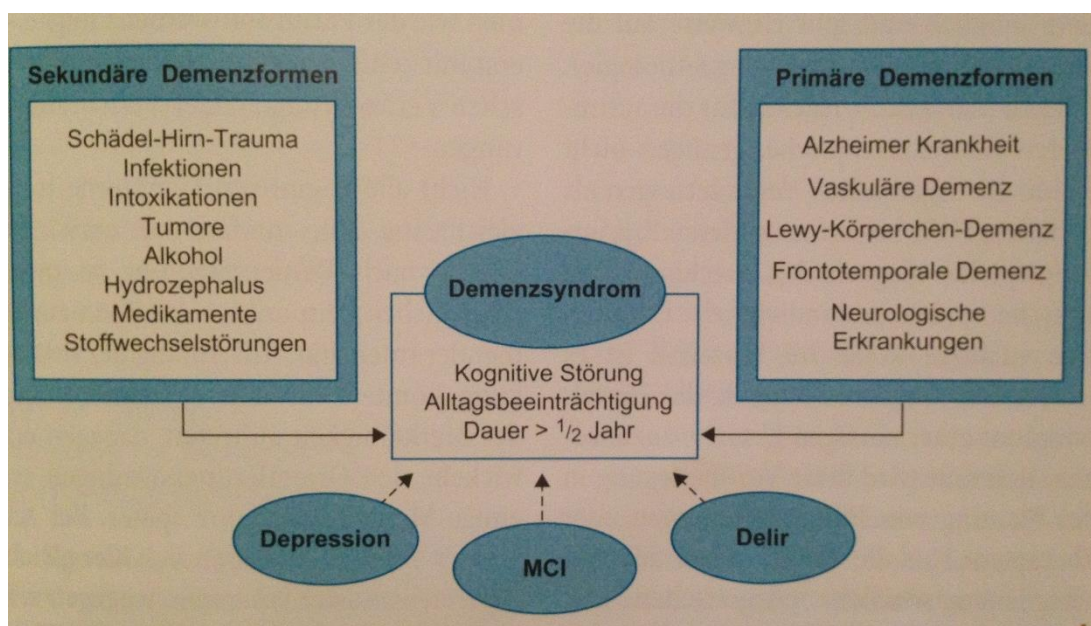


Abbildung 1: Mögliche Demenzformen (Quelle: Löbach & Kastner, 2014)

Der Krankheitsverlauf der Demenz ist individuell und variiert erheblich bezüglich der Symptome. Die Symptomatik verändert sich stets während des gesamten Krankheitsverlaufs.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) teilt die Anzeichen und Symptome von Demenz in drei Stufen auf:

Tabelle 1: Symptome von Demenz (Quelle: WHO, 2015)

<b>Früh-Stadium</b>	Hier sind häufig Symptome wie Vergesslichkeit, den Überblick über die Zeit verlieren und sich an vertrauten Orten verirren zu erkennen.
<b>Mittel-Stadium</b>	Die Symptome werden in diesem Stadium klarer, und die Betroffenen erleben mehr Einschränkungen. Ereignisse und Namen von Verstorbenen werden vergessen. Sie finden sich zuhause nicht mehr zurecht, und die Kommunikation wird immer schwieriger. Sie benötigen Hilfe bei der Körperpflege. Zudem erleben sie Verhaltensveränderungen und wiederholen Fragen.
<b>Spät-Stadium</b>	Hier wird die absolute Abhängigkeit erlebt. Die Gedächtnisstörung wird zu einem immer grösseren Problem, und die körperlichen Symptome werden deutlicher. Die Betroffenen sind örtlich und zeitlich desorientiert und haben Schwierigkeiten Verwandte und

	Freunde zu erkennen. Die Selbstpflege kann nicht mehr gewährleistet werden, sie benötigen Hilfe und haben Schwierigkeiten beim Gehen. Verhaltensänderungen treten auf und können Aggressionen auslösen
--	--

Die Heilung der primären Demenzerkrankungen ist aktuell nicht möglich, es wird jedoch an neuen Wirkstoffen geforscht. Für die Behandlung von Demenz steht heute eine Vielzahl von medikamentösen und nicht medikamentösen Ansätzen zur Verfügung. Die Therapien richten sich auf eine Stabilisierung oder Verlangsamung der Progredienz und auf eine Verminderung der Symptome (Kastner & Löbach, 2014).

## 3.2 Bedeutung der Demenz

### Für die erkrankten Personen

Die Menschen, welche sich in einem Frühstadium der Demenz befinden, können zum Teil ihre Symptome noch bewusst wahrnehmen. Häufig treten hier depressive Symptome auf. Der Verlust von Fähigkeiten führt dazu, dass die Selbstbestimmung und die Selbstständigkeit, welche bisher erhalten blieben, abnehmen. Dies führt wiederum dazu, dass das Selbstwertgefühl angegriffen wird und zu Beginn noch ein Vermeidungsverhalten sichtbar ist. Die Menschen mit Demenz erleben im Alltag eine Reizüberflutung durch Informationen. Sie können einfache Aufgaben nicht mehr selbstständig bewältigen und die Fähigkeit des abstrakten Denkens geht mit der Zeit zunehmend verloren. Sie erleben ein Gefühl von Hilflosigkeit oder Angst und fühlen sich nicht mehr verstanden. Zudem tritt das Phänomen „Heimweh“ auf. Die Betroffenen fragen oft nach verstorbenen Ehepartnern oder äussern, dass sie wieder „nach Hause“ gehen wollen. Die Krankheit ist der auslösende Faktor, dass sie sich nirgendwo mehr sicher fühlen können. Ausserdem ist die Kommunikation beeinträchtigt. Durch den Verlust, erleben die Menschen eine Frustration und ziehen sich vermehrt zurück. Die Erinnerungen an lang zurückliegende Ereignisse bleiben am längsten erhalten (Haberstroh, Neumeyer, & Pantel, 2011).

### Für die Angehörigen

In allen Lebensbereichen gibt es tiefgreifende Veränderungen durch die Erkrankung des Partners oder Elternteils. Im Verlauf der Demenzerkrankung müssen sich die Angehörigen an verschiedene Situationen anpassen. Dies beginnt bei den ersten Symptomen der Krankheit, die am Anfang noch nicht richtig erkannt und meistens durch die Betroffenen geleugnet werden (Haberstroh et al., 2011). Die Eltern werden plötzlich abhängig von den Kindern, dies ist vergleichbar mit der Situation von Kindern in ihren ersten Lebensjahren. Parallel zu dem Rollenwechsel ergibt sich ein emotionaler Verlust. Die Eltern sind plötzlich keine Stütze mehr, können kein längeres Gespräch führen und ziehen sich vermehrt zurück. Dies ergibt eine neue Definition der Rollen im Familiensystem, und die Akzeptanz der Erkrankung wird erschwert. Durch die erheblichen Schwankungen der demenziellen Symptomatik bewegen sich die Angehörigen zwischen Hoffnung und Verzweiflung (Kastner & Löbach, 2014).

### 3.3 Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood

Tom Kitwood gilt als Pionier auf dem Gebiet der Pflege und Betreuung bei Menschen mit Demenz (Welling, 2004). Seine Leitidee basiert auf einem personenzentrierten Ansatz und strebt danach, Menschen mit einer Demenz so zu behandeln, wie man selbst gerne behandelt werden möchte. Sein Ziel war es, zu verstehen, was die Pflege und Betreuung aus der Perspektive einer Person mit Demenz ausmacht (Kitwood, 2008).

Person-Sein wird gemäss Tom Kitwood definiert als „Status oder das Ansehen der Menschen von anderen Menschen, welches im Kontext von Beziehungen und sozialem Sein verliehen wird und das Anerkennung, Respekt und Vertrauen erfordert“ (Haberstroh et al., 2011; Kitwood, 2008). Ziel der personenzentrierten Pflege ist, das Person-Sein von Menschen mit Demenz zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen (Welling, 2004).

Gemäss Tom Kitwood ist die Erhaltung des Person-Seins mit Wohlbefinden gleichzusetzen. Das Wohlbefinden eines Menschen hängt davon ab, ob das Bedürfnis nach „Person-Sein“ von den Mitmenschen erfüllt wird. Menschen mit Demenz sind jedoch manchmal nicht in der Lage, gezielte Kontakte mit anderen Menschen aufzubauen.

Tabelle 2: Vier Gefühlszustände des personalen Wohlbefindens (Quelle: Welling, 2004)

Tom Kitwood beschreibt die vier wichtigsten Gefühlszustände des personalen Wohlbefindens der Menschen:

- Das Gefühl, etwas wert zu sein und dass man für andere Menschen wichtig ist.
- Das Gefühl, man kann etwas unternehmen, bewirken und hat die Kontrolle.
- Das Gefühl, Kontakt mit anderen Menschen aufnehmen zu können, man kann sich einbringen und geben.
- Gefühl des Vertrauens in das Leben und das Sicherheitsgefühl eines Menschen.

Der personenzentrierte Ansatz baut auf einem humanistischen Menschenbild auf. Es geht davon aus, dass jeder Mensch das Bedürfnis hat, sich weiterzuentwickeln, zu reifen und sich selbst zu aktualisieren oder zu verwirklichen. Gemäss Carl Rogers ist es wichtig, dass die Pflegenden sich ihres eigenen Menschenbildes bewusst sind. Die personenzentrierte Haltung ist durch die drei Merkmale Empathie, Akzeptanz und Kongruenz nach Carl Rogers gekennzeichnet (Welling, 2004).

Tom Kitwood hat fünf zentrale psychische Bedürfnisse von Menschen mit Demenz identifiziert. Diese überschneiden einander und vereinen sich im zentralen Bedürfnis nach Liebe. Diese Bedürfnisse sind in der Abbildung 2 dargestellt:

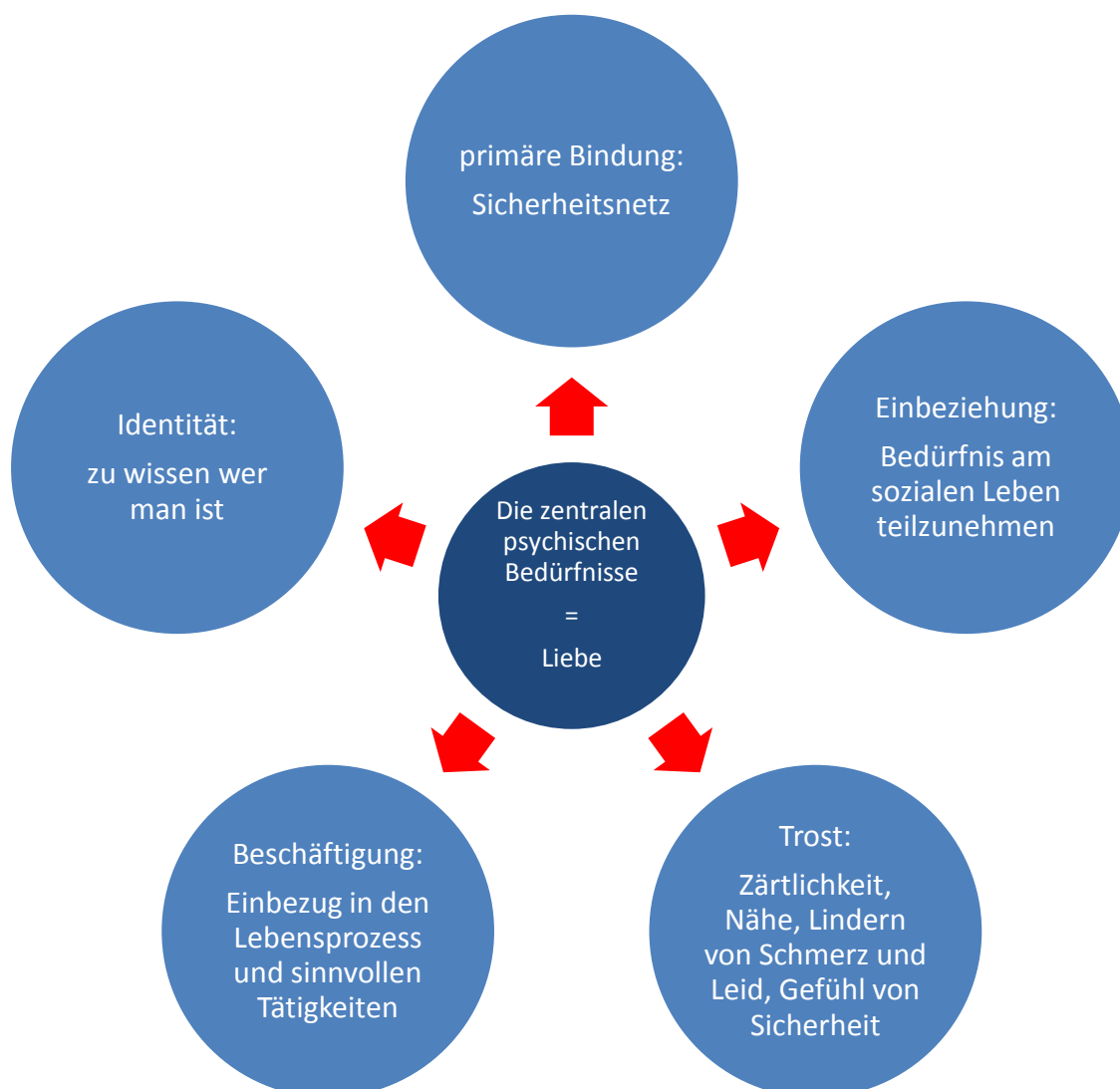


Abbildung 2: Die zentralen psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz nach Tom Kitwood (eigene Darstellung der Autorin)

Tom Kitwood beschreibt zwölf positive Interaktionsformen. Diese sind im Kontakt mit Menschen mit Demenz im Alltag hilfreich (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3: Die 12 positive Interaktionsformen nach Tom Kitwood (eigene Darstellung der Autorin)

Anerkennen (recognition)	Offene und vorurteilsfreie Haltung mitbringen Frei von Neigung zur Stereotypisierung Begegnung der Person mit Demenz in ihrer Einzigartigkeit Mit Namen ansprechen
Verhandeln (negotiation)	Nach Wünschen und Bedürfnissen fragen
Zusammenarbeiten (collaboration)	Ressourcen fördern, sich aktiv an der Alltagsbeschäftigung beteiligen
Spielen (play)	Förderung der Spontanität und des Selbstaudrucks
Timalation (timalation)	Ansprechen der Sinne, z. B. Aromatherapie anwenden
Feiern (celebration)	Interaktion, bei der durch das Feiern Geselligkeit und ein Gefühl der Nähe vermittelt werden
Entspannen (relaxation)	Entspannung, wenn andere Menschen in der Nähe sind
Validation (validation)	Für gültig erklären, auch wenn es paranoid oder halluzinär ist
Halten (holding)	Sicheren Raum geben, körperliches Halten (Hand)
Erleichtern (facilitation)	Unterstützung im aktivierenden Sinne, in dem Teile einer Handlung übernommen werden
Schöpferisch sein (creation)	Singen, Tanzen, Malen etc.
Geben (giving)	Geschenke geben und Dankbarkeit zum Ausdruck bringen

Das Erleben und die Erfahrungen der Menschen mit Demenz werden laut Kitwood noch zu wenig erforscht. Es ist nicht möglich, sich vollkommen in die Erlebniswelt des Menschen mit Demenz hineinzusetzen, weil sie kognitive und sprachliche Einschränkungen haben. Kitwood beschreibt jedoch sieben Zugangswege, welche den Angehörigen oder Pflegenden einen Einblick in die subjektive Welt der Demenz vermitteln können: Berichte sammeln, ungeteiltes Zuhören in vorgegebenen Situationen, aufmerksames Zuhören in Alltagssituationen, Beobachtung von Verhalten, Befragung, Einsatz der eigenen poetischen Vorstellungskraft und Rollenspiele (Kitwood, 2008).

### 3.4 Familienzentrierte Pflege

Die familienzentrierte Pflege baut auf einem systemischen Ansatz auf. Sie will einen Fokuswechsel von der „Familie als Kontext“ hin zu einer „Familie als System“. Dies dient dazu, dass die Familie als System wahrgenommen wird und dass die wichtigsten Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten als Mitbetroffene von Anfang an und kontinuierlich miteinbezogen werden. Dies soll die Familie zum einen als Ganzes in ihrem „Illness Management“ befähigen und zum anderen die Kernfunktionen der Familie stabilisieren. Die Krankheit eines Familienmitglieds beeinflusst die Familie und ist der Mittelpunkt des Lebens der ganzen Familie. Die Familie hat einen signifikanten Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden jedes einzelnen Familienmitglieds. Um gezielt familienzentriert pflegen zu können, müssen die Bedürfnisse aller Individuen hinsichtlich der pflegerischen Versorgung erhoben werden (Preusse, 2012). Familienzentrierte Pflege setzt das sogenannte Calgary Familien Assessment- und Interventionsmodell von Leahey und Wright um. Zu den Arbeitsinstrumenten gehört nach Preusse (2012) konkret: „Systematische Fragestellung, die grafische Darstellung von Geno-, Öko- und Beziehungsdiagrammen.“ Die Darstellungen helfen, Situationen, Ressourcen, aber auch Probleme zu erkennen, das Konzeptualisieren von Interventionen und deren Umsetzung. Die familienzentrierte Pflege wird in vier Phasen unterteilt: Beziehungsaufbau, Assessment, Interventionen und Abschluss der Beziehung (Leahey & Wright, 2014).

## 4 METHODE

Die systematische Literaturrecherche ist eine Grundarbeit in den verschiedenen elektronischen Datenbanken. Diese Suche führt dazu, dass die relevante Literatur zum Thema und zur Fragestellung identifiziert und kritisch bewertet werden konnte. Die Literaturrecherche fand im Zeitraum von Februar 2016 bis Mai 2016 statt.

### 4.1 Suchstrategien

Die Auseinandersetzung mit der Fragestellung erfolgte mittels einer systematisch durchgeführten Literaturrecherche in den Datenbanken „Medline über PubMed“, „Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature“ (CINAHL), Web of Science und PsycINFO.

In der Vorbereitungsphase wurde eine unsystematische Literaturrecherche durchgeführt. Die einzelnen Komponenten der Fragestellung wurden zerlegt und die geeigneten Suchbegriffe definiert. Die Suchbegriffe wurden anhand der Kernthemen der Fragestellung ins Englische übersetzt und mögliche Synonyme wurden gesammelt (siehe Tabelle 4).

Die Begriffe wurden an die jeweiligen Datenbanken angepasst und, wann immer möglich, mit den Medical Subject Heading (MeSH)-Begriffen ergänzt. Falls keine MeSH-Begriffe vorhanden waren, wurden die Begriffe als Textwort eingesetzt. Die vorhandenen MeSH- bzw. Schlüsselbegriffe wurden mit den Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ kombiniert. Bei Textwörtern wurde zum Teil eine Trunkierung (\*) verwendet, damit die verschiedenen Schreibweisen des Wortes bei der Suche berücksichtigt wurden.

In der Tabelle 4 sind die Datenbanken, die verwendeten Suchbegriffe und Operatoren sowie die gesetzten Limiten, die Anzahl der Treffer und die relevanten Studien ersichtlich. Zum Begriff „experience“ und „perceive“ gibt es keinen MeSH-Term, daher wurden diese Begriffe als Textwort eingegeben. In PubMed ergab die Suche mit den Begriffen *Dementia* [MeSH] OR *dementia* AND *experie<sup>n</sup>c\** OR *perceive\** AND *Hospitals* [MeSH] OR *hospital* zu viele, nicht relevante Treffer. Um die Suchergebnisse zu reduzieren und einzuschränken, wurden zusätzlich die Begriffe *Qualitative Research* [MeSH]) OR *qualitative* eingesetzt. Das Gleiche ist für die Recherche in Web of Science erfolgt.



Tabelle 4: Suchbegriffe

<b>Komponenten aus der Fragestellung</b>	<b>Suchbegriffe</b>	<b>Englische Übersetzung</b>	<b>Flexionsform</b>
Menschen mit Demenz	Demenz	dementia	Dementia
erleben	Erleben	experience	Experience perceive
deren Angehörige	Angehörige	Caregiver family	Caregiver family
den Aufenthalt in einem Akutspital	Akutspital	hospital	hospitals

Tabelle 5: Suchstrategien

Datenbank	Suchbegriffe & Operatoren	Limiten	Anzahl Treffer	Anzahl relevante Studien
Medline via Pubmed	(((((("Dementia"[MeSH]) OR "dementia"))) AND ((experie* OR perceive*)) AND (("Hospitals"[MeSH]) OR "hospital"))) AND ((("Qualitative Research"[MeSH]) OR "qualitative"))	Abstract; published in the last 5 years; English; German;	93	7
Medline via Pubmed	(((((("Dementia"[MeSH]) OR "dementia"))) AND ((experie* OR perceive*)) AND (("Family"[MeSH]) AND "family"))) AND ((("Caregivers"[MeSH]) AND "caregiver"))) AND ((("Hospitals"[MeSH]) OR "hospital"))	Abstract, published in the last 5 years, Humans, English, German	6	0
Medline via Pubmed	((((((("Dementia"[MeSH]) OR "dementia"))) AND ((experie* OR perceive*)) AND (("Hospitals"[MeSH]) OR "hospitals"))) AND ((("Qualitative Research"[MeSH]) OR "qualitative"))) AND (("family") OR "Family"[MeSH])) AND ((("Caregivers"[MeSH]) OR "caregivers"))	Abstract; published in the last 5 years; Humans; English; German	4	3
CINAHL	(MH „dementia“) OR „dementia“ AND („experie* OR perceive*) AND (MH “hospitals”) OR “hospitals”	Abstract available, 2011–2016, Human, English, German	35	4
CINAHL	(MH „dementia“) OR „dementia“ AND („experie* OR perceive*)	Abstract Available; Published	13	4

	AND (MH "hospitals") OR "hospitals" AND "caregiver" OR (MH "family") OR "family"	Date: 2011–2016; Human, English, German		
Web of Science	TS=dementia AND TS= (exper- enc* OR perceive*) AND TS=hos- pitals AND TS=qualitative	English, German, 2011–2016	51	8
Web of Science	TS=dementia AND TS = (experi- enc* OR perceive*) AND TS= (family OR caregiver) AND TS=hospitals AND TS=qualitative	English German 2011–2016	30	6
PsychINFO	Advanced Search: Dementia.mp. AND (experi- enc*.mp. OR perceive*.mp.) AND hospitals.mp.	English, German, Last 5 years, Ab- stracts, Hu- man	65	5
PsychINFO	Advanced Search: Dementia.mp. AND (experi- enc*.mp. OR perceive*.mp.) AND hospitals.mp. AND (family.mp. OR caregiver.mp.)	English, German, Last 5 years, Ab- stracts, Hu- man	20	4

## 4.2 Ein – und Ausschlusskriterien

### **Einschlusskriterien**

Aufgrund der Fragestellung wurden Samples ausgewählt, welche sich auf Menschen mit einer bestätigten Diagnose der Demenz und die Angehörigen von Menschen mit Demenz beziehen. Es wurde nach Studien, die sich mit dem Erleben der genannten Stichprobe befassen, gesucht. Wichtig war, dass die Menschen mit Demenz befragt wurden oder im Falle einer nicht möglichen Involvierung oder bei Schwierigkeiten beim Einholen des Einverständnisses, stellvertretend die Angehörigen befragt wurden. Zudem soll sich die Erfahrung oder das Erleben auf den Aufenthalt im Akutspital beziehen. Dabei gab es kein spezifisches Fokusthema, sondern es sollten alle Themen, welche mit dem Akutspital assoziiert sind, beachtet werden, damit eine breite Perspektive und Vielfältigkeit des Erlebens dargestellt werden kann. Das Alter der Stichprobe wurde nicht eingegrenzt, um ein möglichst vielfältiges Erleben und Erfahrungen aus unterschiedlichen Lebensphasen darzustellen. Aufgrund der Fragestellung wurde nach qualitativen Studien gesucht. Die Studien sollten innerhalb der letzten fünf Jahre durchgeführt worden sein, damit der aktuelle Forschungsstand abgebildet werden konnte. Zudem sollten die Studien in Englisch oder Deutsch mit Abstract publiziert worden sein, damit die Autorin bei der Wahl der Studien einschätzen kann, ob die Studien für die Beantwortung der Fragestellung geeignet sind.

### **Ausschlusskriterien**

Studien über das Erleben ausserhalb des Spitals wurden ausgeschlossen, da sich die Fragestellung auf das Setting Akutspital bezieht. Quantitative Studien wurden ausgeschlossen. Aufgrund der Übertragbarkeit der Resultate bezüglich des kulturellen Kontexts und Familiensystems wurden Studien aus Entwicklungsländern nicht berücksichtigt.

### 4.3 Auswahl der Studien

Die Suche in den Datenbanken mit mehreren Kombinationen der Suchbegriffe und Limiten lieferte insgesamt 317 Ergebnisse. Zusätzlich wurde eine Studie im Internet gefunden. Alle Treffer wurden in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote überführt. Es wurden 173 Duplikate gefunden und entfernt. Es verblieben 145 Studien. Anhand des Abstracts wird entschieden, ob die Studie für die Bearbeitung dieser Fragestellung geeignet ist. Zum Schluss wurden 15 Artikel als relevant eingestuft, und die Volltextversionen wurden genauer studiert. Die Auswahl der Studien erfolgte nach Ein- und Ausschlusskriterien. Es wurden zum Schluss 10 Studien in die Arbeit eingeschlossen. Der Prozess der Literatursuche wurde in einem Flussdiagramm veranschaulicht dargestellt (siehe Abbildung 1). Die ausgeschlossene Volltextartikel mit Begründung sind in der Tabelle 7 aufgelistet.

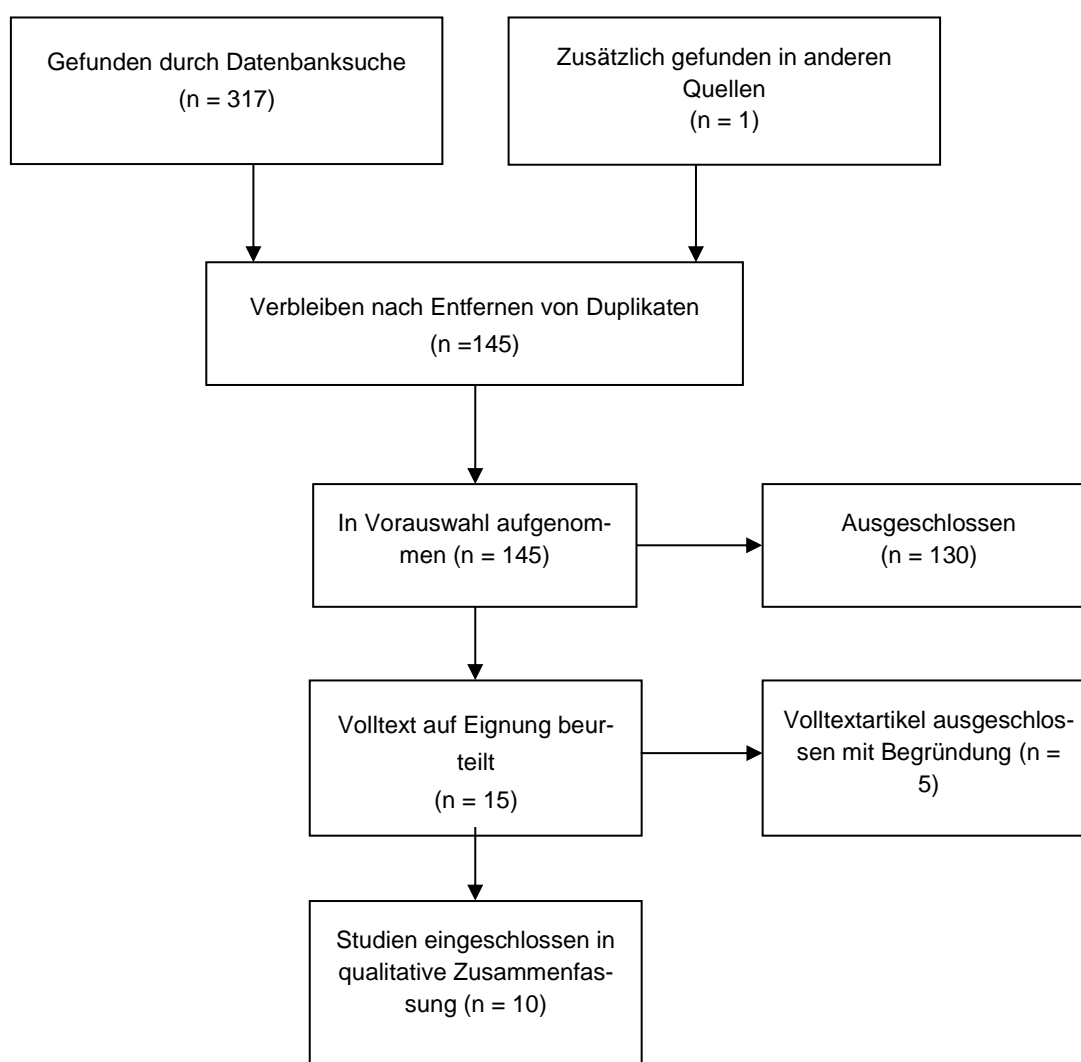


Abbildung 3: PRISMA Flussdiagramm zur Studienauswahl

## 4.4 Analyse und Bewertung der Studien

Die Analyse und Bewertung der Studien basieren auf mehreren Schritten:

Tabelle 6: Analyse und Bewertung der Studien (eigene Darstellung der Autorin)

Erster Schritt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die eingeschlossenen Studien wurden mehrmals durchgelesen, mit dem Ziel, dass deren Inhalt verstanden werden konnte.</li> <li>• Die wichtigsten Aspekte wurden mit Farbe markiert, persönliche Notizen gemacht und eigene Gedanken zu den Inhalten festgehalten.</li> <li>• Bei Unklarheiten bezüglich des Inhalts oder wegen eingeschränkter Englischkenntnisse wurde die Meinung einer weiteren Person eingeholt.</li> </ul>
Zweiter Schritt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die wichtigsten Merkmale der Studien, welche sich auf die persönliche Fragestellung beziehen, wurden in einer Übersichtstabelle dargestellt.</li> </ul>
Dritter Schritt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Qualität der Studien wurde beurteilt. Die Bewertung erfolgte nach den Kriterien von Polit und Beck (2012), zur Beurteilung von qualitativen Forschungsberichten.</li> <li>• Die 14 graumarkierten Kriterien, welche als „Muss-Kriterien“ gelten, mussten eingeschätzt und begründet werden.</li> <li>• Anhand der Qualitätsbeurteilung wurden die Stärken und Schwächen der Studien in die Übersichtstabelle übertragen.</li> <li>• Die Ergebnisse wurden anschliessend miteinander verglichen und auf Gemeinsamkeiten überprüft.</li> </ul>

Tabelle 7: Volltextartikel ausgeschlossen mit Begründung (eigene Darstellung der Autorin)

<b>Studien</b>	<b>Grund des Ausschlusses</b>
<p>Bauer, Fitzgerald &amp; Koch (2011)</p> <p>Hospital discharge as experienced by family carers of people with dementia: a case for quality improvement</p>	<p>Diese Studie ist bereits im Review von Mockford (2015) enthalten.</p>
<p>Caswell, Pollock, Harwood &amp; Porock (2015)</p> <p>Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study</p>	<p>Dieser Studie bezieht sich sehr spezifisch auf die End-of-life care und auf die Kommunikation, daher wird diese ausgeschlossen.</p>
<p>Fitzgerald, Bauer, Koch &amp; King (2011)</p> <p>Hospital discharge: recommendations for performance improvement for family carers of people with dementia</p>	<p>Dieser Studie ist bereits in der Review von Mockford (2015) enthalten.</p>
<p>Innes, Kelly, Scerri &amp; Abela (2016)</p> <p>Living with dementia in hospital wards: A comparative study of staff perceptions of practice and observed patient experience</p>	<p>Studie bezieht sich sehr stark auf das Erleben von Pflegefachpersonen.</p>
<p>Porock, Clissett, Harwood &amp; Gladman (2015)</p> <p>Disruption, control and coping: responses of and to the person with dementia in hospital</p>	<p>Dieser Studie bezieht sich auf die gleichen Daten wie die Studie von Clisset et al. (2013a). Zudem liefert sie auch gleiche Ergebnisse.</p>

## **5 ERGEBNISSE**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien dargestellt.

### **5.1 Tabellarische Darstellung der Studien**

Es wurden nur diejenigen Ergebnisse aus den Studien herausgefiltert, welche für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind.



Tabelle 8: Bloomer et al. (2014). The experience of family carers of people with dementia who are hospitalised.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Setting und Sample	Design & Methode	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Bloomer, Digby & Tan (2014)  Australien	Welche Erfahrungen machen Familienangehörige von Menschen mit Demenz, welche in stationärer Behandlung oder Rehabilitation sind und den Übergang in ein Pflegeheim machen.	<p><b>Sample</b> 20 Familienangehörige über 18 Jahre alt, fähig, eine Konversation in Englisch durchzuführen (Partner, erwachsene Kinder und Freunde von Menschen mit Demenz), im Alter zwischen 34 und 92 Jahren. Das Durchschnittsalter der Patientinnen und Patienten beträgt mindestens 85 Jahre und bei welchen Demenz eine morbide Diagnose ist. Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 23 Tage.</p> <p>Rekrutierung: Eine geriatrische Einrichtung mit 60 Betten, die Teil eines Gesundheit-Servicenetzes in Melbourne, Victoria ist. Mit Fokus auf die Rehabilitation von älteren Menschen über 65 Jahre. Die Mehrheit leidet dabei an multiplen Begleiterkrankungen.</p> <p><b>Setting</b> In einem privaten, ruhigen Rahmen innerhalb der Einrichtung.</p>	<p><b>Design</b> Deskriptiv qualitatives Design</p> <p><b>Datenerhebung</b> Tiefgründiges Interview mit Konversationsansatz, so dass eine Diskussion möglich ist. Dauer zwischen 14 und 43 Minuten.</p> <p><b>Datenanalyse</b> Tonbandaufnahmen und wörtliches Transkribieren der Interviews, geprüft für eine thematische Analyse. Offene Kodierungstechnik, Entwicklung eines Kategorienschemas mit Haupt- und Unterkategorien. Diskussion und Reflexion durch das Forschungs-Team.</p>	<p>Die Interviewdaten ergaben, dass die Aufnahme der Personen mit Demenz im Krankenhaus eine sehr emotionale und herausfordernde Erfahrung war. Daraus entstehen fünf Kernthemen: <u>Gefühl hilflos und verloren</u>: Der Eintritt wurde als emotionales Erlebnis beschrieben, weil die Rolle der Angehörigen sich veränderte. Führt zu Hilflosigkeit und Einsamkeit. Gefühl des Vermissens der Personen mit Demenz und Vermissten der Verantwortung.</p> <p><u>Unterstützung durch die Familie und Konflikte</u>: Durch den Eintritt bekamen die betroffenen Angehörigen Unterstützung von den Familien. Dies wiederum kann einen Konflikt bei gewissen Entscheidungen in der Familie auslösen.</p> <p><u>Die Kontrolle verlieren</u>: Der Eintritt in das Spital löst einen akuten Verlust der Kontrolle über Situation, Verantwortung und Entscheidung aus.</p> <p><u>Gefühl unterbewertet</u>: Sie fühlen sich gegenüber dem Gesundheitssystem entmachteter. Gefühl von Unterschätzung durch die Ärzte. Löst ein Frustrationsgefühl aus.</p> <p><u>Möglichkeiten zur Verbesserung</u>: Mehr Informationen über das Procedere, Aufenthaltsdauer und Medikation erhalten. Gespräche mit Ärzten. Die Bedürfnisse der Angehörigen berücksichtigen und mit der Familie arbeiten. Geduld bei Patienten mit Demenz aufbringen.</p>	<p><b>Stärken</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nachvollziehbare Empfehlungen</li> <li>- Übersichtlich gestaltete Studie</li> <li>- Hintergrund der Forscher wurde beschrieben (Forschertriangulation)</li> <li>- Definierte Einschlusskriterien</li> <li>- Ausreichende Beschreibung der Datenerhebung und Datenanalyse</li> <li>- Heterogene Stichprobe</li> </ul> <p><b>Schwächen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Angaben zur Datensättigung</li> <li>- Keine Tabellen oder Grafiken</li> <li>- Knapper Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien in der Diskussion</li> </ul>

Tabelle 9: Clisset et al. (2013a). Experiences of family carers of older people with mental health problems in the acute general hospital: a qualitative study.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/Zielsetzung	Setting und Sample	Design & Methode	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Clisset, Porock, Harwood, Gladman (2013a) Vereinigtes Königreich	<b>Ziel</b> Erforschen der Erfahrungen der Angehörigen von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung während des Spitalaufenthalts.	<b>Sample</b> 32 Angehörige von 34 Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung (Demenz oder Delir), Durchschnittsalter der Angehörigen: 63 Jahre, davon 24 Frauen. Durchschnittsalter der Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung 87 Jahre, 19 weiblich, 21 Witwer, 9 verheiratet, 2 noch nie verheiratet, 2 geschieden. Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten: 9 Ehefrauen, 8 Töchter, 7 Söhne, 2 Nichten, 2 weibliche Freunde, 2 Schwestern, 1 Schwiegersohn, 1 Enkelin.  Rekrutierung: Aus 2 Standorten der British-Nationalen Gesundheitsorganisation, über einen Zeitraum von 12 Monaten.  <b>Setting</b> Im Haus der Erkrankten oder der Angehörigen.	<b>Design</b> Qualitative Studie, Interpretierter Ethnographie-Ansatz nach Nygard 2006  <b>Datenerhebung</b> 72 h nichtteilnehmende Beobachtung, Semi-strukturierte Interviews. Dauer 20 Minuten bis 2 Stunden. Sie fanden 6–8 Wochen nach dem Spitalaustritt statt. Zeitraum zwischen 2009 und 2010. Feldnotizen wurden gemacht.  <b>Datenanalyse</b> Tonbandaufnahmen, transkribiert, mit Hilfe von NVivo 8.0 Software. Analyse nach Strauss und Corbins Rahmenkonzept	<b>Störung der normalen Routine :</b> Die Hospitalisierung und die Krankenhaus-Prozesse wurden als störend empfunden. Zum Teil durch Krankheiten, Bedürfnisse und das Verhalten der Erkrankten. Dies löst zum Teil Betroffenheit und Distress bei vielen Angehörigen aus. Der Besuch in einem Spital wurde auch als Störung im Alltag erlebt. Vor allem dann, wenn der Besuch als sinnlos festgestellt wurde, wenn Verwirrung und akute Erkrankungen auftreten. Dies verursachte Sorgen und Betroffenheit für die Familien. Die Infrastruktur im Krankenhaus wurde als nicht geeignet empfunden. Die Notaufnahme wurde als chaotischer Ort betrachtet. Behandlung und Verlegungsprozesse waren langsam, anstrengend und unbequem.  <b>Gewinnen oder Geben eines Gefühls der Kontrolle zur Bewältigung von Störungen:</b> <u>Schutz der Person mit kognitiven Beeinträchtigungen:</u> Strategien wurden angewendet: Anwenden des Wissens über die Person, um die Pflege zu beeinflussen und sich mit einzubringen, die Lücken in der Pflege zu füllen. Fühlt sich vertreten. Das Krankenhaussystem schien, bei der Förderungsarbeit von Mobilität nach einer Fraktur, langsam zu sein. Versuch, das Person-Sein zu bewahren, während des Spitalaufenthalts durch Trösten.  <u>Bewertung der Qualität der Pflege</u> Fragen werden an Pflegepersonal gestellt, wenn ein Bild über die Situation nicht gemacht werden konnte. Wenn Probleme vorhanden sind, wird versucht, diese rational herauszufinden, jedoch haben einige die feste Meinung, dass Pflege schlecht ist, und reagieren verärgert. Das Gefühl, die Kontrolle verloren zu haben, wurde geäußert.  <u>Rational die Situation der Störung zu bewältigen:</u> Unterstützung des Spitalpersonals durch mehr Zeit mit den Angehörigen zu verbringen. Angehörige geben die Schuld für die schlechte Qualität teilweise der Verwaltung und anderen Vertretungsstellen.	<b>Stärken:</b> - Übersichtlich gestaltete Studie - Datensättigung angeben - Stärken und Schwächen angeben  <b>Schwächen:</b> - Ein- und Ausschlusskriterien wurden nicht beschrieben. - Keine Tabellen oder Graphiken - Interview ein paar Wochen nach dem Spitalaustritt kann die Meinung beeinflussen.

Tabelle 10: Clisset et al. (2013b). The challenge of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Setting und Sample	Methode & Design	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Clisset, Porock, Harwood & Gladman (2013b)  Vereinigtes Königreich	Das Ziel ist es zu erkunden, mit welchem Ansatz des akuten Pflege-settings das Person-Sein bei älteren Menschen mit Demenz verbessert werden kann. Dabei werden die fünf Dimensionen von Kitwoods Modell des Person-Seins als ein Rahmenkonzept für die Analyse verwendet.	<p><b>Sample:</b> Insgesamt 34 Teilnehmende Davon 28 Angehörige: Durchschnittsalter 60 Jahre, 19 sind weiblich. Beziehung zu den Patientinnen und Patienten: 8 Ehefrauen, 6 Töchter, 7 Söhne, 2 Nichten, 1 Freundin, 2 Schwestern, 1 Schwiegersohn, 1 Enkelin.</p> <p>Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen (Demenz oder Delir), Eintrittsgrund: akute medizinische Probleme oder Frakturen. Durchschnittsalter 88 Jahre, 15 Frauen, 18 Witwer, 8 verheiratet, 1 noch nie verheiratet, 2 geschieden.</p> <p>Rekrutierung: In zwei grossen Spitälern innerhalb der Region East Midlands im Vereinigten Königreich. Zeitraum Juni 2009 bis Dezember 2010.</p> <p><b>Setting:</b> Zuhause bei den Erkrankten oder den Angehörigen.</p>	<p><b>Design</b> Qualitative Studie</p> <p><b>Datenerhebung</b> 72 h nicht teilnehmende Beobachtungen und Interviews. Unstrukturierte Beobachtungen durch 2 Forschende. Beobachtungsdauer zwischen 1–2 h, kürzeste Beobachtung war 45 Minuten und die längste 180 Minuten. Feldnotizen wurden gemacht.</p> <p><b>Datenanalyse</b> Tonbandaufzeichnungen und Transkribieren der Interviews. Wurden vor der Analyse anonymisiert, Pseudonamen wurden zur Identifizierung zugeordnet.</p> <p>Analyse nach Rahmenkonzept Tom Kitwood, mit Hilfe der N-Vivo 8 Software</p>	<p><b>Bindung:</b> Gefühl der Verbundenheit zwischen den Personen mit Demenz und den Teammitgliedern schien über den Zeitraum erreicht worden zu sein. Dadurch, dass Zeit zusammen verbracht wurde. Durch Ausdrücken von Wärme des Pflegepersonals wurden die Beziehungen verbessert. <i>Verpasste Chancen: Patientinnen und Patienten sind nicht bereit oder gewillt, dies zu tun.</i></p> <p><b>Einbeziehung:</b> Einbezug der Menschen mit Demenz in Entscheidungsmomente, z. B. Entscheidung über die Zukunftspflege, Essenswahl. <i>Verpasste Chancen: Kein Einbezug der Patientinnen und Patienten durch das Personal</i></p> <p><b>Identität:</b> Personen mit Demenz mit dem bevorzugten Namen ansprechen, Mitarbeiter sollen das Gefühl der Identität bewahren, dies bringt Wärme in die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Individuen, so dass sie sich als Mensch behandelt fühlen. <i>Verpasste Chancen: Personal soll das Gefühl der Identität des Individuums stärken, Mangel der Verwendung von persönlichen Erlebnissen, die eine Identitätswirkung wiedergeben.</i></p> <p><b>Beschäftigung:</b> Wenige Beweise für proaktive Beschäftigungen. Wurde nur bei Unruhe angewendet. <i>Verpasste Chancen: Mangel an Aktivitäten.</i></p> <p><b>Trost:</b> Schmerz wird anerkannt, verbal tröstende Momente. <i>Verpasste Chancen: Es gab Gelegenheiten, bei denen der physische und psychische Trost für Menschen mit Demenz übersehen wurde, z. B. lange Wartezeiten auf der Notfallstation und Mangel an Mundpflege.</i></p>	<p><b>Stärken:</b> - Stärken und Schwächen angegeben - Angaben der Datensättigung - Gute Beschreibung der Stichprobe</p> <p><b>Schwächen:</b> - Keine Angaben der Interviewdauer - Ein- und Ausschlusskriterien sind in der Studie nicht direkt ersichtlich.</p>

Tabelle 11: Digby et al. (2012). People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Setting und Sample	Methode & Design	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Digby, Bloomer  (2012)  Australien	Die Perspektiven der stationären Patientinnen und Patienten mit Demenz und ihrer Angehörigen über die Umwelt- und Designmerkmale, über die sie denken, dass sie für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen notwendig sind, in Erfahrung zu bringen. Die Ergebnisse werden verwendet, um sich über die Gestaltung einer neuen Einrichtung zu informieren.	<p><b>Sample:</b> 7 Menschen mit Demenz, Mini Mental State Examination (MMSE) variiert zwischen 15/30 bis 21/30. Alter zwischen 67 und 96 Jahre.</p> <p><u>Eintrittsgrund:</u> Verwirrtheit, Sturz, Alkoholismus, Diabetes, Myokardinfarkt, Oberschenkelhalsbruch, chronisch obstruktive Lungenerkrankungen, transitorisch ischämische Attacken und Femurschaftfraktur.</p> <p>4 Angehörige: Beziehung zu den Menschen mit Demenz: 1 Ehefrau, 1 Schwester, 2 Töchter.</p> <p><b>Setting</b> Interviews mit Menschen mit Demenz: im Spitalzimmer.</p> <p>Interviews mit den Angehörigen: ruhige Plätze oder im Zimmer für Verwandte.</p>	<p><b>Design</b> Qualitative Studie, keine genaueren Angaben</p> <p><b>Datenerhebung</b> Semistrukturierte Interviews</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Tonbandaufnahmen, transkribiert und Inhaltsanalyse nach Hsieh und Shannon, 2005</p>	<p><u>Pflege ist wichtiger als Umgebung:</u> Die Verbesserung der Gesundheit wurde als primär angeschaut, die Umgebung ist sekundär.</p> <p><u>Wohnlichkeit:</u> Die Einrichtung ist wohnlicher als im Akutspital.</p> <p><u>Navigation:</u> Die Mehrheit der älteren Menschen der Studie waren wegen ihrer eingeschränkten Mobilität nicht in der Lage, Kommentare bzgl. Navigation, Beschilderung und Wegfindung abzugeben.</p> <p><u>Privatsphäre:</u> Mehrbettzimmer sind bei den Patienten nicht beliebt. Ein Teilnehmer äusserte Frustration über den Verlust von persönlichem Raum. Datenschutz war ein Problem für diejenigen, die in einem Zweibettzimmer lagen, wegen der intimen und persönlichen Gespräche. Eine Teilnehmerin erwachte, wenn der Zimmernachbar auf die Toilette gehen musste. Die Teilnehmenden erwähnten die Notwendigkeit eines ruhigen Raumes, um ihre Privatsphäre zu haben.</p> <p><u>Bedürfnisse der Angehörigen:</u> Es ist wichtig, eine einladende Umgebung für die Angehörigen zu schaffen, denn sie verbringen viel Zeit auf der Station mit ihren Verwandten. Der Zugang zu Stühlen, Toiletten und Erfrischungen werden als Basisbedürfnis betrachtet. Der Zugang zum Garten kann problematisch sein, da einige der Menschen mit Demenz eine hohe Sturzgefahr haben und nur in Begleitung von Pflegepersonal rausgehen können.</p> <p><u>Lärm:</u> Keiner der Teilnehmenden betrachtete das Spital als übermässig laut, sondern der Lärmpegel wurde meist als normal angenommen. Manchmal wird der Lärm als anstrengend bezeichnet, z. B. das Schreien in der Nacht. Der Fernseher im Aufenthaltsraum wird als Objekt des Lärms betrachtet und hindert die Kommunikation.</p> <p><u>Anschluss an die Natur und nach aussen:</u> Nach draussen gehen zu können oder nach draussen zu sehen wurde als wichtig empfunden und vermittelt ein Gefühl von Freiheit.</p>	<p><b>Stärken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detaillierte Beschreibung der Stichprobe und des Settings</li> <li>- Tabelle angewendet zur Darstellung der Merkmale der Informantinnen und Informanten</li> <li>- Ausführliche Beschreibung der Ergebnisse und Diskussion</li> </ul> <p><b>Schwächen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Angaben der Datensättigung</li> <li>- Keine Angaben der Interviewdauer</li> <li>- Fehlende Einschluss- und Ausschlusskriterien</li> <li>- Knappe Beschreibung der Datenanalyse und Stichprobe</li> </ul>

Tabelle 12: Hynninen et al. (2015). Treatment of older people with dementia in surgical wards from the viewpoint of the patients and close relatives.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Setting und Sample	Design & Methode	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Hynninen, Saarnio & Isola  (2015)  Finnland	<p><b>Ziel</b> Ein umfassendes Bild, durch Beschreiben der Behandlung von älteren Menschen mit Demenz, auf einer chirurgischen Station, aus der Perspektive von Patientinnen und Patienten und ihren nächsten Verwandten erwerben.</p> <p><b>Fragestellung:</b> Was sind die besonderen Merkmale älterer Menschen mit Demenz in einer chirurgischen Station aus Sicht der Patientinnen und Patienten und ihrer nahen Verwandten?</p> <p>Was sind die spezifischen Merkmale ihrer Behandlung aus Sicht der Patientinnen und Patienten und ihrer nahen Verwandten?</p> <p>Welche Faktoren und Standpunkte tragen zu einer guten Behandlung der Patientinnen und Patienten und ihrer nahen Verwandten bei?</p> <p>Welche Faktoren behindern eine gute Behandlung aus Sicht der Patientinnen und Patienten und ihrer nahen Verwandten?</p>	<p><b>Sample</b> 7 Menschen, diagnostiziert mit schwacher oder moderater Alzheimer-Erkrankung, Alter durchschnittlich 74–85 Jahre. 5 Frauen und 2 Männer.</p> <p>5 davon haben nahestehende Verwandte im Alter von 52–78 Jahre. Beziehungen: 4 Partner und 1 Kind.</p> <p>Rekrutierung: aus vier chirurgischen Stationen eines finnischen Universitätsspitals mit 90 Betten. Zeitraum zwischen März und Oktober 2012. Patientinnen und Patienten blieben ungefähr drei bis vier Tage postoperativ im Spital.</p> <p><b>Setting:</b> Im Spital auf der chirurgischen Station. Ein Interview mit Angehörigen Zuhause.</p>	<p><b>Design</b> Qualitatives, deskriptives Design</p> <p><b>Datenerhebung</b> Unstrukturierte Interviews. Tonbandaufzeichnungen.</p> <p><b>Datenanalyse</b> Induktive Inhaltsanalyse, wörtliches Transkribieren (Patientinnen und Patienten und Angehörige wurden separat kodiert), offene Kodierungstechnik.</p>	<p>4 Hauptkategorien mit verschiedenen Unterkategorien wurden gebildet: <u>Spezifische Merkmale von älteren Menschen mit Demenz:</u> - das persönliche Selbst: Wunsch, in der vertrauten Umgebung zu sein, allein zu sein - das Selbst, das an der Gegenwart haftet: Wunsch, nach Hause zu gehen, Gefühle der Besorgnis über Verbleib in einem Pflegeheim nach der Behandlung, die Sehnsucht nach Heimat und Familie, Verzicht weiterzuleben und Sorge um das Wohlbefinden von Verwandten - das krankheitsbedingte Selbst: wegen reduziertem kognitiven Zustand, verschiedene Verhaltenssymptome: Aggression und Mangel an Vertrauen in das Pflegepersonal</p> <p><u>Spezifische Merkmale der Behandlung von älteren Menschen mit Demenz:</u> - Behandlung erforderlich als Folge der Krankheit - Berücksichtigung der negativen Einstellung der Patienten - die Wirkung der physikalischen Umwelt bei der Genesung - Aktiv teilnehmende Verwandte wünschen mehr Kommunikation mit der Pflege und den Ärzten</p> <p><u>Faktoren, die zu einer guten Behandlung von älteren Menschen mit Demenz führen:</u> - Darstellung der Interessen der Erkrankten durch einen Verwandten, Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse.</p> <p><u>Faktoren, die eine gute Behandlung von älteren Menschen mit Demenz behindern:</u> - offensichtliche Missachtung, widersprüchliche Freiheitseinschränkungen, gestresstes Personal, unzureichende Schmerzlinierung, Erschöpfung der Verwandten</p>	<p><b>Stärken:</b> - Datensättigung wurde beschrieben - Begründung des Designs und Wahl der Methode - Nachvollziehbare Ergebnisdarstellung und Empfehlung</p> <p><b>Schwächen:</b> - Datenanalyse von einer Forscherin durchgeführt - Dauer der Interviews nicht angegeben - Knappe Beschreibung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien - Knappe Beschreibung der Datenanalyse - Knappe Beschreibung der Stichprobe</p>

Tabelle 13: Jurgens et al. (2012). Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Setting und Sample	Design & Methode	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Jurgens, Clisset, Gladman & Harwood (2012)  Vereinigtes Königreich	Ermittelt die Erlebnisse der Angehörigen auf einer geriatrischen und allgemeinen, medizinischen und orthopädischen Station in einem grossen Spital.  Die Studie beschreibt eine Analyse der Interviews mit Angehörigen nach der Spitalentlassung und erstellt ein Modell zur Klärung der Unzufriedenheit.	<b>Sample</b> 35 Familienangehörige von 34 verwirrten älteren Patientinnen und Patienten Durchschnittsalter 63 Jahre. 24 davon weiblich. Beziehungen: 9 Lebenspartner, 8 Töchter, 7 Söhne, 2 Nichten, 2 Freundinnen, 2 Schwestern, 1 Schwiegersohn, 1 Enkelin.  34 Patientinnen und Patienten mit Durchschnittsalter 87 Jahre. 31 davon haben Demenz mit oder ohne Delirium, eine mit Lernbehinderung und zwei mit geistigen Gesundheitsproblemen. 19 Frauen: Die Mehrheit war verwitwet. 16 lebten zu Hause allein, 11 lebten mit ihren Familien und 7 im Pflegeheim. Insgesamt starben 4 im Spital und 5 weitere zwischen Austritt und Interviewzeitpunkt.  Rekrutierung: Aus 12 Stationen eines grossen Spitals in England  <b>Setting:</b> Ort der Interviews Zuhause bei den Patientinnen und Patienten, Angehörigen oder im Pflegeheim	<b>Design</b> Qualitatives Design  <b>Datenerhebung</b> 72 h nicht teilnehmende Beobachtung auf der Station und semistrukturierte Interviews. Dauer 20 Minuten bis zwei Stunden. Feldnotizen wurden gemacht.  <b>Datenanalyse:</b> Tonbandaufzeichnung und wörtliches Transkribieren der Interviews. Wurden vor der Analyse anonymisiert, Pseudonamen wurden zur Identifizierung zugeordnet.  Analyse nach Grounded-Theory-Ansatz mit Hilfe der N-Vivo 8 Software	<u>Spitalaufnahme</u> Eintrittsprozess: Die Angehörigen sind oft körperlich und emotional erschöpft. Der Spitaleintritt wurde als störendes, stressiges Ereignis und als „Krise“ in der Alltagsroutine empfunden. Abteilung: Fast alle Interventionen auf der Abteilung wurden als schlechte Versorgung durch die Pflege eingestuft. Austritt/Entlassung: Der Austritt wurde als schlecht geplant empfunden. Ein Mangel an Beratung wurde festgestellt. <u>Schlüsselthemen:</u> Die Angehörigen beschreiben die Krise als entscheidenden Moment, Wendepunkt und als Zeit, die mit Stress und/oder Notfällen verbunden war. Sechs Brennpunkte wurden identifiziert: die Menschen mit Demenz, Kommunikation der Angehörigen mit dem Personal, Organisation des Spitals, die Behandlung, der Einfluss von Familie und Freunden. Diese treten mit folgenden Themen in Interaktion: Erwartungen: Nicht erfüllte Erwartungen in Bezug auf die Pflege gaben einen konsistenten Anlass zur Sorge. Events: Ereignisse lösen häufig eine Krise aus. Die Beziehungen mit den Mitarbeitern: schlechte Kommunikation und Konflikte zwischen Pflege und Angehörigen. <u>Der Zyklus der Unzufriedenheit wurde aufgestellt:</u> Ereignisse oder Krisen sind mit Erwartungen verbunden. Wenn diese nicht erfüllt werden, werden Angehörige unsicher oder misstrauisch. Sie werden wachsam und führen Überwachungen durch. Angehörige suchten Beweise für schlechte Pflege. Daraus entstanden Konflikte. Der Zyklus kann während der Aufnahme oder bei einzelnen Aufnahmen auftreten.	<b>Stärken:</b> - Übersichtlich gestaltete Studie - Forschertriangulation - Angaben zur Datensättigung - Interviewfragen genau beschrieben, im Anhang ersichtliche - Nachvollziehbare Empfehlung - Kreieren aus den Ergebnissen ein Modell  <b>Schwächen:</b> - Knappe Beschreibung der Phänomene in der Einleitung - Interview gewisse Zeit nach dem Spitalaufenthalt, evtl. Beeinflussung der Erlebnisse und Gefühle - Fehlende Begründung für die Wahl der Datenanalyse nach Grounded Theory Ansatz

Tabelle 14: Mockford (2015). A review of family carer's experiences of hospital discharge for people with dementia, and the rationale for involving service users in health research.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Datenbanken Zeitperiode Sample	Design & Methode	Wichtigste Ergebnisse mit Kennzahlen	Stärken, Schwächen
Mockford (2015)  Vereinigtes Königsreich	<p><b>Ziel</b> Dieses Papier richtet sich an: - den Umfang des Problems bzgl. des Verlassens des Spitals bei Menschen mit Demenz</p> <p>- die Erfahrungen der Austrittsplanung aus dem Spital für Familienangehörige von Menschen mit Demenz durch eine schnelle Überprüfung der Literatur</p> <p>- den Einbezug der Dienstleistungen der Nutzer bei der Entwicklung der Evidenzgrundlagen, welche sinnvoll sein könnten.</p>	<p><b>Datenbanken:</b> Medline, Embase, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library, Web of Knowledge. Die Suchstrategie wurde je nach Bedarf und Datenbank angepasst.</p> <p><b>Zeitperiode wurde nach der entsprechenden Datenbank angepasst:</b> Medline: 1946–Februar 2015 Embase: 1980–2015 CINAHL: 1991–Februar 2015 PsycINFO: 1800–Februar 2015 Cochrane: bis Februar 2015 Web of Knowledge: 1898–Februar 2015</p> <p><b>Sample</b> 10 Studien: 3 telefonische Querschnittsstudien, 3 qualitative Interviews mit Angehörigen, 3 Studien mit Mixed-Method-Ansatz.</p>	<p>Literaturreview: qualitative Studien</p> <p>Zur Qualitätseinschätzung der Studien wurden folgende Kriterien angewendet: Ein- und Ausschlusskriterien. Zudem wurden die Assessments der Qualitätseinschätzung des Centre for Reviews and Dissemination angewendet.</p> <p>Die Einschätzungen wurden von einer Forscherin gemacht. Zusätzlich gab es noch den Support und Kommentare von zwei unabhängigen Begutachterinnen.</p>	<p><b>Vorbereitung für die Entlassung aus dem Krankenhaus:</b> Angehörige berichten über Unzufriedenheit bzgl. informiert sein, Austrittsorganisation und des Managements von medizinischen Problemen. Die personenzentrierte Pflege wurde in einer Studie als Standardpraxis angewendet und verbessert die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten und Angehörigen. Die Angehörigen brauchen kontinuierliche emotionale Unterstützung nach der Entlassung.</p> <p><b>Die Kommunikation bei der Entlassung:</b> Kommunikationsmangel über die Bedürfnisse des Erkrankten. Das Pflegepersonal hört nicht zu und unterschätzt die Angehörigen als Ressource. Sie wurden zum Teil in der Austrittsplanung ignoriert, dadurch sind sie unvorbereitet und können keine Fragen stellen. Sie brauchen Zeit, um Entscheidungen zu treffen, brauchen Anleitung und Hilfe, um die relevanten Ressourcen zu finden.</p> <p><b>Support-Services nach der Entlassung:</b> Sie brauchen Anleitung und Unterstützung, insbesondere bei der zeitlichen Koordination und der Höhe der Leistungserbringung. Manchmal wurden Familien im Stich gelassen.</p> <p><b>Coping nach der Entlassung:</b> Angehörige sind unrealistisch hinsichtlich ihrer Fähigkeiten und akzeptieren die Beeinträchtigungen des Erkrankten nicht. Sie befolgen nicht immer die Anleitung. Angehörige finden es schwierig, die Termine mit dem Transport zu koordinieren, spezielle Pflege oder die angebotene Hilfe wird verweigert.</p> <p><b>Demenz- Spezialist Versorgungsmodelle:</b> Verschiedene Studien berichten von einem demenzspezialisierten Versorgungsmodell aus den USA, sie offerieren Edukation, Information, Verhalten im Management, Langzeit-Pflegeplanung, Support für die Menschen mit Demenz und Angehörige und das Training für die Angehörigen. Besonders den Support nach dem Spitalaustritt.</p>	<p><b>Stärken:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Detaillierte Ausgangslage und Problembeschreibung</li> <li>- die Suche über sechs Datenbanken</li> <li>- Definierte Ein- und Ausschlusskriterien</li> <li>- Resultate liefern umfassendes Bild</li> </ul> <p><b>Schwächen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Tabellen oder Graphiken verwendet</li> <li>- Keine detaillierte Beschreibung der Datenanalyse</li> <li>- Keine Zitate</li> <li>- Qualität der einzelnen Studien ist nicht ersichtlich</li> <li>- Knapp beschriebene Methoden und verwendete Suchstrategien</li> <li>- Datenanalyse von einer Forscherin durchgeführt</li> <li>- Knappe Beschreibung der Stichprobe</li> </ul>

Tabelle 15: Nufer &amp; Spichiger (2011). Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Setting und Sample	Design & Methode	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Nufer, Spichiger (2011) Schweiz	Wie erleben Angehörige von Menschen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit den Fachpersonen?	<p><b>Sample</b> 12 Angehörige von 11 Menschen mit Demenz: 7 Frauen, 5 Männer im Alter von 51–87 Jahre. 10 davon waren verheiratet, eine verwitwet und eine ledig. Breites Spektrum bzgl. Bildungsstatus. Beziehungen: 5 Ehemänner, 6 Söhne, 1 Person verschwägert.</p> <p>Patientinnen und Patienten im Alter von 73–97 Jahre: 6 lebten mit Angehörigen, 5 alleine. Seit 4–5 Monaten Unterstützung im täglichen Leben</p> <p>Rekrutierung: auf einer geriatrischen Akutstation eines Zentrumsspitals der deutschen Schweiz.</p> <p><b>Setting</b> Auf Wunsch der Angehörigen bei ihnen zuhause beziehungsweise einmal in einem Restaurant.</p>	<p><b>Design</b> Qualitatives Forschungsdesign</p> <p><b>Datenerhebung</b> Interview, anhand eines Leitfadens mit offenen Fragen. Dauer: 45 bis 75 Minuten. Sie fanden 1 bis 4 Wochen nach dem Spitalaustritt der Patienten statt.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Tonbandaufnahmen, transkribiert, Demografische Angaben und Informationen zur Betreuungssituation wurden mithilfe eines schriftlichen Fragebogens erhoben.</p> <p>Inhaltsanalyse nach Mayring (2007)</p>	<p>1. Erleben der Angehörigen von Menschen mit Demenz auf einer Akutstation: Sorge um die Menschen mit Demenz: Gefühl der Sorge, bedrückendes Gefühl der Unruhe und Angst. Belastung durch Spitalaufenthalt. Häufige Besuche, sich für sie verantwortlich fühlen, sich für sie einsetzen und sich aus Fürsorge oder aus Pflichtgefühl um sie kümmern.</p> <p>Eine fördernde Betreuung als Entlastung erfahren: erlebten die Betreuung positiv, wenn sich die Patientinnen und Patienten wohlfühlten, ihre Sicherheit gewährleistet war, das Betreuungsangebot ihren Bedürfnissen entsprach.</p> <p>Eine auf Patientenbedürfnisse ausgerichtete Betreuung vermissen: Zweifel, ob den Bedürfnissen des Familienmitglieds ausreichend Rechnung getragen wurde.</p> <p>2. Erfahrungen der Angehörigen bezüglich Zusammenarbeit mit den Fachpersonen: Einen guten Informationsaustausch mit Fachpersonen erfahren: erlebten einen guten gegenseitigen Informationsaustausch. Ausreichend und kontinuierlich informiert.</p> <p>Informationen durch Fachpersonen vermissen: Mühe, die erwünschten Informationen zu laufenden Abklärungen und Behandlungen zum alltäglichen Ablauf oder zum Befinden der Patientinnen und Patienten zu erhalten.</p> <p>Eine persönliche Beziehung zu Fachpersonen erfahren: durch Kontakt zu Fachpersonen Belastung und Sorge wahrnehmen, ihr Engagement würdigen und sich am Schluss von ihnen verabschieden. Wissen, wer wofür zuständig ist, und nach Wunsch in pflegerische Tätigkeiten miteinbezogen</p> <p>Eine Beziehung zu Fachpersonen vermissen: vermissen eines persönlichen Kontakts zu den Fachpersonen, fühlen sich wenig wahrgenommen, haben Mühe, eine Beziehung herzustellen oder am Schluss befriedigend zu beenden, war nicht klar, wer für die</p>	<p><b>Stärken:</b> - Ausreichende Beschreibung der Stichprobe - Forschertriangulation - Die Beschreibung der Schlüsselkonzepte ist nachvollziehbar, zudem wurde das Erleben in Bezug genommen. - Ergebnisse sind nachvollziehbar dargestellt</p> <p><b>Schwächen:</b> - Keine Tabelle und Graphiken verwendet - Datensättigung nicht angegeben</p>



---

Betreuung zuständig war und wer über welche Kompetenzen verfügte.

Einbezogen sein in die Austrittsorganisation: wurden einbezogen, fühlten sich in ihrer Sorge um den weiteren Verlauf ernst genommen und unterstützt.

Übergangen werden bei der Austrittsorganisation: Unbefriedigende Organisation des Austritts, fühlten sich unverstanden oder übergangen bei Verlegungen von der Institution, wenig Spielraum, um individuelle Bedürfnisse von Betroffenen und ihren Angehörigen miteinzubeziehen.

Tabelle 16: Scerri et al. (2015). Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Setting und Sample	Design & Methode	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Scerri, Innes & Scerri (2015) Malta	<p><b>Ziel</b> Die Qualität der Demenzpflege in zwei geriatrischen Krankenhäusern mit einer wertschätzenden Befragung des Pflegepersonals und der Familienmitglieder von stationären Patientinnen und Patienten ermitteln.</p>	<p><b>Sample</b> 33 Personen aus zwei Stationen, die Vollzeit in der Pflege und Betreuung arbeiten: 16 Pflegefachkräfte, 9 Pflegehilfen und 8 Personen aus anderen Gesundheitsberufen</p> <p>10 Familienmitglieder von stationären Menschen mit Demenz, Beziehungen: 7 Söhne, 1 Nichte, 1 Tochter und 1 Ehefrau</p> <p>Rekrutierung: aus zwei geriatrische-rehabilitativen Stationen eines Akutspitals in Malta. Zeitraum Januar–Februar 2014</p> <p><b>Setting</b> Keine Angaben</p>	<p><b>Design</b> Exploratives, qualitatives Design</p> <p><b>Datenerhebung</b> Wertschätzende Befragung nach Cooperider und Srivastva (1987). Dauer: Personal: 5–41 Minuten Angehörige: Durchschnittlich 25 Minuten pro Interview. Tonbandaufzeichnungen, transkribiert, Feldnotizen zur Sammlung von demografischen Daten</p> <p><b>Datenanalyse</b> Nach Miles et al. (2014) drei Phasen von Daten-Kondensation, Daten-Anzeige und Rückschlüsse mit Hilfe der Software NVivo, Version 10 QSR International, Victoria, Australien</p>	<p><u>Aufbau einer Beziehung zwischen der erweiterten Demenzpflege:</u> Aufbau einer Beziehung zwischen der Pflege und den Familienangehörigen ist wichtig für ein direktes Feedback über die Situation der Patientinnen und Patienten. Andere stationäre Erkrankte und Pflegenden können positive oder negative Auswirkungen auf das Pflegerlebnis haben.</p> <p><u>Bereitstellen von Qualität, Zeit und zeitnaher Pflege:</u> Identifiziert, dass die Qualität der Demenzpflege mit einer zeitnahen Betreuung assoziiert wird. Diese "Unmittelbarkeit" wird vor allem bei der Bereitstellung von physischen Bedürfnissen geschätzt.</p> <p><u>Die psychischen und physischen Bedürfnisse nach einer "menschlichen Berührung":</u> Die Bereitstellung einer entspannten, sicheren und komfortablen Umgebung wurde vom Pflegepersonal und den Familienmitgliedern hervorgehoben. Sie schätzen den Fokus auf den physischen Komfort (z. B. richtige Positionierung).</p> <p><u>Faktoren, die zu einer positiven Versorgung und Erfahrung beitragen:</u> - persönliche Eigenschaften der Pflege: Geduld, ruhig bleiben, organisatorische Faktoren, physische Umwelt: Notwendigkeit einer wohnlichen, sicheren, sauberen und entspannten Umgebung, die die spezifischen Bedürfnisse der Menschen mit Demenz bietet. Diverse Vorschläge wurden in einer Tabelle dargestellt. - Ressourcen Management: Bestimmen der Organisationssysteme, Krankenhauspolitik und Verfahren als wichtige Pflegequalität betrachten, flexible Verfahren (z. B. flexible Besuchszeiten) - andere Kontextfaktoren: Heterogenität, Unberechenbarkeit des Verhaltens der Menschen mit Demenz, Persönlichkeiten, Bewältigungsstrategien der Patientinnen und Patienten und die Höhe der Progression der Erkrankung.</p>	<p><b>Stärken</b> - Datensättigung angegeben - Begründung, Wahl des Designs und der Methode</p> <p><b>Schwächen</b> - Ungenaue Beschreibung der Stichproben - Fehlende Ein- und Ausschlusskriterien - Starker Fokus auf die Perspektive des Personals - Fehlende Begründung für die Wahl der Datenanalyse nach Miles et al. (2014) - Datenanalyse knapp beschrieben - Unklar, wer was in der Studie gemacht hat - Ort der Interview nicht angegeben</p>

Tabelle 17: Spencer et al. (2013). Delivering dementia care differently-evaluating the differences and similarities between a specialist medical and mental health unit and standard acute care wards: a qualitative study of family carers' perceptions of quality of care.

Autor, Jg, Land	Fragestellung/ Zielsetzung	Setting und Sample	Design & Methode	Wichtigste Ergebnisse	Stärken, Schwächen
Spencer, Foster, Whit-tamore, Goldberg & Harwood  2013  Vereinigtes Königsreich	Die Ansichten und Erfahrungen der Pflegenden mit Menschen mit Demenz oder Delir im Akutspital in Erfahrung zu bringen. Durch die Evaluierung der spezialisierten, medizinischen und psychischen Gesundheitseinheit (MMHU) im Vergleich zu standardisierten Spitalstationen.	<p><b>Sample:</b> MMHU: 20 Angehörige Beziehungen: 1 Ehepartner, 13 Töchter, 2 Söhne, 1 Bruder und 2 Grossenkelinnen. Patientinnen und Patienten: 7 männliche, 13 weibliche, Durchschnittsalter 87 Jahre.</p> <p>Standard Station: 20 Angehörige Beziehungen: 6 Ehepartner, 6 Töchter, 1 Grossenkelin, 5 Söhne, 1 Schwester und 1 Neffe. Patientinnen und Patienten: 11 männliche, 9 weibliche, Durchschnittsalter 85 Jahre</p> <p>Rekrutierung: über vier Monate in einem englischen National-Health-Service-Akutspital</p> <p>Setting: zu Hause bei den Angehörigen</p>	<p><b>Design</b> Qualitative Studie, keine genaueren Angaben</p> <p><b>Datenerhebung</b> Semistrukturierte Interviews. Leitfaden wurde entwickelt. Dauer: keine Angaben.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Wörtlich Transkribiert, mit Hilfe von N-Vivo V.10 Software. Rahmenanalyse.</p>	<p>Folgende Themen wurden identifiziert, sie zeigen die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen diesen beiden Gruppen:</p> <p>1. <u>Aktivitäten und Langeweile:</u> Gemeinsamkeiten: Aktivitäten werden von den Patientinnen und Patienten als langweilig empfunden. MMHU: Waren dankbar über das Aktivitätsangebot, Patientinnen und Patienten waren zu krank, um an den Aktivitäten teilzunehmen, oder sie wollten nicht teilnehmen. Sie erinnerten sich nicht an Aktivitäten, jedoch sind diese unterhaltsam Standard: Wenig Stimulation und Langeweile für die Menschen mit Demenz.</p> <p>2. <u>Wissen des Personals:</u> MMHU: Team war gut vorbereitet im Umgang mit verwirrten Menschen, Geduld und Mitgefühl zeigen. Schätzen die Unterstützung der Pflege Standard: teilweise negative Einstellung zu verwirrten Menschen. Die Teilnehmenden empfanden, dass das Team wenig Verständnis und ein limitiertes Training im Umgang mit der Demenzpflege hat, wodurch sich die Angehörigen ignoriert fühlten.</p> <p>3. <u>Demenz, die Würde und Grundpflege:</u> Gemeinsamkeiten: Vorhang wurde zum Bewahren der Privatsphäre verwendet, Zufriedenheitsäusserungen bzgl. des Essens, andererseits positives Feedback über Qualität, Menüwahl und Spass beim Essen MMHU: Zahnprothesen wurden nicht geputzt, männliche Pfleger ungeeignet für weibliche Patienten, ein Patient war ungewaschen und sein Nachthemd roch stark, wurde beim Essen oder Trinken nicht geholfen. Mangel an Verständnis, Hilfe und Förderung mit dem Essen oder Trinken. Standard: Kot unter den Fingernägeln und gebrauchte Inkontinenzunterlagen im Bett vorgefunden, unbekleidet an den öffentlichen Plätzen, Toilettentüren wurden offen</p>	<p><b>Stärken:</b> - Datensättigung angegeben - Stärken und Schwächen angegeben - Angemessene Beschreibung des Rekrutierungsprozess - Resultate sind nachvollziehbar dargestellt</p> <p><b>Schwächen:</b> - Dauer der Interviews nicht angegeben - Begründung der Methoden- und Designwahl fehlen - Knappe Beschreibung der Stichprobe - Fehlende Ein- und Ausschlusskriterien - Keine Tabellen oder Grafiken - Interview und Datenanalyse durch ein Forscher</p>

---

gelassen, Patientinnen und Patienten wurden in nassen Bettlaken oder nicht gewaschen vorgefunden.

4. Stationsumgebung: Gemeinsamkeiten: Es ist sauber und aufgeräumt.

MMHU: Positives Feedback über Tagesstrukturen, mehr Bilder, Aktivitätstafeln, personalisierbare Memory Box hinter dem Bett.

Standard: Mangel an Dekorationen und personalisierbarer Umgebung.

5. Die Kommunikation zwischen Betreuer und Mitarbeiter: Gemeinsamkeiten: negative und positive Rückmeldungen, sie wollen mehr Kommunikation. Team ist freundlich, hilfreich, informativ und zugänglich.

MMHU: mehr freiwillige Informationssammlung erwünscht, Mangel an Kommunikation und Informationsaustausch zwischen Team und Angehörigen beim Austritt.

Standard: Die meisten Pflegenden haben nicht nach der Biografie gefragt, nur medizinische Daten erfragt. Sie vermuten durch den kurzen Aufenthalt einen Mangel an Kontinuität durch Schichtwechsel.

6. Erwartungen der Angehörigen: Gemeinsamkeiten: Aspekte der Kommunikation und Zusammenarbeit wurden hervorgehoben, mehr Stimulation, Betreuer sollen während der Stationsrunde präsenter sein, längere Besuchszeiten, eine zuständige Person mit Namen, täglicher Empfang vom Team, tägliches Tagebuch oder Checklisten für Angehörige

---

## 5.2 Synthese

In diesem Abschnitt werden die Merkmale und die Ergebnisse der Studien deskriptiv zusammengefasst und in ein Kategoriensystem (siehe Abbildung 4 und 5) eingeordnet. Zudem fließen Aussagen von Studienteilnehmenden mit ein.

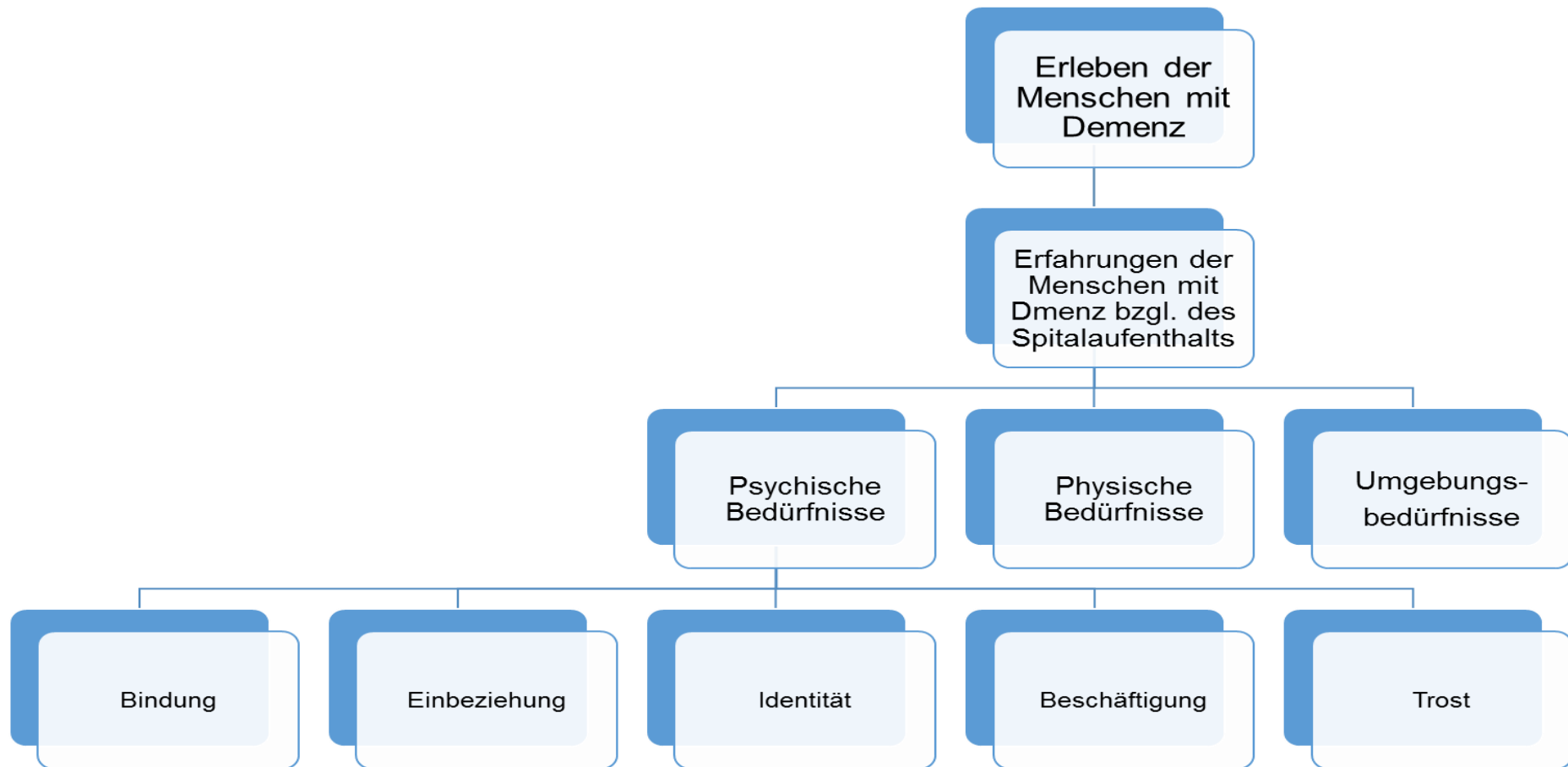


Abbildung 4: Kategoriensystem: Erleben der Menschen mit Demenz (eigene Darstellung der Autorin)

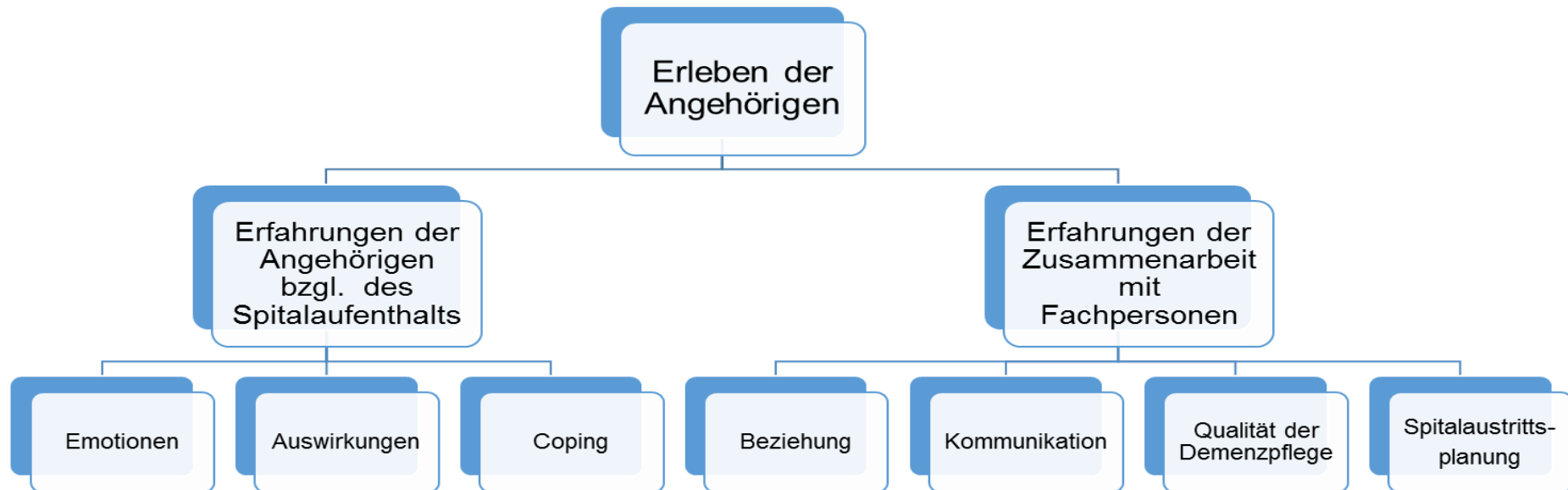


Abbildung 5: Kategoriensystem: Erleben der Angehörigen (eigene Darstellung der Autorin)

## 5.2.1 Ergebnisse der Studien

### 1. Das Erleben der Menschen mit Demenz

#### ***Erfahrungen von Menschen mit Demenz bezüglich des Spitalaufenthalts***

Die Erfahrungen von Menschen mit Demenz werden nach psychischen und physischen und Umgebungsbedürfnissen aufgeteilt. Die Daten bezüglich der psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz werden durch fünf zentrale psychische Bedürfnisse nach Tom Kitwood, welche bereits im theoretischen Bezugsrahmen beschrieben wurden, eingeordnet.

#### a) Psychische Bedürfnisse

##### Bindung

In der Studie von Clisset, Porock, Harwood & Gladman (2013b) wird berichtet, dass das Gefühl der Verbundenheit zwischen den Personen mit Demenz und den Pflegenden nach einem bestimmten Zeitraum erreicht wurde. Es wird beschrieben, dass die Möglichkeit zur Bindung nicht hergestellt werden kann, wenn die Pflegenden nicht bereit oder gewillt dazu sind. Dies zeigt sich durch ein schnelles Beenden der Interaktionen. Weiter wurde in der Studie von Hynninen, Saarnio & Isola (2015) aufgezeigt, dass die Menschen mit Demenz den Wunsch äusserten, alleine und in ihrer vertrauten Umgebung zu sein. Es wurde festgestellt, dass einige versuchten, ihre Krankheit vor den Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten zu verbergen. Sie haben Gefühle wie Besorgnis über den Verbleib in einem Pflegeheim nach der Behandlung, die Sehnsucht nach Heimat und Familie, den Verzicht weiterzuleben und Sorge um das Wohlbefinden von Verwandten geäußert.

##### Einbeziehung

Diverse Strategien aus der Studie von Clisset et al. (2013b) wurden beim Pflegepersonal angewendet, um die Menschen mit Demenz miteinzubeziehen. Dies sind vor allem Möglichkeiten, sich Zeit zu nehmen und mit den Patientinnen und Patienten zu sprechen. Das Wohl der Personen mit Demenz war wichtig und zeigte sich darin, dass man ihnen die Entscheidung der Essenswahl überliess und sie bei Schlüsselentscheidungen über ihre Zukunft involvierte. Es gab Stimmen der Angehörigen, welche darauf hindeuten, dass die Menschen mit Demenz nicht von Pflegenden miteinbezogen worden sind. Zum Beispiel erwachte ein Patient mitten in der Nacht und sah, dass das Team zusammensass, etwas trank und er nicht involviert wurde.

##### Identität



Die Identität von Personen mit Demenz wird durch das Ansprechen mit dem bevorzugten Namen gefördert (Clisset et al., 2013b). Eine Person beschreibt ihren Spitalaufenthalt im Zusammenhang mit Identität wie folgt:

*“There were some young lads there. . . and they couldn’t do enough for you . . . (They said) ‘What’s your name?’ I said ‘Winifred, but nobody calls me that.’ ‘What do they call you?’ I said ‘Freda usually.’ Up they went, put Freda on the top of the board above the bed”* (Clisset et al., 2013b, S1500).

Die Pflegefachkräfte sollen das Gefühl der Identität bewahren, dies bringt Wärme in die Beziehung zwischen dem Pflegepersonal und den Individuen (Clisset et al., 2013b). In derselben Studie wird bemängelt, dass noch zu wenige Interventionen durchgeführt wurden, um die Identität des Individuums zu stärken. Die persönlichen Erinnerungsstücke wurden noch zu wenig angewendet. Weiter äussern die Angehörigen in der Studie von Hynninen et al. (2015), dass die Menschen mit Demenz sich durch ihren reduzierten kognitiven Zustand nicht selbst finden konnten.

#### Beschäftigung

Es gab nur wenige Beweise für proaktive Beschäftigungen. Diese wurden ausschliesslich bei Unruhe angewendet (Clisset et al., 2013b). Die Tochter eines Patienten mit Demenz, kommentiert dieses Bedürfnis folgendermassen:

*“One thing we did feel that was lacking, there was no music on the ward . . . It was deathly silence, there was nothing . . . there was no televisions in the ward . . . and there was no noise whatsoever, so everybody was just bored. They were literally bored out of their brains“* (Clisset et al., 2013b, S.1501).

Dies bestätigt die Studie von Spencer, Foster, Whittamore, Goldberg & Harwood (2013), die besagt, dass nur wenige Stimulationen für die Menschen mit Demenz vorgesehen sind und dementsprechend Langeweile auf der Station herrscht. Auf einer spezialisierten Station sind die Angehörigen dankbar für das Aktivitätsangebot.

## Trost

Es gibt Beispiele, die sich auf physischen sowie psychischen Trost beziehen. Die Schmerzen wurden durch das Team erkannt und behandelt. Durch diese Handlung sagte eine Tochter, dass ihre Mutter sich in Sicherheit befindet (Clisset et al., 2013b):

*“I think it was just the fact that they cared really, particularly the consultant who seemed . . . very caring and sympathetic towards her frailty and the pain she was in. I think, just the fact that it was acknowledged“* (Clisset et al., 2013b, S.1501).

Weiter werden verbal tröstende Momente während der Beobachtung bei der Interaktion zwischen Pflegepersonal und Menschen mit Demenz beobachtet. Es gab Gelegenheiten, bei denen der physische und psychische Trost für Menschen mit Demenz aus Sicht der Angehörigen übersehen wurde, z. B. lange Wartezeiten auf der Notfallstation und Mangel an Mundpflege. Aggression wird meist als Verhaltenssymptom beobachtet (Clisset et al., 2013b). In der Studie von Scerri, Innes & Scerri (2015) wurde die Bereitstellung einer entspannten, sicheren und komfortablen Umgebung von Familienangehörigen hervorgehoben.

### b) Physische Bedürfnisse

In der Studie von Spencer et al. (2013) wird beschrieben, dass die Zufriedenheit von vielen Angehörigen steigt, wenn Interventionen durchgeführt werden, die dazu beitragen, dass die Würde von Menschen mit Demenz gewahrt wird. Dies sind vor allem die fundamentalen Elemente der persönlichen Pflege wie Waschen, Ausscheidung, Ankleiden und Nahrungsaufnahme. Es gibt negatives sowie positives Feedback der Angehörigen. Positives Feedback über Qualität, Menüwahl und Spass beim Essen wurde geäußert. Es wurde bemängelt, dass die Körperpflege und die Wahrung der Privatsphäre unzureichend war und dass männliche Pfleger ungeeignet für weibliche Patienten sind (Spencer et al., 2013). Angehörige äussern, dass eine gute Qualität der Demenzpflege mit einer zeitnahen Betreuung assoziiert wird (Scerri et al., 2015).

### c) Umgebungsbedürfnisse

Die Umgebungsgestaltung bei Menschen mit Demenz wird in den Studien von Digby & Bloomer (2012), Hynninen et al. (2015) und Scerri et al. (2015) als wichtig herauskristallisiert. Aus der Befragung der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen in der Studie von Digby & Bloomer (2012) wird ihre jetzige Einrichtung, in der sie wohnen, als wohnlich betrachtet. Die Mehrheit der älteren Menschen der Studie war wegen ihrer eingeschränkten Mobilität nicht in der Lage, Kommentare bzgl. Navigation, Beschilderung und Wegfindung abzugeben. Mehrbettzimmer sind bei ihnen nicht beliebt. Ein Teilnehmer äusserte Frustration über den Verlust von persönlichem Raum:

*“I like to be alone. I sometimes like to sing old songs from Germany to help pass the time... You can't do that so much when you have a room-mate – you don't want to disturb them”* (Digby & Bloomer, 2012, S.38).

Der Datenschutz wurde wegen der intimen und persönlichen Gespräche als Problem gesehen, vor allem für diejenigen, die in Zweibettzimmern lagen. Die Menschen mit Demenz haben die Notwendigkeit erwähnt, einen ruhigen Raum zu haben, um ihre Privatsphäre zu erhalten. Weiter wird eine einladende Umgebung für die Angehörigen als wichtig empfunden. Der Zugang zu Stühlen, Toiletten und Erfrischungen wird als Basisbedürfnis erachtet. Die Teilnehmenden bezeichnen das Spital nicht als übermässig laut. Der Anschluss an die Natur wird als wichtig und positiv empfunden. Die Patientinnen und Patienten berichten, dass nach draussen gehen oder sehen zu können ihnen ein Gefühl von Freiheit vermittelt (Digby & Bloomer, 2012).

Die Angehörigen aus den Studien von Scerri et al. (2015) und Spencer et al. (2013) nennen die Notwendigkeit einer wohnlichen, sicheren, sauberen und entspannten Umgebung, die den spezifischen Bedürfnissen der Menschen mit Demenz entspricht. Die Angehörigen aus der Studie Scerri et al. (2015) haben diverse Vorschläge gemacht, um die Umgebung entspannter zu gestalten. Darunter sind adäquate Lichtverhältnisse, besser gemalte Bilder und Vermeidung unnötiger Verlegungen. Eine Küche für die Familie und Verwandten wurde vorgeschlagen. Es wird Wert darauf gelegt, dass in jedem Raum ein Fernseher vorhanden ist. Weiter fügen die Angehörigen aus der Studie von Spencer et al. (2013) hinzu, dass Aktivitätstafeln sichtbar angebracht werden sollen. Hinter dem Bett ist eine personalisierbare Memory Box, in welcher die persönliche Erinnerungstücke der Patientinnen und Patienten enthalten sind. Dies wurde von den Angehörigen als positiv empfunden.

## 2. Erleben der Angehörigen

### ***Erfahrungen der Angehörigen bezüglich des Spitalaufenthalts***

#### a) Emotionen

Die Aufnahme in das Spital wird als Herausforderung erlebt, und die Erfahrung von emotionalen Gefühlen begleitet (Bloomer, Digby & Tan, 2014). Der Spitaleintritt wird als störendes, stressiges Ereignis und als Krise in der Alltagsroutine empfunden (Jurgens, Clisset, Gladman & Harwood, 2012; Clisset et al., 2013a). Der Krankenbesuch löst teilweise Betroffenheit und Disstress bei vielen Angehörigen aus. Vor allem dann, wenn der Besuch als sinnlos festgestellt wird, wenn Verwirrung und akute Erkrankungen bei den Menschen mit Demenz auftreten. Die Angehörigen aus der Studie von Nufer & Spichiger (2011) äussern ein Gefühl der Sorge. Es ist ein bedrückendes Gefühl der Unruhe und wird von Angst begleitet. Dieses Gefühl wird in der Studie von Clisset et al. (2013a) bestätigt. Die Probandinnen und Probanden der Studie von Bloomer et al. (2014) äussern ein Gefühl der Hilflosigkeit und der Einsamkeit im Zusammenhang mit der Rollenveränderung. Sie äussern das Gefühl, dass sie die Menschen mit Demenz und die Verantwortung vermissen. Sie beschreiben dieses Gefühl wie folgt:

*“The house is empty. I just don’t know what to do with myself. I just feel a bit depressed”* (Bloomer et al., 2014, S6)

*“I’ve been - something’s been wrong with me, which I’m not used to . . . Well, I’m lost without her, I’ll put it that way. I’m lost without her, even though she couldn’t always do a lot of things but she was there”* (Bloomer et al., 2014, S.6).

Der Eintritt ins Spital löst bei den Angehörigen einen akuten Verlust der Kontrolle über die Situation aus. Sie fühlten sich gegenüber dem Gesundheitssystem entmachteter. Sie wurden nicht in den Entscheidungsfindungsprozess oder Entscheidungen über die Behandlung involviert und fühlten sich von den Ärztinnen und Ärzten unterschätzt (Bloomer et al., 2014):

*“That they will not really listen to you when you understand the person better than they do”* (Bloomer et al., 2014, S7).

Die Angehörigen haben Zweifel, ob den Bedürfnissen des Familienmitglieds ausreichend Rechnung getragen wird. Die Angehörigen erlebten die Betreuung durch das Personal als Entlastung, wenn sich die Patientinnen und Patienten wohlfühlten, ihre Sicherheit gewährleistet war und das Betreuungsangebot ihren Bedürfnissen entsprach (Nufer & Spichiger, 2011).

#### b) Auswirkungen

Aus der Studie von Nufer & Spichiger (2011) berichtet eine Ehefrau, dass sie sich zu Hause untätig fühlte und in ständiger Sorge war:

*„Ich habe einen Monat lang hier nichts gemacht. Ich mochte nicht bügeln, nichts. Ich habe immer gedacht: Was macht er jetzt? Ist es ihm wohl?“* (Nufer & Spichiger, 2011, S.232).

Die Angehörigen bekamen Unterstützung von den Familien. Sie berichten in diesem Zusammenhang von Konflikten, weil durch die Involvierung anderer Familienmitglieder, bei gewissen Entscheidungen, Konfliktpotenzial besteht. Die Angehörigen fühlten sich verloren, und der Eintritt brachte eine Rollenveränderung mit sich (Bloomer et al., 2014). Die Angehörige berichten von körperlicher Erschöpfung ab dem Zeitpunkt des Eintritts in das Spital (Jurgens et al., 2012).

*“I just said that I couldn’t do it any more . . . I said, ‘you cannot be rushing down there [hospital], not getting any sleep, the following day you’re down there again”* (Jurgens et al., 2012, S. 3).

### c) Coping

In der Studie von Clisset et al. (2013a) haben die Angehörigen Strategien angewendet, um die Personen mit kognitiver Beeinträchtigung zu schützen und wenden ihr Wissen an, um das Pflegepersonal zu beeinflussen. Sie bringen sich mit ein, um die Lücken in der Pflege zu füllen.

*“I was trying to push everybody to get her on her feet, get her back to the care home, given they weren’t going to operate”* (Clisset et al., 2013a, S.2711).

Die Angehörigen versuchten, während des Spitalaufenthalts durch Trösten das Personsein zu bewahren. Fragen werden an das Pflegepersonal herangetragen, wenn kein Überblick über die Situation vorlag. Wenn Probleme vorhanden sind, wird versucht, diese vernünftig zu lösen. Sie versuchen, die Situation rational zu bewältigen, indem sie mehr Zeit mit den Angehörigen verbringen, um das Spitalpersonal zu unterstützen:

*„... he was up and down the ward walking around and I think they (the nursing staff) found this quite troubling. So if I could sit with him and try and get him to stay put that was something for them”* (Clisset et al., 2013a, S.2712).

Nufer & Spichiger (2011) beschreiben, dass das Bemühen um jemandes Wohlergehen in unterschiedlichem Ausmass bei den Angehörigen beobachtbar ist. Sie besuchen die Menschen mit Demenz häufiger und fühlen sich aus Fürsorge oder Pflichtgefühl, für sie verantwortlich. Jurgens et al. (2012) haben aus den genannten emotionalen Erlebnissen

und Erfahrungen einen Zyklus der Unzufriedenheit der Angehörigen erstellt. Die Ereignisse oder Krisen sind mit Erwartungen verbunden. Wenn diese nicht erfüllt werden, werden die Angehörigen unsicher oder misstrauisch. Sie werden wachsender und führen Überwachungen durch. Die Angehörigen suchen Beweise für schlechte Pflege. Daraus entstehen Konflikte.

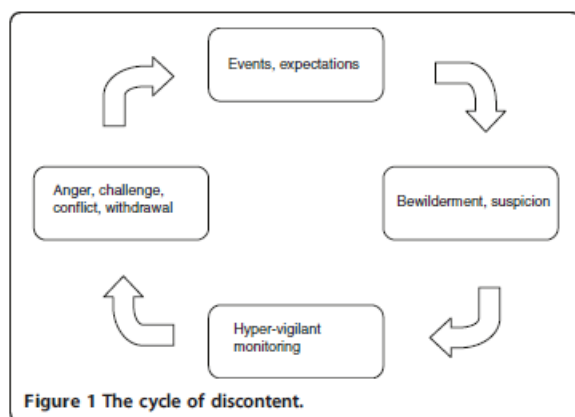


Abbildung 6: Zyklus der Unzufriedenheit der Angehörigen (Quelle: Jurgens et al. (2012))

## **Erfahrungen der Angehörigen bezüglich Zusammenarbeit mit Fachpersonen**

### a) Beziehung

Der Aufbau einer Beziehung zwischen Pflegepersonal und Familienangehörigen wird als wichtig empfunden (Scerri et al., 2015; Nufer & Spichiger, 2011; Bloomer et al., 2014). Die anderen stationären Patientinnen und Patienten können laut den Angehörigen einen positiven oder negativen Effekt auf das Erleben haben (Scerri et al., 2015). Die Angehörigen aus der Studie von Nufer & Spichiger (2011) haben positive sowie negative Erfahrungen über den Kontakt zu Fachpersonen geäußert. Das Engagement für die Patientinnen und Patienten war vorhanden, und das Pflegepersonal verabschiedete sich bei ihnen am Ende der Schicht. Das Wissen, wer wofür zuständig ist und welche pflegerischen Tätigkeiten nach Wunsch in Anspruch genommen werden können, sind Elemente für den Aufbau einer guten Beziehung. Wenn dieses Engagement fehlte, wurde dies als negativ empfunden. In der Studie Jurgens et al. (2012) wird die Beziehung zu den Pflegefachpersonen, durch eine mangelnde Kommunikation, als schlecht bewertet.

### b) Kommunikation

Es gab differenzierte Rückmeldungen über die Kommunikation zwischen Angehörigen und Pflegefachkräften (Spencer et al., 2013; Nufer & Spichiger, 2011; Bloomer et al., 2014; Hynninen et al., 2015). Das Pflegeteam wird als freundlich, hilfreich, informativ und zugänglich eingeschätzt (Spencer et al., 2013). Bei Nufer & Spichiger (2011) äusserten die Angehörigen, dass die Pflegefachpersonen Mühe haben, die gewünschten Informationen, laufenden Abklärungen und Behandlungen zum alltäglichen Ablauf zu geben. Die Angehörigen aus der Studie Spencer et al. (2013) bemängelten zudem die fehlende Kommunikation und den mangelnden Austausch beim Austritt. Die Angehörigen vermuten, dass durch den kurzen Spitalaufenthalt und die Schichtwechsel bei der Pflege ein Mangel an Kontinuität besteht. Aus der Studie von Bloomer et al. (2014) wünschen die Angehörigen, mehr Informationen über das Prozedere, die Aufenthaltsdauer und Medikation zu erhalten.

*“I’d like to be informed more what’s happening. You don’t get any information. Like, even in here, she’s been put in here, but how long can she - no one said that she could stay in here for, you know, a month . . . until she gets into - moved to a home. We’ve no idea. We’ve never spoke to a doctor here. Nobody tells you anything. Of course, I mean, I don’t get here ’til about this time every day, and the doctors have gone”* (Bloomer et al., 2014, S.8).

Der Anspruch nach mehr Informationen und Gesprächen mit den Ärztinnen und Ärzten wird in der Studie von Bloomer et al. (2014) und Hynninen et al. (2015) geäußert.

### c) Qualität der Demenzpflege

In der Studie von Spencer et al. (2013) wird der Umgang auf einer spezialisierten Station mit verwirrten Patientinnen und Patienten als gut eingeschätzt. Das Team bringt Geduld und Mitgefühl mit und die Unterstützung der Pflege wird geschätzt. Auf einer Standardstation ist eine negative Einstellung zu verwirrten Patientinnen und Patienten sichtbar. Angehörige empfanden, dass das Team wenig Verständnis und ein eingeschränktes Training im Umgang mit der Demenzpflege hat. Die Angehörigen aus der Studie von Jurgens et al. (2012) fühlten sich im täglichen Umgang ignoriert. In der Studie Hynninen et al. (2015) wurden unterschiedliche Faktoren abgeleitet, welche positiv sowie negativ für die Behandlungen waren. Die Faktoren, welche zu einer guten Behandlung von älteren Menschen mit Demenz führen, sind nach Ansicht der Verwandten, die Darstellung der Interessen der Menschen mit Demenz durch die Verwandten selbst. Die Faktoren, welche eine gute Behandlung behindern, sind die offensichtliche Missachtung der Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen, widersprüchliche Freiheitseinschränkungen, gestresstes Personal, unzureichende Schmerzlinderung und Erschöpfung der Angehörigen. In der Studie von Bloomer et al. (2014) wird gewünscht, dass Geduld bei Menschen mit Demenz aufgebracht werden soll. Dies bestätigt die Studie von Scerri et al. (2015), dass die persönlichen Eigenschaften des Pflegepersonals, wie Geduld und Ruhe bewahren, Faktoren für eine positive Versorgung sind. Zudem wird Wert auf das Ressourcen-Management und flexible Besuchszeiten gelegt. Ebenfalls werden Kontextfaktoren wie Heterogenität, Unberechenbarkeit, Persönlichkeit und Bewältigungsstrategien der Patientinnen und Patienten und die Höhe der Progression der Erkrankung genannt. Die Angehörigen aus der Studie von Spencer et al. (2013) erwarteten, dass die Kommunikation und Zusammenarbeit besser funktionieren. Sie wünschen mehr Patientenaktivitäten und die Pflege soll während der Stationsrunde präsenter sein. Zudem wünschen sie sich längere Besuchszeiten und dass die zuständigen Pflegepersonen sich mit Namen bei ihnen und bei ihren Angehörigen vorstellen. Sie wollen ein tägliches Tagebuch oder eine Checkliste, wenn sie zu Besuch kommen, damit sie wissen, was bereits gemacht wurde und was sie selbst noch für die Patientinnen und Patienten machen können. Weiter ergänzen Clisset et al. (2013a), dass die Infrastruktur im Krankenhaus als nicht geeignet empfunden wurde. Die Notaufnahme wurde als chaotischer Ort betrachtet. Behandlung und Verlegungsprozesse waren langsam, anstrengend und unbequem.



#### d) Spitalaustrittsplanung

Über die Austrittsplanung werden verschiedene Erfahrungen von den Angehörigen geäußert (Mockford, 2015; Nufer & Spichiger, 2011; Jurgens et al., 2012). Einige Studienteilnehmende aus der Studie Nufer & Spichiger (2011) erlebten die Austrittsplanung als positiv. Sie wurden miteinbezogen, fühlten sich in ihrer Sorge um den weiteren Verlauf ernst genommen und unterstützt. Andere Angehörige wiederum bemängelten, dass die Angehörigen bei der Austrittorganisation übergangen wurden und sie fühlten sich nicht verstanden. Sie bekamen wenig Spielraum, um individuelle Bedürfnisse zu äussern. Zudem wird ein Mangel an Beratung in der Studie von Jurgens et al. (2012) festgestellt. In der Review von Mockford (2015) wird die Wichtigkeit der Vorbereitung für die Entlassung aus dem Krankenhaus hervorgehoben. Die Angehörigen berichten bezüglich der Informationen, der Austrittsorganisation und des Managements von medizinischen Problemen, unzufrieden zu sein. Der Mangel an verfügbaren Ressourcen oder die Möglichkeit, Komplikationen durch Familienangehörige vorzustellen, werden nicht immer in der Entlassungsplanung berücksichtigt. Es wird beschrieben, dass die Komplexität des Krankheitsbildes Demenz und die unrealistischen Erfahrungen einiger Familien oft dazu führen, dass das Krankheitsmanagement als schwierig dargestellt wird. Die Angehörigen sind unrealistisch, hinsichtlich ihrer Fähigkeiten und akzeptieren die Beeinträchtigungen der Patientinnen und Patienten nicht. Sie befolgen nicht immer die Anleitung oder die individuelle Pflege, wenn diese zu Hause sind. Verschiedene Studien aus der Review von Mockford (2015) berichten von einem demenzspezialisierten Versorgungsmodell aus den Vereinigten Staaten, welches Edukation, Information, Verhalten im Management, Langzeitpflegeplanung, Support für die Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen beinhaltet.

## 6 DISKUSSION

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse interpretiert und die Qualität der Studien diskutiert. Anschliessend wird die Fragestellung beantwortet und die Stärken und Schwächen der Arbeit aufgezeigt.

### 6.1 Interpretation der Ergebnisse

Menschen mit Demenz sind eine vulnerable Gruppe und lassen sich in einzelnen Studien schwer rekrutieren. Diese Schwierigkeit wird von Innes (2014) bestätigt. Die Angehörigen sind die stellvertretenden Personen und können daher Aussagen zum Erleben sowie Beobachtungen abgeben. Das Erleben wird nicht nur durch die Situation, sondern auch durch die Persönlichkeit beeinflusst und ist individuell.

#### ***Erfahrungen von Menschen mit Demenz und Angehörigen bezüglich des Spitalaufenthalts***

##### a) Psychische Bedürfnisse

###### Bindung

Aus der Studie Clisset et al. (2013b) und Hynninen et al. (2015) lässt sich ableiten, dass die Menschen mit Demenz Bedürfnisse nach Bindung haben. Zudem fühlen sie sich verbunden, wenn sie sich in einer vertrauten Umgebung befinden. Diese Faktoren können im akuten Setting gut umgesetzt werden. In der Studie von Clisset et al. (2013a) wurde die Aussage gemacht, dass die Pflegenden nicht bereit oder gewillt sind, diese Bindung herzustellen. Es ist jedoch nicht klar, aus welchen Gründen die Pflegenden diese Bindung nicht herstellen wollen. Die Autorin vermutet, dass ein schnelles Beenden der Interaktion mit den Menschen mit Demenz verschiedene Gründe haben kann, z. B. eine Überforderung in der Interaktion oder Zeitdruck im Spitalalltag. In der Studie von Hynninen et al. (2015) wurde beschrieben, dass einige Patientinnen und Patienten versuchten, die Krankheit vor den Ärztinnen und Ärzten und Pflegenden zu verbergen. Hier stellt sich die Autorin die Frage, wie dieses Verbergungsgefühl beobachtet wurde und wie es vermieden werden kann. Von den Menschen mit Demenz wurden Gefühle der Besorgnis geäußert. Pflegende im Akutsetting können aus der Sicht der Autorin diese Besorgnis verringern, indem die Sorgen angesprochen und individuelle Interventionen eingeleitet werden.

###### Einbeziehung

Die Strategien, welche in der Studie von Clisset et al. (2013b) angewendet wurden, lassen sich gut auch in Spitäler in der Schweiz integrieren und adaptieren. Das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz steht im Zentrum. Das Schlüsselement in diesen Bedürfnissen ist die Einbeziehung der Menschen mit Demenz. Die verpasste Chance, die Menschen mit Demenz miteinzubeziehen, kann verbessert oder nachgeholt werden. Die erwachten Patientinnen und Patienten in der Nacht zum Kaffee oder Tee einzuladen ist ein Vorgang, welcher aus der Sicht der Autorin umsetzbar ist.

### Identität

Die Identität bei kognitiv beeinträchtigten Menschen wurde im Spitalalltag nicht immer aktiv berücksichtigt. In der Studie Clisset et al. (2013b) wurde noch zu wenig belegt, dass Interventionen durch Pflegepersonal durchgeführt wurden. Die Identität soll nach Meinung der Autorin bestärkt werden, indem die Lebensgeschichte der Menschen mit Demenz bei der Pflege in Form einer Pflegeanamnese oder Fremdanamnese erfasst wird, um herauszufinden, wie die Identität im Pflegealltag gestärkt werden kann. Weiter sollen die persönlichen Effekten, wie z. B. Familienfotos oder persönliche Erinnerungsstücke, der Menschen mit Demenz von Anfang an integriert werden.

### Beschäftigung

Es wurde in der Studie von Spencer et al. (2013) beschrieben, dass die Aktivitäten als langweilig empfunden wurden. Es bleibt jedoch unklar, welche Aktivitäten durchgeführt wurden. Es wäre sinnvoll, die Angehörigen bei diesen Aktivitäten miteinzubeziehen. Die Beschäftigung der Menschen mit Demenz benötigt viel Zeit, daher sind Aktivitäten, welche die Anwesenheit der Pflegefachpersonen nicht erfordern, wie z. B. Musik hören oder Lieblingsfilme anschauen zu lassen, einfacher. In der Studie von Clisset et al. (2013a) wurde beschrieben, dass Beschäftigung nur bei Unruhe angewendet wurde. Die Autorin interpretiert, dass Unruhe ein störender Faktor im Spitalablauf für viele Pflegenden darstellt, und daher versucht wird, die Unruhe mit Aktivitäten zu verringern. Offen bleibt aus welchem Grund die Patientinnen und Patienten unruhig sind. Die Pflegefachpersonen im akuten Setting, stehen unter hohem Zeitdruck und müssen gleichzeitig mehrere Patientinnen und Patienten betreuen. Hier wäre es sinnvoll, eine Aktivierungstherapeutin für diese spezielle Zielgruppe einzustellen. Die Beschäftigung soll sinnvoll sein und auf die Fähigkeiten der Individuen angepasst werden.

### Trost

Aus den Studien von Clisset et al. (2013b) und Scerri et al. (2015) lässt sich herausstellen, dass physischer sowie psychischer Trost eine Rolle spielt. Es können viele Interventionen durchgeführt werden, um diese Bedürfnisse zu befriedigen. Hier fehlt noch eine

Konkretisierung der verbalen tröstenden Momente und wie dies gemacht werden soll. Die genannten verpassten Gelegenheiten sollen in Zukunft besser berücksichtigt werden, wie z. B. Wartezeiten verringern und Optimierung der Mundpflege. In der Studie von Clisset et al. (2013a) wurden Aggressionssymptome beschrieben, jedoch nicht genauer darauf eingegangen. Der Mangel an Trost wurde von den Angehörigen geäußert. Hier wäre die Sicht der Menschen mit Demenz auf Dauer von grösserem Nutzen.

#### b) Physische Bedürfnisse

Das physische Bedürfnis wird nur in der Studie von Spencer et al. (2013) erwähnt, genauer genommen werden solche Bedürfnisse durch die Angehörigen beobachtet und wahrgenommen. Der Grund weshalb diese Bedürfnisse durch das Pflegefachpersonal nicht immer befriedigt wurden, wird nicht erwähnt. Einige Interventionen welche von den Pflegefachpersonen durchgeführt wurden, z. B. gleichgeschlechtliche Pflegende, Menüwahl und Spass beim Essen, können als Empfehlung an die Praxis weitergegeben werden. Die Privatsphäre soll in diesem Zusammenhang geschützt werden sowie eine zeitnahe Betreuung gemäss Scerri et al. (2015).

#### c) Umgebungsbedürfnisse

Es lässt sich interpretieren, dass die Gestaltung der Spitalumgebung ein beeinflussender Faktor ist, welcher zu einer positiven Versorgung der Menschen mit Demenz und Zufriedenheit der Angehörigen führt (Digby & Bloomer, 2012; Hynninen et al., 2015; Scerri et al., 2015). Das Gefühl der Sicherheit und versorgt zu sein, sowie die Umgebungsbedürfnisse sind Indikatoren für die Qualität der Pflege. Die Menschen mit Demenz legen Wert darauf, dass sie einen Platz für sich und für ihre Angehörigen haben. Eine wohnliche Umgebung vermittelt ihnen ein Gefühl der Normalität und des Wohlbefindens, welche wichtige Faktoren für die Genesung sind. Eine personalisierbare Memory Box, wie sie die Studie Spencer et al. (2013) vorschlägt, wäre in der Praxis wünschenswert. Dies wäre eine Ressource, den Menschen mit Demenz eine Identität zu geben und für die Pflege wäre es ein Mittel, um die Patientinnen und Patienten zu beruhigen.

In den Studien wird nicht darauf eingegangen, ob ein Zusammenhang zwischen psychischen und physischen Bedürfnissen sowie Umgebungsbedürfnissen besteht. Es lässt sich interpretieren, dass die Interventionen, welche die physischen Bedürfnisse und Umgebungsbedürfnisse befriedigen, wiederum die einzelnen Elemente der zentralen psychischen Bedürfnisse positiv oder negativ beeinflussen.

## ***Erfahrungen der Angehörigen der Menschen mit Demenz bezüglich des Spitalaufenthalts***

### a) Emotionen

Setzt man sich mit den Ergebnissen auseinander, fällt auf, dass die Emotionen eine grosse Rolle einnehmen. Es zeigt sich eine breite Palette von Gefühlsäusserungen (Jurgens et al., 2012). Dass unterschiedliche Gefühle geäussert werden und eine grosse Rolle im Zusammenhang mit dem Spitalaufenthalt von Menschen mit Demenz einnehmen, ist nachvollziehbar. Denn der Aufenthalt bedeutet für die Angehörigen ein plötzliches Ereignis, auf welches sie nicht vorbereitet sind, sodass sie sich aus ihrem System herausgezogen fühlen. Viele Einflussfaktoren kommen ins Spiel, welche in der Studie von Clisset et al. (2013a) als Störfaktoren empfunden wurden. Einerseits der Eintritt selbst, und andererseits die Krankheit, die Bedürfnisse und das Verhalten der Patientinnen und Patienten. Die erwähnten Störfaktoren lösen ein Stressgefühl bei den Angehörigen aus und ein Gefühl der Sorge. Dies führt dazu, dass Angst und Unruhe sie während des Spitalaufenthalts begleiten (Nufer & Spichiger, 2011; Clisset et al., 2013a). Zudem wurde in der Studie von Jurgens et al. (2012) erwähnt, dass viele Themen wie Kommunikation, Organisation und Behandlungsprozesse, welche für die Angehörigen wichtig sind und teilweise nicht erfüllt werden, dazu führen, dass diese Sorgen noch verstärkt werden. Die Autorin vermutet, dass die Angehörigen durch all diese Gefühle überfordert sind. Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Emotionen mit vielen Erwartungen, Bedürfnissen und Veränderungen verbunden sind, welche sich gegenseitig beeinflussen. Kastner & Löbach (2015) beschreiben, dass sich die Gefühlswahrnehmung der Angehörigen zwischen Hoffnung und Verzweiflung bewegt. Dies wird durch die vorliegenden Studien bestätigt. Die Emotionen werden nicht nur mit Belastungs- oder negativen Gefühlen assoziiert, sondern auch mit positiven Gefühlen der Entlastung wie sie in der Studie von Nufer & Spichiger (2011) beschrieben werden.

### b) Auswirkungen

Die Ergebnisse zeigen, dass sich der Spitaleintritt für die Angehörigen als stressiges Ereignis darstellt. Dies zeigt sich in ihrer körperlichen Verfassung, der Alltagsroutine und zu Hause (Jurgens et al., 2012; Nufer & Spichiger, 2011; Bloomer et al., 2014). Auf die körperlichen Auswirkungen wurde in fast allen Studien nicht eingegangen, ausser in der Studie von Jurgens et al. (2012). In dieser Studie stellt sich heraus, dass die Angehörigen auf Dauer durch die ständigen Sorgen nicht schlafen können und in vielen Alltagsaktivitäten eingeschränkt sind. Hier bleibt unklar, ob die Angehörigen aus anderen Stu-

dien über körperliche Auswirkungen befragt wurden. Die Autorin vermutet, dass der Eintritt ins Spital für die anderen Angehörigen genauso anstrengend sein muss wie für die Angehörigen in der Studie von Jurgens et al. (2012). Ob noch andere Auswirkungen durch den Spitalaufenthalt auftreten, bleibt unklar. Weiter wurde von einer Rollenveränderung berichtet (Bloomer et al. 2014). Die Autorin interpretiert, dass die Angehörigen ständig unter Stress stehen und damit konfrontiert sind, eine Lösung für sich selbst und für die Menschen mit Demenz zu suchen. Die Äusserung zur Rollenveränderung bestätigt die Aussage von Kastner & Löbach (2014) im theoretischen Bezugsrahmen.

#### c) Coping

Die Ergebnisse aus Clisset et al. (2013a), Nufer & Spichiger (2011) und Jurgens et al. (2012) zeigen auf, dass die Angehörigen verschiedene Coping-Strategien angewendet haben, um die belastende Situation zu bewältigen. Unter anderem wird das Pflegepersonal überwacht, was wiederum dazu führt, dass die Pflegenden Stress empfinden. Auffallend bei den Coping-Strategien der Angehörigen ist, dass sie diese wegen emotionalen Erlebnissen entwickeln. Einige Coping-Strategien gehen aus einer Unzufriedenheit mit der Situation hervor. Die Unsicherheit, Sorge und Angst, dass die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz nicht beachtet werden, werden auf unterschiedliche Weise mit Coping bewältigt. Der Zyklus der Unzufriedenheit der Angehörigen aus der Studie Jurgens et al. (2012) stellt die erwähnten Tatsachen genauer dar. Es wurden keine konkreten Interventionen vorgeschlagen, welche dazu dienen, dass dieser Zyklus durchbrochen wird.

## ***Erfahrungen der Angehörigen bezüglich der Zusammenarbeit mit Fachpersonen***

### a) Beziehung

Die Beziehung zwischen den Angehörigen und Fachpersonen wurde als wichtig empfunden und durch verschiedene Herangehensweisen aufgebaut (Scerri et al., 2015; Nufer & Spichiger, 2011; Bloomer et al., 2014). Aus der Studie von Scerri et al. (2015) lässt sich ableiten, dass sich das Erleben nicht nur durch die Interaktionen zwischen Pflegefachpersonen, Menschen mit Demenz und Angehörigen spiegeln lässt, sondern die anderen Patientinnen und Patienten auch eine Rolle spielen. Jedoch wie diese Rolle aussieht, wurde nicht erwähnt. Die durchgeführten Interventionen aus der Studie von Nufer & Spichiger (2011) wurden wahrgenommen und können direkt in der Praxis umgesetzt werden.

### b) Kommunikation

In den Ergebnissen ist ersichtlich, dass die Angehörigen gemischte Erfahrungen im Zusammenhang mit der Kommunikation mit dem Pflegepersonal haben (Spencer et al., 2013; Nufer & Spichiger, 2011; Bloomer et al., 2015; Hynninen et al., 2015). Je nach Pflegefachperson werden positive oder negative Erfahrungen gemacht. Freundlichkeit, und Hilfsbereitschaft sind Voraussetzungen für eine gute Kommunikation und werden von den Angehörigen geschätzt. In einigen Fällen ist ein Mangel an Kommunikation feststellbar, da die Pflegefachpersonen vorwiegend medizinischen Daten sammeln. Die persönliche Lebensgeschichte der Menschen mit Demenz steht nicht im Vordergrund. Häufig geht durch Zeitmangel vergessen, dass die Angehörigen eine Ressource sind. Es besteht nicht nur ein Mangel an Information zwischen Pflegefachpersonen und Angehörigen, sondern es werden auch Gespräche mit den Ärztinnen und Ärzten gewünscht (Bloomer et al., 2014; Hynninen et al., 2015). Aus der Sicht der Autorin ist es sinnvoll, solche Gespräche zwischen dem Behandlungsteam und den Angehörigen gemeinsam zu führen, um Wiederholungen oder Doppelarbeit zu vermeiden.

### c) Qualität der Demenzpflege

Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass der Umgang mit verwirrten Patientinnen und Patienten geschätzt wird (Spencer et al., 2013). Verschiedene Kriterien wie Geduld, Empathie und Unterstützung durch das Pflegefachpersonal erfüllen die Erwartungen der Angehörigen (Spencer et al., 2013; Hynninen et al., 2015). Die Studien von Spencer et al. (2013) und Hynninen et al. (2015) zeigen, dass die Pflege als schlecht bewertet wird, wenn Pflegefachpersonen eine negative Einstellung zu verwirrten Patientinnen und Patienten haben oder wenig Erfahrung in der Demenzpflege aufweisen. Einige Wünsche

und Erwartungen aus den Studien Spencer et al. (2013) und Clisset et al. (2013a) können im Pflegealltag umgesetzt werden, wie das Vorstellen mit Namen, Erstellen einer Checkliste und präsenter sein bei der Stationsrunde. Weitere Wünsche, welche nicht in der Kompetenz der Pflegefachpersonen liegen, wie z. B. längere Besuchszeiten, Infrastruktur des Spitals und Verlegungsprozesse beschleunigen müssen mit dem Organisationssystem des Spitals diskutiert werden. Weiter müssen aus Sicht der Autorin zusätzliche Faktoren aus der Studie Scerri et al. (2015) wie Heterogenität der Patientinnen und Patienten, Unberechenbarkeit des Verhaltens und Höhe der Progression der Erkrankung, berücksichtigt werden.

d) Spitalaustrittsplanung:

Aus der Erfahrung mit der Spitalaustrittsplanung resultieren verschiedene Ergebnisse (Mockford, 2015; Nufer & Spichiger, 2011; Jurgens et al., 2012). Viele Probleme wurden in der Review von Mockford (2015) beschrieben, welche für Pflegefachpersonen, Gesundheitsinstitutionen und Gesundheitssysteme als wichtige Kernprobleme betrachtet werden müssen. Die Aufgabe besteht darin, die Angehörigen mit viel Vorbereitungszeit in die Austrittsplanung miteinzubeziehen. Die verfügbaren Ressourcen sollen angesprochen und Informationen über die Austrittsorganisation sowie das Management von medizinischen Problemen gegeben werden. Neben all diesen Aspekten soll eine kontinuierliche emotionale Unterstützung stattfinden. Die Erfahrungen der Autorin zeigen, dass es besser wäre, wenn die Bezugspfleger die Angehörigen in dieser schwierigen Phase begleitet. In der Review von Mockford (2015) wird der Kommunikationsaspekt beleuchtet. Dies ist ein wichtiges Kriterium für eine erfolgreiche Austrittsplanung. Spezialisierte Versorgungsmodelle aus den Vereinigten Staaten versprechen gute Resultate. Es wird jedoch nicht beschrieben, wie diese Versorgungsmodelle aufgebaut sind. Diese Modelle könnten für das schweizerische Gesundheitssystem ein guter Denkanstoss sein. Die Autorin ist davon überzeugt, dass ein Austrittsgespräch mit den Angehörigen im Beisein der Menschen mit Demenz negative Erfahrungen verhindert.



Tabelle 18: Auswertung der Studienqualität (eigene Darstellung der Autorin)

	Bloomer et al. (2014)	Clisset et al. (2013a)	Clisset et al. (2013b)	Digby & Bloomer (2012)	Hynninen et al. (2015)	Jurgens et al. (2012)	Mockford (2015)	Nufer & Spichiger (2011)	Scerri et al. (2015)	Spencer et al. (2013)
Frage 7: Explizite Fragestellung/Zielsetzung?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 8: Forschungsfrage passend zum Forschungsdesign?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Erg.	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 11: Schlüsselbegriffe definiert?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 13: Verfahren verwendet um die Rechte der Studienteilnehmer zu schützen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 19: Stichprobe und Setting adäquat beschrieben?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja
Frage 22 a): Stichprobengrösse angemessen?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 22 b): Datensättigung erreicht?	Nein	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
Frage 23 a): Methode der Datenerhebung passend zur Forschungsfrage?	Ja	Ja	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 23 b): Methoden-Triangulation?	Nein	Ja	Ja	Erg.	Nein	Nein	Erg.	Nein	Nein	Nein
Frage 26: Vorgehen bei der Datensammlung ausreichend beschrieben?	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Nein	Ja
Frage 28: Strategien zur Erhöhung der Glaubwürdigkeit angewendet?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Erg.	Ja	Ja	Ja
Frage 32 a): Dichte Beschreibung: Kontext, Teilnehmende und Ergebnisse ausführlich?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Erg.	Ja	Nein	Nein
Frage 32 b): Übertragbarkeit der Ergebnisse?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Erg.	Ja	Nein	Nein
Frage 33: Vorgehen bei der Datenanalyse ausreichend beschrieben?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Erg.	Ja	Nein	Ja
Frage 37: Ergebnisse sinnvoll zusammengefasst und mit wörtlichen Zitaten dargestellt?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 39: Ergebnisse aufschlussreich, authentisch, aussagekräftig?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 40: Themen logisch verknüpft?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Frage 41: Themen in Grafiken oder Modellen zusammengefasst?	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
<b>Legende</b>	Ja, erfüllt	Nein, nicht erfüllt	Ergänzung erwünscht							

## 6.2 Beurteilung der Studienqualität

Die Beurteilung der Studienqualität ist in Tabelle 18 ersichtlich. Die Studien weisen eine gute Qualität auf. Es gibt jedoch Limitationen, die bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden müssen.

In praktisch allen Studien wurden die Schlüsselbegriffe ausreichend definiert. Ausser in der Studie von Jurgens et al. (2012), in welcher die Schlüsselkonzepte in der Einleitung nicht deutlich erkennbar sind. Die Forschungsfragen in der Studie Scerri et al. (2015) wurden auf die positiven Erfahrungen beschränkt. Dabei besteht die Gefahr, dass die negativen Ergebnisse nicht zum Vorschein kommen und auch nicht verbessert werden können.

Alle Studien wurden von Ethikkomitees bewilligt und haben die notwendigen Verfahren eingehalten, um die Rechte der Studienteilnehmenden zu schützen.

In allen Studien wurden Interviews durchgeführt. In drei Studien ist die Dauer der Interviews nicht angegeben, somit lässt sich schwer beurteilen, ob ausreichend Zeit im Forschungsfeld verbracht wurde (Digby & Bloomer, 2012; Hynninen et al., 2015; Clisset et al., 2013b). Einzig in der Studie von Scerri et al. (2015) wurde der Ort der Interviews nicht erwähnt. Die Stichproben wurden bei mehreren Studien nicht ausreichend beschrieben (Digby & Bloomer, 2012; Hynninen et al., 2015; Scerri et al., 2015; Spencer et al., 2013; Mockford, 2015). Nur in der Studie von Digby & Bloomer (2012) wird beschrieben, dass die Demenz anhand einer Mini Mental State Examination (MMSE) diagnostiziert wurde. Bei den neun anderen Studien wurde nicht beschrieben, wie weit die Demenz fortgeschritten ist. Bei vier von zehn Studien sind die Ein- bzw. Ausschlusskriterien nicht genau beschrieben (Scerri et al., 2015; Hynninen et al., 2015; Clisset et al., 2013a; Clisset et al., 2013b; Spencer et al., 2013).

Eine Datensättigung wurde in fünf von zehn Studien erreicht (Clisset et al., 2013a; Clisset et al., 2013b; Hynninen et al., 2015; Jurgens et al., 2015; Scerri et al., 2015).

Die Review von Mockford (2015) weist einen Mangel bzgl. der Schlüsselwörter für die Suche in den Datenbanken auf. Eine detailliertere Beschreibung der Kriterien zur Einschätzung der Qualität und der Schritte der Datenextraktion wären erstrebenswert. Die Datenanalyse wurde in drei Studien nur knapp beschrieben (Scerri et al., 2015; Digby & Bloomer, 2012; Hynninen et al., 2015). Die Datenanalyse in der Studie von Hynninen et al. (2015), Spencer et al. (2013) und der Review von Mockford (2015) wurde nur durch eine Forscherin durchgeführt.

Neun Studien geben an, dass die Datenanalyse nach einem bestimmten theoretischen Ansatz analysiert wurde. Vier Studien geben nicht an weshalb solche Ansätze verwendet wurden (Jurgens et al., 2012; Digby & Bloomer, 2012; Clisset et al., 2013a; Scerri et al., 2015). In fünf von zehn Studien wurden keine Tabellen, Abbildungen und Figuren verwendet, um eine zusammenfassende Konzeptualisierung darzustellen (Bloomer et al., 2014; Clisset et al., 2013a; Mockford, 2015; Nufer & Spichiger, 2011; Spencer et al., 2013).

Trotz der erwähnten Limitationen und teilweise ungenügender Beschreibung in den Studien schätzt die Autorin die Ergebnisse als vertrauenswürdig ein. Die Studien liegen maximal fünf Jahre zurück und sind auf einem aktuellen Stand. Deshalb lassen sich die Ergebnisse gut auf die heutige Zeit übertragen. Die Studien stammen aus verschiedenen Ländern, jedoch weisen der Kontext und das Setting Ähnlichkeiten mit dem schweizerischen Gesundheitssystem auf.

### 6.3 Beantwortung der Fragestellung

*„Wie erleben Menschen mit Demenz und deren Angehörige den Aufenthalt in einem Akutspital?“*

Die Fragestellung kann aus der Sicht der Autorin beantwortet werden. Jedoch kann die Beantwortung der Fragestellung nicht als vollständig oder abschliessend betrachtet werden. Da es sich um qualitative Studien handelt, liefert die Arbeit keine Fakten oder Zahlen, sondern eine Beschreibung der individuellen Erlebnisse. Diese wurden aus Sicht der Autorin interpretiert. Inhaltlich liefert die hier vorliegende Arbeit wertvolle Ergebnisse zu den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz und deren Angehörigen.

Das Erleben der Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen ist individuell. Anhand der Beobachtungen und Aussagen der Angehörigen können ergänzende Aussagen über das Erleben der Menschen mit Demenz gemacht werden. Menschen mit Demenz können keine umfangreichen Aussagen über das Erlebnis des Spitalaufenthalts machen, jedoch können gewisse Aussagen über die Privatsphäre, die Vorlieben und die zentralen psychischen Bedürfnisse nach Tom Kitwood gesammelt werden. Parallel zu den psychischen Bedürfnissen wurden Äusserungen bzgl. der physischen Bedürfnisse und Umgebungsbedürfnisse gemacht. Diese Begehren werden zum Teil durch die Pflegefachpersonen befriedigt, die Interventionen haben jedoch Potenzial für Verbesserungen.

Die Studien zeigen auf, dass der Spitalaufenthalt ein gefühlsbetontes Erlebnis für die Angehörigen ist und eine Rollenveränderung mit sich bringt. Ausserdem wird ein Gefühl des Verlusts über die Kontrolle beschrieben. Dies hat wiederum einen Einfluss auf die Alltagsroutine und die körperliche Gesundheit. Aufgrund der Erwartungen und Erlebnisse entwickeln die Angehörigen verschiedene Coping-Strategien um sich und die Menschen mit Demenz zu schützen. Des Weiteren wird aufgezeigt, dass die Angehörigen eine wichtige Rolle in den Spitalprozessen einnehmen. Es wurden unterschiedliche Aussagen, in verschiedenen Bereichen, wie Zusammenarbeit mit Fachpersonen, Kommunikation, Beziehung, Qualität der Demenzpflege und Spitalaustrittsplanung, gemacht.

## 6.4 Limitationen und Stärken der Arbeit

Die Relevanz der Thematik ist gegeben, dies ist sicher eine Stärke dieser Arbeit. Die Qualität der Studien wurde anhand einer Checkliste differenziert analysiert und kritisch gewürdigt. Die verwendeten Studien sind aktuell und liegen höchstens fünf Jahre zurück. Ausserdem wurden insgesamt 10 Studien analysiert, dadurch konnte ein umfangreiches Spektrum der Thematik zusammengefasst und verglichen werden.

Die Limitation der Arbeit liegt darin, dass die Autorin bei der Bearbeitung der Thematik alleine war, somit ist die Möglichkeit eines Austauschs mit einer weiteren Person nicht gegeben. Eine zusätzliche Perspektive wäre eine Unterstützung im Diskussionsteil der Arbeit gewesen. Die subjektive Sicht der Autorin und das Vorwissen durch die praktischen Erfahrungen in der Langzeit- sowie Akutpflege, haben die Synthese und Diskussion beeinflusst. Die Übertragbarkeit in ein anderes Setting ist jeweils mit Einschränkungen verbunden. In den Studien weisen die Stichproben ein weites Altersspektrum auf und enthalten verschiedene Familienformen. Die Samples weisen eine hohe Heterogenität auf.

Die Autorin verfügt über wenig Erfahrung im Erstellen von wissenschaftlichen Arbeiten. Dies könnte einen Einfluss auf die Beurteilung der verschiedenen Aspekte der Studien haben. Zudem ist die Beschränkung des Umfangs der Arbeit eine grosse Herausforderung und bedingt, dass nicht alle Aspekte im gleichen Ausmass behandelt werden konnten. Eine weitere Limitation ist, dass die Suche nach Literatur auf die deutsche und englische Sprache eingeschränkt wurde, somit könnten einige relevante Studien herausgefallen sein.

Diese Arbeit beschreibt die Perspektive der Menschen mit Demenz und Angehörigen, jedoch konnte die Sicht der Menschen mit Demenz nicht immer klar von der Sicht der Angehörigen getrennt werden. Das Erleben und die Erfahrungen der Angehörigen sind gute Ausgangspunkte, um eine Planung zu erstellen, damit die Zusammenarbeit optimiert werden kann. Hier wäre es interessant, die zusammengetragenen Ergebnisse gemeinsam mit den Angehörigen zu diskutieren, um das Erleben aus ihrer Sicht zu überprüfen. Die Ergebnisse bestätigen teilweise und ergänzen die bisherigen Erfahrungen und Vermutungen der Autorin.

## **7 SCHLUSSFOLGERUNG**

Im letzten Abschnitt der Arbeit werden die Empfehlungen für die Praxis sowie der weitere Forschungsbedarf beschrieben. Die Erkenntnisse beziehen sich auf die Überlegungen der Autorin und die Vorschläge aus den analysierten Studien.

### **7.1 Empfehlungen für die Praxis**

Um einen Überblick über diverse Interventionen zu bekommen, wurden die Interventionen in der Tabelle 19 dargestellt.

#### **Haltung der Pflegefachpersonen**

In der Begegnung mit Menschen mit Demenz sollten die Pflegefachpersonen sich über ihre eigene Haltung bewusst sein und diese in einer professionellen und wertfreien Rolle vertreten. Die drei Merkmale der personenzentrierten Haltung, Empathie, Akzeptanz und Kongruenz nach Carl Rogers sind nach Meinung der Autorin wichtig.

#### **Bedürfnisse der Menschen mit Demenz erkennen**

Die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz in der aufgeführten Tabelle sollen in der Praxis erkannt und die individuellen Interventionen daraus abgeleitet werden.

#### **Konzept entwickeln**

Die Institutionen sollen ein Konzept entwickeln, welches spezifisch auf diese Gruppe und ihre Angehörigen zugeschnitten ist. Dabei soll die personen- und familienzentrierte Pflege und Bezugspflege angestrebt werden. Die Autorin empfiehlt, dass das Pflegeanamnesegespräch mit einer oder mehreren Bezugspersonen der Menschen mit Demenz durchgeführt wird. Weiter empfiehlt die Autorin in der Praxis eine Schulung, welche durch alle Gesundheitsberufsgruppen, welche im Alltag mit Menschen mit Demenz in Kontakt treten, besucht wird. Mögliche Schulungsinhalte sind in der Tabelle 19 aufgeführt.

#### **Unterstützung der Angehörigen**

Während des Spitalaufenthalts brauchen die Angehörigen emotionale Unterstützung. Im Idealfall findet ein Standortgespräch mit den Angehörigen statt, damit das emotionale Befinden und die Copingstrategien erfasst werden können. Die Pflege soll die Hilfe der Angehörigen anerkennen und sie dafür wertschätzen. Das Pflegeteam sollte eine offene Kultur vermitteln um die Beziehungspflege und die Zusammenarbeit mit den Angehörigen zu stärken. Die Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit sind wichtige Elemente für eine erfolgreiche Kommunikation.

### **Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit**

Da Demenz komplexe Phänomene für das Pflegeteam aufweist, vor allem im hektischen Spitalalltag, wird eine inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit notwendig. Es sollten interdisziplinäre Besprechungen stattfinden, um zusammen mit den Angehörigen das Prozedere zu erläutern, Informationen abzugeben und zugleich die Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen zu evaluieren. Eine Fallbesprechung über einen aktuellen Fall, welcher sich als komplex herausstellt, ermöglicht eine Reflexion und Diskussionsmöglichkeit im Pflegeteam. Diese sollte durch eine Pflegefachperson mit Erfahrung moderiert werden.

### **Austrittsplanung**

Weiter soll der Schwerpunkt auf die Austrittsplanung gelegt werden. Ein Austrittsgespräch mit der zuständigen Bezugspflegefachperson und den behandelnden Ärztinnen und Ärzten wird von den Angehörigen geschätzt. Die Menschen mit Demenz sollen in die Austrittsplanung wenn möglich involviert werden.

### **Ausbildung**

Es besteht die Möglichkeit der Sensibilisierung der Studierenden oder Auszubildenden, wenn sie in der Ausbildung über die Bedeutung des Krankheitsbildes Demenz und die verschiedenen Perspektiven informiert werden. Die Autorin sieht die Notwendigkeit eines Pflichtpraktikums mit Menschen mit Demenz für alle Studierenden, welches von der Schule initiiert wird.

## **7.2 Empfehlungen für die Forschung**

Es besteht ein Bedarf an mehr Forschung auf diesem Gebiet, da die Erfahrungen der Angehörigen, vor allem von Menschen mit Demenz, noch nicht intensiv erforscht wurden. Um die Ergebnisse unproblematisch übertragen zu können, wären mehr qualitative Studien in der Schweiz nötig. Aus den landesweiten Ergebnissen über das Erleben in den Institutionen, können Interventionen und Prozesse angepasst werden. Es wäre interessant zu wissen, wie sich das Erleben bei Menschen mit Demenz und den Angehörigen je nach Geschlecht unterscheidet. Dies wäre eine weiterführende Fragestellung. Weiter kann den herausgearbeiteten Themen aus diesen Thesen nachgegangen werden, z. B. welche Informationen wünschen die Angehörigen spezifisch, wenn die Menschen mit Demenz im Spital sind und was bedeutet für sie eine gute Demenz-pflege.

Tabelle 19: Empfehlungen für die Praxis (eigene Darstellung der Autorin)

<b>Psychische Bedürfnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sorgen ansprechen</li> <li>– Menschen mit Demenz miteinbeziehen</li> <li>– Lebensgeschichte der Menschen mit Demenz in Form einer Pflegeanamnese oder Fremdanamnese erfassen</li> <li>– Persönliche Effekten: z.B. Familienfotos oder persönliche Erinnerungsstücke integrieren</li> <li>– Aktivierungstherapeutin für Beschäftigungen einstellen</li> </ul>
<b>Physische Bedürfnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zeitnahe Betreuung der physischen Bedürfnisse</li> <li>– Körperpflege</li> <li>– Privatsphäre</li> <li>– Gleichgeschlechtliche Pflege</li> <li>– Schmerzbehandlung</li> </ul>
<b>Umgebungsbedürfnisse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Einzelzimmer bevorzugen</li> <li>– Kriterien: wohnliche, sichere, saubere und entspannte Umgebung</li> <li>– Nach draussen gehen zu können</li> <li>– Zugang zu Stühlen, Toiletten und Erfrischungen</li> <li>– Adäquate Lichtverhältnisse</li> <li>– Küche für Familie und Verwandte</li> <li>– Fernseher in jedem Zimmer</li> <li>– Aktivitätstafel</li> <li>– personalisierbare Memory Box</li> </ul>
<b>Unterstützung der Angehörigen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Angehörige als Ressource für die Menschen mit Demenz erkennen und miteinbeziehen</li> <li>– Emotionale Unterstützung: Standortgespräche</li> <li>– Informationen: Das Wissen wer wofür zuständig ist.</li> <li>– Nach Coping-Strategien fragen</li> <li>– Kommunikation: Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit</li> <li>– Qualität der Demenzpflege: Geduld, Empathie</li> </ul>
<b>Strukturelle Veränderungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verlegungsprozesse optimieren</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wartezeiten verringern</li> <li>– längere Besuchszeiten</li> <li>– Vermeidung unnötiger Verlegungen</li> </ul>
<b>Konzept entwickeln</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bezugspflegesystem</li> <li>– Familienzentrierte Pflege</li> <li>– Personenzentrierte Pflege nach Tom Kitwood</li> <li>– Fremdanamnese</li> <li>– Schulungen: Krankheitsbild Demenz, Bedeutung der Krankheit, Edukation und Beratung, Zusammenarbeit, Umgang mit belastende Situationen, die Bedürfnisse der Menschen mit Demenz, Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörigen</li> </ul>
<b>Inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Interdisziplinäre Besprechung: Angehörige miteinbeziehen: Procedere erläutern, Informationen abgeben und Bedürfnisse evaluieren</li> <li>– Interventionen und Ziele besprechen</li> <li>– Fallbesprechung: Reflexion, Diskussion</li> </ul>
<b>Austrittsplanung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Austrittsgespräch mit Angehörigen, Menschen mit Demenz und Ärztinnen und Ärzten.</li> <li>– Informationen über die Austrittsorganisation, das Management von medizinischen Problemen und die Ressourcen ansprechen</li> </ul>

## 8 LITERATURVERZEICHNIS

- Bradway, C. & Hirschman, K. (2008). Working with families of hospitalized older adults with dementia. Caregivers are useful resources and should be part of the care team. *American Journal of Nursing*, 108 (10), 52–60. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336967.32462.2d
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Bevölkerungsentwicklung*. Abgefragt am 4. März 2016 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/gesamt.html>
- Bundesamt für Gesundheit, & Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. (2014). *Nationale Demenzstrategie 2014–2017*. Abgefragt am 4. März 2016 unter [http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMdYN3fWym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCMdYN3fWym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--)
- Donath, E. (2013). *Menschen mit Demenz im Krankenhaus: Perspektiven der Pflegenden*. Transferplus Themenheft Nr. 8 Juli 2013. Herausgeber g-plus-Zentrum im internationalen Gesundheitswesen. Abgefragt am 27. Februar 2016, unter [http://www.g-plus.org/wp-content/uploads/2015/07/08\\_transferplus\\_demenz\\_im\\_kh\\_juli2013.pdf](http://www.g-plus.org/wp-content/uploads/2015/07/08_transferplus_demenz_im_kh_juli2013.pdf)
- Ecoplan. (2013). *Grundlagen für eine nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage*. Abgefragt am 27. Februar 2016, unter [http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLenx8e2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/13916/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCLenx8e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--)
- Fröhlich, W.D. (2008). *Wörterbuch Psychologie* (26. überarbeitete und erweiterte Auflage). München: Deutscher Taschenbuchverlag.
- Haberstroh, J., Neumeyer, K., & Pantel, J. (2016). *Kommunikation bei Demenz. Ein Ratgeber für Angehörige und Pflegende* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Innes, A. (2014). *Demenzforschung. Das Erleben und die Versorgung von Menschen mit Demenz erforschen*. Bern: Huber.
- Kämmer, K., Schluz, C., & Hamborg, M. (2013). *Patienten mit einer Demenz im Krankenhaus*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- Kastner, U., & Löbach, R. (2010). *Handbuch Demenz*. München: Urban & Fischer.

- Kitwood, T. (2008). *Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen* (5. Aufl.). Bern: Huber.
- Leahey, M., & Wright, L. (2014). *Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Interventionen* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Manfred, H., & Meier, A. (2005). *Geriatrische Krankheitslehre. Teil 1 Psychiatrische und neurologische Syndrome* (4. Aufl.). Bern: Huber.
- Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement*. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
- Polit, F. D., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research. Generating and assessing evidence for Nursing Practice* (9ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Preusse-Bleuler, B (2012). *Familienzentrierte Pflege-Handbuch zum Film. Arbeitsinstrumente für Familienzentrierte Pflege. Das Calgary Familien Assessment und Interventionsmodell in der Pflegepraxis in Lindenhofspital und Schule Bern* (2.Aufl.) Bern: Lindenhof Schule.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2009). *Demenzkranke Personen im Spital*. Abgefragt am 29. Februar 2016 unter <http://www.alzheimerurischwyz.ch/udoc/81.pdf>
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2015). *Demenz im Akutspital*. Abgefragt am 29. Februar 2016 unter [http://www.alz.ch/index.php/versorgung-in-der-schweiz.html?file=tl\\_files/PDFs/PDF-D-Gesellschaft\\_und\\_Politik/A\\_Demenz\\_im\\_Akutspital\\_HD.pdf](http://www.alz.ch/index.php/versorgung-in-der-schweiz.html?file=tl_files/PDFs/PDF-D-Gesellschaft_und_Politik/A_Demenz_im_Akutspital_HD.pdf)
- Schweizerische Alzheimervereinigung. (2015). *Zahlen und Fakten zur Demenz*. Abgefragt am 29. Februar 2016 unter <http://www.alz.ch/index.php/zahlen-zur-demenz.html>
- Sonntag, K., & von Reibnitz, C. (2014). *Versorgungskonzepte für Menschen mit Demenz*. Berlin: Springer.
- Welling, K. (2004). *Der person-zentrierte Ansatz von Tom Kitwood – Nachdruck aus Unterricht Pflege*, 9. Jg., H. 5.

World Health Organization. (2015). *Dementia*. Abgefragt am 4. März 2016 unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

## 9 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Mögliche Demenzformen (Quelle: Löbach & Kastner, 2014).....	9
Abbildung 2: Die zentralen psychischen Bedürfnisse von Menschen mit Demenz nach Tom Kitwood (eigene Darstellung der Autorin) .....	13
Abbildung 3: PRISMA Flussdiagramm zur Studienauswahl.....	21
Abbildung 4: Kategoriensystem: Erleben der Menschen mit Demenz (eigene Darstellung der Autorin).....	38
Abbildung 5: Kategoriensystem: Erleben der Angehörigen (eigene Darstellung der Autorin).....	39
Abbildung 6: Zyklus der Unzufriedenheit der Angehörigen (Quelle: Jurgens et al. (2012) .....	46

## 10 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Symptome von Demenz (Quelle: WHO, 2015).....	9
Tabelle 2: Vier Gefühlszustände des personalen Wohlbefinden (Quelle: Welling, 2004) .....	12
Tabelle 3: Die 12 positive Interaktionsformen nach Tom Kitwood (eigene Darstellung der Autorin).....	14
Tabelle 4: Suchbegriffe .....	17
Tabelle 5: Suchstrategien.....	18
Tabelle 6: Analyse und Bewertung der Studien (eigene Darstellung der Autorin) .....	22
Tabelle 7: Volltextartikel ausgeschlossen mit Begründung (eigene Darstellung der Autorin).....	23
Tabelle 8: Bloomer et al. (2014). The experience of family carers of people with dementia who are hospitalised.....	25
Tabelle 9: Clisset et al. (2013a). Experiences of family carers of older people with mental health problems in the acute general hospital: a qualitative study.....	26
Tabelle 10: Clisset et al. (2013b). The challenge of achieving person-centred care in acute hospitals: A qualitative study of people with dementia and their families. ...	27
Tabelle 11: Digby et al. (2012). People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers.....	28
Tabelle 12: Hynninen et al. (2015). Treatment of older people with dementia in surgical wards from the viewpoint of the patients and close relatives.....	29
Tabelle 13: Jurgens et al. (2012). Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? A qualitative study .....	30
Tabelle 14: Mockford (2015). A review of family carer's experiences of hospital discharge for people with dementia, and the rationale for involving service users in health research. ....	31
Tabelle 15: Nufer & Spichiger (2011). Wie Angehörige von Patientinnen mit Demenz deren Aufenthalt auf einer Akutstation und ihre eigene Zusammenarbeit mit Fachpersonen erleben: Eine qualitative Studie.....	32
Tabelle 16: Scerri et al. (2015). Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach.....	34

Tabelle 17: Spencer et al. (2013). Delivering dementia care differently-evaluating the differences and similarities between a specialist medical and mental health unit and standard acute care wards: a qualitative study of family carers' perceptions of quality of care. ....	35
Tabelle 18: Auswertung der Studienqualität (eigene Darstellung der Autorin) .....	57
Tabelle 19: Empfehlungen für die Praxis (eigene Darstellung der Autorin) .....	64

## 11 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
MeSH	Medical Subject Heading
MMSE	Mini Mental State Examination
MMHU	Medical and Mental Health Unit, deutsch: medizinischen und psychischen Gesundheitseinheit
WHO	World Health Organization, deutsch: Weltgesundheitsorganisation



## 12 ANHANG

### 12.1 Studienverzeichnis der eingeschlossenen Studien

- Bloomer, M., Digby, R., Tan, H., Crawford, K., & Williams, A. (2014). The experience of family carers of people with dementia who are hospitalised. *Dementia* (London). doi:10.1177/1471301214558308
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. (2013a). Experiences of family carers of older people with mental health problems in the acute general hospital: a qualitative study. *J Adv Nurs*, 69(12), 2707-2716. doi:10.1111/jan.12159
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. (2013b). The challenges of achieving person-centred care in acute hospitals: a qualitative study of people with dementia and their families. *Int J Nurs Stud*, 50(11), 1495-1503. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.03.001
- Digby, R., & Bloomer, M. J. (2014). People with dementia and the hospital environment: the view of patients and family carers. *Int J Older People Nurs*, 9(1), 34-43. doi:10.1111/opn.12014
- Hynninen, N., Saarnio, R., & Isola, A. (2015). Treatment of older people with dementia in surgical wards from the viewpoints of the patients and close relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3691-3699. doi:10.1111/jocn.13004
- Jurgens, F. J., Clissett, P., Gladman, J. R. F., & Harwood, R. H. (2012). Why are family carers of people with dementia dissatisfied with general hospital care? a qualitative study. *Bmc Geriatrics*, 12. doi:10.1186/1471-2318-12-57
- Mockford, C. (2015). A review of family carers' experiences of hospital discharge for people with dementia and the rationale for involving service users in health research. *Journal of Healthcare Leadership*, Volume 7. pp. 21-28.
- Nufer, T. W., & Spichiger, E. (2011). How family carers of people with dementia experienced their stay on an acute care facility and their own collaboration with professionals: A qualitative study. *Pflege*, 24(4), 229-237. doi:10.1024/1012-5302/a000130
- Scerri, A., Innes, A., & Scerri, C. (2015). Discovering what works well: exploring quality dementia care in hospital wards using an appreciative inquiry approach. *Journal of Clinical Nursing*, 24(13-14), 1916-1925. doi:10.1111/jocn.12822
- Spencer, K., Foster, P., Whittamore, K. H., Goldberg, S. E., & Harwood, R. H. (2013). Delivering dementia care differently - evaluating the differences and similarities

between a specialist medical and mental health unit and standard acute care wards: a qualitative study of family carers' perceptions of quality of care. *Bmj Open*, 3(12). doi:10.1136/bmjopen-2013-004198

## 12.2 Studienverzeichnis der ausgeschlossenen Studien

- Ahmedani, B. K., Solberg, L. I., Copeland, L. A., Fang-Hollingsworth, Y., Stewart, C., Hu, J., . . . Simon, G. E. (2015). Psychiatric comorbidity and 30-day readmissions after hospitalization for heart failure, AML, and pneumonia. *Psychiatric Services*, *66*(2), 134-140.
- Ali, S., & Bokharey, I. Z. (2015). Maladaptive cognitions and physical health of the caregivers of dementia: An interpretative phenomenological analysis. *Int J Qual Stud Health Well-being*, *10*, 28980. doi:10.3402/qhw.v10.28980
- Ali, S., & Bokharey, I. Z. (2016). Caregiving in dementia: Emotional and behavioral challenges. *Educational Gerontology*, *42*(7), 455-464. doi:10.1080/03601277.2016.1156375
- Aliberti, E., Basso, C., & Schramm, E. (2011). A collaborative approach for the care management of geropsychiatric services. *Professional Case Management*, *16*(2), 62-70. doi:10.1097/NCM.0b013e318206a27b
- Aloulou, H., Mokhtari, M., Tiberghien, T., Biswas, J., Phua, C., Lin, J. H. K., & Yap, P. (2013). Deployment of assistive living technology in a nursing home environment: methods and lessons learned. *Bmc Medical Informatics and Decision Making*, *13*. doi:10.1186/1472-6947-13-42
- Annear, M. J., Lea, E., Lo, A., Tierney, L., & Robinson, A. (2016). Encountering aged care: a mixed methods investigation of medical students' clinical placement experiences. *Bmc Geriatrics*, *16*. doi:10.1186/s12877-016-0211-8
- Atherton, N., Bridle, C., Brown, D., Collins, H., Dosanjh, S., Griffiths, F., . . . Lamb, S. E. (2016). Dementia and Physical Activity (DAPA) - an exercise intervention to improve cognition in people with mild to moderate dementia: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *17*(1), 165. doi:10.1186/s13063-016-1288-2
- Auer, S., Graessel, E., Viereckl, C., Kienberger, U., Span, E., & Luttenberger, K. (2015). Professional Care Team Burden (PCTB) scale - reliability, validity and factor analysis. *Health Qual Life Outcomes*, *13*, 17. doi:10.1186/s12955-014-0199-8
- Banks, P., Waugh, A., Henderson, J., Sharp, B., Brown, M., Oliver, J., & Marland, G. (2014). Enriching the care of patients with dementia in acute settings? The Dementia Champions Programme in Scotland. *Dementia (London)*, *13*(6), 717-736. doi:10.1177/1471301213485084

- Barca, M. L., Thorsen, K., Engedal, K., Haugen, P. K., & Johannessen, A. (2014). Nobody asked me how I felt: experiences of adult children of persons with young-onset dementia. *Int Psychogeriatr*, 26(12), 1935-1944. doi:10.1017/s1041610213002639
- Bauer, M., Fitzgerald, L., & Koch, S. (2011). Hospital discharge as experienced by family carers of people with dementia: a case for quality improvement. *J Healthc Qual*, 33(6), 9-16. doi:10.1111/j.1945-1474.2011.00122.x
- Betz, M. E., Jones, J., & Carr, D. B. (2015). System facilitators and barriers to discussing older driver safety in primary care settings. *Injury Prevention*, 21(4), 231-237. doi:10.1136/injuryprev-2014-041450
- Billington, J., Carroll, J., Davis, P., Healey, C., & Kinderman, P. (2013). A literature-based intervention for older people living with dementia. *Perspect Public Health*, 133(3), 165-173. doi:10.1177/1757913912470052
- Bollig, G., Gjengedal, E., & Rosland, J. H. (2016). Nothing to complain about? Residents' and relatives' views on a "good life" and ethical challenges in nursing homes. *Nurs Ethics*, 23(2), 142-153. doi:10.1177/0969733014557719
- Brown, C., & Stoffel, V. C. (2011). Occupational therapy in mental health: A vision for participation *Occupational therapy in mental health: A vision for participation* (pp. xxxii, 811). Philadelphia, PA: F A Davis; US.
- Bryon, E., Dierckx de Casterle, B., & Gastmans, C. (2012). 'Because we see them naked' - nurses' experiences in caring for hospitalized patients with dementia: considering artificial nutrition or hydration (ANH). *Bioethics*, 26(6), 285-295. doi:10.1111/j.1467-8519.2010.01875.x
- Bryon, E., Gastmans, C., & de Casterle, B. D. (2012). Nurse-physician communication concerning artificial nutrition or hydration (ANH) in patients with dementia: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2975-2984. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.04029.x
- Bushor, L., & Rowser, M. (2015). CE. Symptom Management of Chronic Illness in the Adult Outpatient Setting. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(4), 285-292. doi:10.1097/NJH.0000000000000124
- Callahan, C. M., Tu, W., Unroe, K. T., LaMantia, M. A., Stump, T. E., & Clark, D. O. (2015). Transitions in Care in a Nationally Representative Sample of Older Americans with Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(8), 1495-1502. doi:10.1111/jgs.13540

- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *Bmc Palliative Care*, *14*. doi:10.1186/s12904-015-0032-0
- Chiu, Y.-C., Huang, C.-Y., Kolanowski, A. M., Huang, H.-L., Shyu, Y., Lee, S.-H., . . . Hsu, W.-C. (2013). The effects of participation in leisure activities on neuropsychiatric symptoms of persons with cognitive impairment: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, *50*(10), 1314-1325.
- Clissett, P., Porock, D., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. F. (2014). The responses of healthcare professionals to the admission of people with cognitive impairment to acute hospital settings: an observational and interview study. *Journal of Clinical Nursing*, *23*(13-14), 1820-1829. doi:10.1111/jocn.12342
- Coenen, M., Cabello, M., Umlauf, S., Ayuso-Mateos, J. L., Anczewska, M., Tourunen, J., . . . Cieza, A. (2016). Psychosocial difficulties from the perspective of persons with neuropsychiatric disorders. *Disabil Rehabil*, *38*(12), 1134-1145. doi:10.3109/09638288.2015.1074729
- Crawford, K., Digby, R., Bloomer, M., Tan, H., & Williams, A. (2015). Transitioning from caregiver to visitor in a long-term care facility: the experience of caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, *19*(8), 739-746. doi:10.1080/13607863.2014.962008
- Creavin, S. T., Cullum, S. J., Haworth, J., Wye, L., Bayer, A., Fish, M., . . . Ben-Shlomo, Y. (2016). Towards improving diagnosis of memory loss in general practice: TIMeLi diagnostic test accuracy study protocol. *BMC Fam Pract*, *17*(1), 79. doi:10.1186/s12875-016-0475-2
- De La Rue-Evans, L., Nesbitt, K., & Oka, R. K. (2013). Sleep Hygiene Program Implementation in Patients with Traumatic Brain Injury. *Rehabilitation Nursing*, *38*(1), 2-10. doi:10.1002/rnj.66
- De Roo, M. L., Albers, G., Deliëns, L., de Vet, H. C., Francke, A. L., Van Den Noortgate, N., & Van den Block, L. (2015). Physical and Psychological Distress Are Related to Dying Peacefully in Residents With Dementia in Long-Term Care Facilities. *J Pain Symptom Manage*, *50*(1), 1-8. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.024
- Dening, K. H., Greenish, W., Jones, L., Mandal, U., & Sampson, E. L. (2012). Barriers to providing end-of-life care for people with dementia: a whole-system qualitative

- study. *BMJ Support Palliat Care*, 2(2), 103-107. doi:10.1136/bmjspcare-2011-000178
- Denson, L. A., Winefield, H. R., & Beilby, J. J. (2013). Discharge-planning for long-term care needs: the values and priorities of older people, their younger relatives and health professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 3-12. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00987.x
- Dhaussy, G., Dramé, M., Jolly, D., Mahmoudi, R., Barbe, C., Kanagaratnam, L., . . . Novella, J.-L. (2012). Is Health-Related Quality of Life an Independent Prognostic Factor for 12-Month Mortality and Nursing Home Placement Among Elderly Patients Hospitalized via the Emergency Department? *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(5), 453-458. doi:10.1016/j.jamda.2011.10.002
- Digby, R., Lee, S., & Williams, A. (2016). Interviewing people with dementia in hospital: recommendations for researchers. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1156-1165. doi:10.1111/jocn.13141
- Digby, R., Moss, C., & Bloomer, M. (2012). Transferring from an acute hospital and settling into a subacute facility: the experience of patients with dementia. *Int J Older People Nurs*, 7(1), 57-64. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00282.x
- DiLauro, M., Pereira, A., Carr, J., Chiu, M., & Wesson, V. (2015). Spousal caregivers and persons with dementia: Increasing participation in shared leisure activities among hospital-based dementia support program participants. *Dementia (London)*. doi:10.1177/1471301215570680
- Drageset, J., Corbett, A., Selbaek, G., & Husebo, B. S. (2014). Cancer-related pain and symptoms among nursing home residents: a systematic review. *J Pain Symptom Manage*, 48(4), 699-710.e691. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.12.238
- Drageset, J., Dysvik, E., Espehaug, B., Natvig, G. K., & Furnes, B. (2015). Suffering and mental health among older people living in nursing homes-a mixed-methods study. *Peerj*, 3. doi:10.7717/peerj.1120
- Dramé, M., Lang, P.-O., Jolly, D., Narbey, D., Mahmoudi, R., Lanièce, I., . . . Novella, J.-L. (2012). Nursing Home Admission in Elderly Subjects With Dementia: Predictive Factors and Future Challenges. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 83.e17-20. doi:10.1016/j.jamda.2011.03.002
- Ehrlich, K., Bostrom, A. M., Mazaheri, M., Heikkila, K., & Emami, A. (2015). Family caregivers' assessments of caring for a relative with dementia: a comparison of

- urban and rural areas. *Int J Older People Nurs*, 10(1), 27-37. doi:10.1111/opn.12044
- Elliot, R., & Adams, J. (2011). The creation of a dementia nurse specialist role in an acute general hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(7), 648-652.
- Elliott, K. E., Annear, M. J., Bell, E. J., Palmer, A. J., & Robinson, A. L. (2015). Residents with mild cognitive decline and family members report health students 'enhance capacity of care' and bring 'a new breath of life' in two aged care facilities in Tasmania. *Health Expect*, 18(6), 1927-1940. doi:10.1111/hex.12236
- Fitzgerald, L. R., Bauer, M., Koch, S. H., & King, S. J. (2011). Hospital discharge: recommendations for performance improvement for family carers of people with dementia. *Australian Health Review*, 35(3), 364-370. doi:10.1071/AH09811
- Formiga, F., Chivite, D., Ruiz, D., Navarro, M., Perez Castejon, J. M., Duaso, E., . . . Corbella, X. (2015). Clinical evidence of diabetes mellitus end-organ damage as risk factor for falls complicated by hip fracture: A multi-center study of 1225 patients. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 109(2), 233-237. doi:10.1016/j.diabres.2015.05.050
- Fox, S., Cashell, A., Kernohan, W. G., Lynch, M., McGlade, C., O'Brien, T., . . . Timmons, S. (2016). Interviews with Irish healthcare workers from different disciplines about palliative care for people with Parkinson's disease: a definite role but uncertainty around terminology and timing. *BMC Palliat Care*, 15, 15. doi:10.1186/s12904-016-0087-6
- Fraser, K., Archibald, M., & Nissen, C. (2014). Uncovering the Meaning of Home Care Using an Arts-Based and Qualitative Approach. *Canadian Journal on Aging- Revue Canadienne Du Vieillessement*, 33(3), 246-258. doi:10.1017/s0714980814000191
- Fry, M., Chenoweth, L., MacGregor, C., & Arendts, G. (2015). Emergency nurses perceptions of the role of family/carers in caring for cognitively impaired older persons in pain: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1323-1331. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.04.013
- Fukuda, R., Shimizu, Y., & Seto, N. (2015). Issues experienced while administering care to patients with dementia in acute care hospitals: a study based on focus group interviews. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 10, 25828. doi:10.3402/qhw.v10.25828

- Gladman, J., Harwood, R., Conroy, S., Logan, P., Elliott, R., Jones, R., . . . Frowd, N. (2015). Programme Grants for Applied Research *Medical Crises in Older People: cohort study of older people attending acute medical units, developmental work and randomised controlled trial of a specialist geriatric medical intervention for high-risk older people; cohort study of older people with mental health problems admitted to hospital, developmental work and randomised controlled trial of a specialist medical and mental health unit for general hospital patients with delirium and dementia; and cohort study of residents of care homes and interview study of health-care provision to residents of care homes*. Southampton (UK): NIHR Journals Library
- Goldberg, S. E., Bradshaw, L. E., Kearney, F. C., Russell, C., Whittamore, K. H., Foster, P. E., . . . Harwood, R. H. (2013). Care in specialist medical and mental health unit compared with standard care for older people with cognitive impairment admitted to general hospital: Randomised controlled trial (NIHR TEAM trial). *BMJ: British Medical Journal Vol 347 Jul 2013, ArtID f4132, 347*.
- Greenwood, N., Holley, J., Ellmers, T., Mein, G., & Cloud, G. (2016). Qualitative focus group study investigating experiences of accessing and engaging with social care services: perspectives of carers from diverse ethnic groups caring for stroke survivors. *Bmj Open, 6*(1). doi:10.1136/bmjopen-2015-009498
- Griffin, J., Oyebode, J. R., & Allen, J. (2015). Living with a diagnosis of behavioural-variant frontotemporal dementia: The person's experience. *Dementia (London)*. doi:10.1177/1471301214568164
- Griffiths, J., & Bunrayong, W. (2016). Problems and needs in helping older people with dementia with daily activities: Perspectives of Thai caregivers. *British Journal of Occupational Therapy, 79*(2), 78-84. doi:10.1177/0308022615604646
- Griffiths, P., Bridges, J., Sheldon, H., & Thompson, R. (2015). The role of the dementia specialist nurse in acute care: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing, 24*(9-10), 1394-1405.
- Guerra-Silla, M. G., Gutiérrez-Robledo, L. M., Villalpando-Berumen, J. M., Pérez-Zepeda, M. U., Montaña-Álvarez, M., Reyes-Guerrero, J., & Rosas-Carrasco, Ó. (2011). Psychometric evaluation of a Spanish Language Version of the Screen for Caregiver Burden (SCB) in caregivers of patients with mixed, vascular and Alzheimer's dementia. *Journal of Clinical Nursing, 20*(23/24), 3443-3451. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03658.x



- Guerrero, J. M., Martinez-Tomas, R., Rincon, M., & Peraita, H. (2016). Diagnosis of Cognitive Impairment Compatible with Early Diagnosis of Alzheimer's Disease. *Methods of Information in Medicine*, 55(1), 42-49. doi:10.3414/me14-01-0071
- Halman, M., Chan Carusone, S., Stranks, S., Schaefer-McDaniel, N., & Stewart, A. (2014). Complex care needs of patients with late-stage HIV disease: A retrospective study. *AIDS Care*, 26(3), 320-325. doi:10.1080/09540121.2013.819404
- Harrel, K. M., Wilkins, S. S., Connor, M. K., & Chodosh, J. (2014). Telemedicine and the Evaluation of Cognitive Impairment: The Additive Value of Neuropsychological Assessment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(8), 600-606. doi:10.1016/j.jamda.2014.04.015
- Harrison, J. K., Fearon, P., Noel-Storr, A. H., McShane, R., Stott, D. J., Quinn, T. J., . . . Quinn, T. J. (2015). Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) for the diagnosis of dementia within a secondary care setting. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), N.PAG-N.PAG. doi:10.1002/14651858.CD010772.pub2
- Hayden, D. J., & Glenn, L. (2011). Autonomy of certified nurse assistants and nursing guidelines: A comment on Verkaik (2011). *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 781.
- Helvik, A.-S., Engedal, K., Skancke, R. H., & Selbaek, G. (2011). A psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale for the medically hospitalized elderly. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(5), 338-344.
- Hofmann, H., Schorro, E., Haastert, B., & Meyer, G. (2015). Use of physical restraints in nursing homes: a multicentre cross-sectional study. *Bmc Geriatrics*, 15. doi:10.1186/s12877-015-0125-x
- Hopcroft, L., Bester, L., Clement, D., Quigley, A., Sachdeva, M., Rourke, S. B., & Nixon, S. A. (2013). "My body's a 50 year-old but my brain is definitely an 85 year-old": exploring the experiences of men ageing with HIV-associated neurocognitive challenges. *J Int AIDS Soc*, 16, 18506. doi:10.7448/ias.16.1.18506
- Horner, B., Watson, N., Hill, A. M., & Etherton-Beer, C. (2013). Description, and pilot evaluation, of novel staff education to improve care of confused older inpatients. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 31(2), 5-12.

- Horttana, B. M., Fahlstrom, G., & Ahlstrom, G. (2011). Experiences of relocation in dementia care from the perspective of six care workers. *Int J Older People Nurs*, 6(2), 93-101. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00246.x
- Huddleston, J. M., Gullerud, R. E., Smither, F., Huddleston, P. M., Larson, D. R., Phy, M. P., . . . Roger, V. L. (2012). Myocardial Infarction After Hip Fracture Repair: A Population-Based Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(11), 2020-2026. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04205.x
- Hutchinson, K., Roberts, C., Daly, M., Bulsara, C., & Kurrle, S. (2016). Empowerment of young people who have a parent living with dementia: a social model perspective. *Int Psychogeriatr*, 28(4), 657-668. doi:10.1017/s1041610215001714
- Ijkema, R., Langelaan, M., Steeg, L., & Wagner, C. (2014). Do Patient Characteristics Influence Nursing Adherence to a Guideline for Preventing Delirium? *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 147-156. doi:10.1111/jnu.12067
- Innes, A., Kelly, F., Scerri, C., & Abela, S. (2016). Living with dementia in hospital wards: A comparative study of staff perceptions of practice and observed patient experience. *International Journal of Older People Nursing*, 11(2), 94-106.
- Jamieson, M., Grealish, L., Brown, J. A., & Draper, B. (2014). Carers: The navigators of the maze of care for people with dementia-A qualitative study. *Dementia (London)*. doi:10.1177/1471301214554930
- Johannessen, A., Bruvik, F. K., & Hauge, S. (2015). Family carers' experiences of attending a multicomponent psychosocial intervention program for carers and persons with dementia. *J Multidiscip Healthc*, 8, 91-99. doi:10.2147/jmdh.s76093
- Johannessen, A., Engedal, K., & Thorsen, K. (2016). Coping efforts and resilience among adult children who grew up with a parent with young-onset dementia: a qualitative follow-up study. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 11, 30535. doi:10.3402/qhw.v11.30535
- Johannessen, A., Moller, A., Haugen, P. K., & Biong, S. (2014). A shifting sense of being: a secondary analysis and comparison of two qualitative studies on young-onset dementia. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 9, 24756. doi:10.3402/qhw.v9.24756
- Johannessen, A., Povlsen, L., Bruvik, F., & Ulstein, I. (2014). Implementation of a multicomponent psychosocial programme for persons with dementia and their families in Norwegian municipalities: experiences from the perspective of

- healthcare professionals who performed the intervention. *Scand J Caring Sci*, 28(4), 749-756. doi:10.1111/scs.12107
- Johnson, M., Attree, M., Jones, I., Al Gamal, E., & Garbutt, D. (2014). Diagnosis, prognosis and awareness of dying in nursing homes: towards the Gold Standard? *Int J Older People Nurs*, 9(2), 95-105. doi:10.1111/opn.12024
- Kendall, M., Carduff, E., Lloyd, A., Kimbell, B., Cavers, D., Buckingham, S., . . . Murray, S. A. (2015). Different Experiences and Goals in Different Advanced Diseases: Comparing Serial Interviews With Patients With Cancer, Organ Failure, or Frailty and Their Family and Professional Carers. *J Pain Symptom Manage*, 50(2), 216-224. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.02.017
- Kinnunen-Luovi, K., Saarnio, R., & Isola, A. (2014). Safety incidents involving confused and forgetful older patients in a specialised care setting - analysis of the safety incidents reported to the HaiPro reporting system. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2442-2450. doi:10.1111/jocn.12364
- Koppitz, A., Bosshard, G., Kipfer, S., & Imhof, L. (2016). Decision-making in caring for people with dementia at the end of life in nursing homes. *Int J Palliat Nurs*, 22(2), 68-75. doi:10.12968/ijpn.2016.22.2.68
- Krohne, K., Slettebo, A., & Bergland, A. (2011). Cognitive screening tests as experienced by older hospitalised patients: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 679-687. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00878.x
- Krumm, N., Larkin, P., Connolly, M., Rode, P., & Elsner, F. (2014). Improving dementia care in nursing homes: experiences with a palliative care symptom-assessment tool (MIDOS). *Int J Palliat Nurs*, 20(4), 187-192. doi:10.12968/ijpn.2014.20.4.187
- Krupic, F., Eisler, T., Skoldenberg, O., & Fatahi, N. (2016). Experience of anaesthesia nurses of perioperative communication in hip fracture patients with dementia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(1), 99-107. doi:10.1111/scs.12226
- Kupeli, N., Leavey, G., Moore, K., Harrington, J., Lord, K., King, M., . . . Jones, L. (2016). Context, mechanisms and outcomes in end of life care for people with advanced dementia. *BMC Palliat Care*, 15, 31. doi:10.1186/s12904-016-0103-x
- Lauritzen, J., Pedersen, P. U., Sorensen, E. E., & Bjerrum, M. B. (2015). The meaningfulness of participating in support groups for informal caregivers of older adults with dementia: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*, 13(6), 373-433. doi:10.11124/jbisrir-2015-2121

- Lichtner, V., Dowding, D., & Closs, S. J. (2015). The relative meaning of absolute numbers: the case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patients with dementia. *Bmc Medical Informatics and Decision Making*, 15. doi:10.1186/s12911-015-0233-8
- Livingston, G., Lewis-Holmes, E., Pitfield, C., Manela, M., Chan, D., Constant, E., . . . Morris, J. (2013). Improving the end-of-life for people with dementia living in a care home: An intervention study. *International Psychogeriatrics*, 25(11), 1849-1858.
- Lubomski, M., Rushworth, R., & Tisch, S. (2015). Hospitalisation and comorbidities in Parkinson's disease: A large Australian retrospective study. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 86(3), 324-330.
- Lukas, A., Niederecker, T., Gunther, I., Mayer, B., & Nikolaus, T. (2013). Self- and proxy report for the assessment of pain in patients with and without cognitive impairment: Experiences gained in a geriatric hospital. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie*, 46(3), 214-221.
- Luxford, K., Axam, A., Hasnip, F., Dobrohotoff, J., Strudwick, M., Reeve, R., . . . Viney, R. (2015). Improving clinician-carer communication for safer hospital care: A study of the 'TOP 5' strategy in patients with dementia. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(3), 175-182.
- Malthouse, R., & Fox, F. (2014). Exploring experiences of physical activity among people with Alzheimer's disease and their spouse carers: a qualitative study. *Physiotherapy*, 100(2), 169-175. doi:10.1016/j.physio.2013.10.002
- Mand, C. M., Gillam, L., Duncan, R. E., & Delatycki, M. B. (2015). "I'm scared of being like mum": The Experience of Adolescents Living in Families with Huntington Disease. *J Huntingtons Dis*, 4(3), 209-217. doi:10.3233/jhd-150148
- Mann, E., Goff, S. L., Colon-Cartagena, W., Bellantonio, S., & Rothberg, M. B. (2013). Do-not-hospitalize orders for individuals with advanced dementia: healthcare proxies' perspectives. *J Am Geriatr Soc*, 61(9), 1568-1573. doi:10.1111/jgs.12406
- Martinsen, B., & Norlyk, A. (2012). Caregivers' lived experience of assisted feeding. *Journal of Clinical Nursing*, 21(19-20), 2966-2974. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04302.x

- Mayne, D. J. F., Allan, L., Reynish, E., MacLulich, A. M. J., & Vardy, E. R. L. C. (2014). Experience and opinions on post-graduate dementia training in the UK: a survey of selected consultant geriatricians. *Age & Ageing*, *43*(2), 263-266.
- McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, *18*(6), 706-716. doi:10.1080/13607863.2013.875124
- McDonnell, E., & Ryan, A. A. (2014). The experience of sons caring for a parent with dementia. *Dementia (London)*, *13*(6), 788-802. doi:10.1177/1471301213485374
- McKechnie, V., Barker, C., & Stott, J. (2014). The Effectiveness of an Internet Support Forum for Carers of People With Dementia: A Pre-Post Cohort Study. *Journal of Medical Internet Research*, *16*(2). doi:10.2196/jmir.3166
- McPherson, S., Hiskey, S., & Alderson, Z. (2016). Distress in working on dementia wards - A threat to compassionate care: A grounded theory study. *Int J Nurs Stud*, *53*, 95-104. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.08.013
- Meyer, C., Hill, S., Dow, B., Synnot, A., & Hill, K. (2015). Translating Falls Prevention Knowledge to Community-Dwelling Older PLWD: A Mixed-Method Systematic Review. *Gerontologist*, *55*(4), 560-574. doi:10.1093/geront/gnt127
- Miyata, K., Yoshimura, S., & Hayashi, Y. (2015). Facilitating patients with disorders of consciousness to sit without trunk support: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, *24*(17/18), 2498-2504. doi:10.1111/jocn.12834
- Moebis, I., Gee, S., Miyahara, M., Paton, H., & Croucher, M. (2015). Perceptions of a cognitive rehabilitation group by older people living with cognitive impairment and their caregivers: A qualitative interview study. *Dementia (London)*. doi:10.1177/1471301215609738
- Moore, K., Ozanne, E., Ames, D., & Dow, B. (2013). How do family carers respond to behavioral and psychological symptoms of dementia? *Int Psychogeriatr*, *25*(5), 743-753. doi:10.1017/s1041610213000070
- Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., Morghen, S., Guerini, F., Santi, R., . . . Bellelli, G. (2015). Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of informal caregivers and health care staff experience. *J Psychosom Res*, *79*(4), 272-280. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.06.012
- Nikmat, A. W., Hawthorne, G., & Al-Mashoor, S. H. (2015). The comparison of quality of life among people with mild dementia in nursing home and home care-a

- preliminary report. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*, 14(1), 114-125.
- Odbehr, L., Kvigne, K., Hauge, S., & Danbolt, L. J. (2014). Nurses' and care workers' experiences of spiritual needs in residents with dementia in nursing homes: a qualitative study. *BMC Nurs*, 13, 12. doi:10.1186/1472-6955-13-12
- Odbehr, L. S., Hauge, S., Danbolt, L. J., & Kvigne, K. (2015). Residents' and caregivers' views on spiritual care and their understanding of spiritual needs in persons with dementia: A meta-synthesis. *Dementia (London)*. doi:10.1177/1471301215625013
- Odbehr, L. S., Kvigne, K., Hauge, S., & Danbolt, L. J. (2015). Spiritual care to persons with dementia in nursing homes; a qualitative study of nurses and care workers experiences. *BMC Nurs*, 14, 70. doi:10.1186/s12912-015-0122-6
- Omiya, T., Yamazaki, Y., Shimada, M., Ikeda, K., Ishiuchi-Ishitani, S., Tsuno, Y. S., & Ohira, K. (2014). Mental health of patients with human immunodeficiency virus in Japan: a comparative analysis of employed and unemployed patients. *AIDS Care*, 26(11), 1370-1378. doi:10.1080/09540121.2014.913765
- Orgeta, V., Leung, P., Yates, L., Kang, S., Hoare, Z., Henderson, C., . . . Orrell, M. (2015). Individual cognitive stimulation therapy for dementia: a clinical effectiveness and cost-effectiveness pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *Health Technology Assessment*, 19(64), 1-+. doi:10.3310/hta19640
- Ostaszkiwicz, J., Lakhan, P., O'Connell, B., & Hawkins, M. (2015). Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Nursing Review*, 62(4), 506-516. doi:10.1111/inr.12180
- Perrels, A. J., Fleming, J., Zhao, J., Barclay, S., Farquhar, M., Buiting, H. M., & Brayne, C. (2014). Place of death and end-of-life transitions experienced by very old people with differing cognitive status: Retrospective analysis of a prospective population-based cohort aged 85 and over. *Palliative Medicine*, 28(3), 220-233.
- Pesonen, H. M., Remes, A. M., & Isola, A. (2013). Diagnosis of dementia as a turning point among Finnish families: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 15(4), 489-496. doi:10.1111/nhs.12059
- Porock, D., Clissett, P., Harwood, R. H., & Gladman, J. R. (2015). Disruption, control and coping: responses of and to the person with dementia in hospital. *Ageing Soc*, 35(1), 37-63. doi:10.1017/s0144686x13000561

- Pozzebon, M., Douglas, J., & Ames, D. (2016). Spouses' experience of living with a partner diagnosed with a dementia: a synthesis of the qualitative research. *Int Psychogeriatr*, 28(4), 537-556. doi:10.1017/s1041610215002239
- Rathier, L. A., Davis, J. D., Papandonatos, G. D., Grover, C., & Tremont, G. (2015). Religious Coping in Caregivers of Family Members With Dementia. *J Appl Gerontol*, 34(8), 977-1000. doi:10.1177/0733464813510602
- Roach, P., Drummond, N., & Keady, J. (2016). 'Nobody would say that it is Alzheimer's or dementia at this age': Family adjustment following a diagnosis of early-onset dementia. *Journal of Aging Studies*, 36, 26-32. doi:10.1016/j.jaging.2015.12.001
- Robinson, L., Dickinson, C., Bamford, C., Clark, A., Hughes, J., & Exley, C. (2013). A qualitative study: Professionals' experiences of advance care planning in dementia and palliative care, 'a good idea in theory but ...'. *Palliative Medicine*, 27(5), 401-408. doi:10.1177/0269216312465651
- Rocheftort, C. M., Ward, L., Ritchie, J. A., Girard, N., & Tamblyn, R. M. (2012). Patient and nurse staffing characteristics associated with high sitter use costs. *Journal of Advanced Nursing*, 68(8), 1758-1767. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05864.x
- Rosvik, J., Kirkevold, M., Engedal, K., Brooker, D., & Kirkevold, O. (2011). A model for using the VIPS framework for person-centred care for persons with dementia in nursing homes: a qualitative evaluative study. *Int J Older People Nurs*, 6(3), 227-236. doi:10.1111/j.1748-3743.2011.00290.x
- Rothing, M., Malterud, K., & Frich, J. C. (2015). Family caregivers' views on coordination of care in Huntington's disease: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 803-809. doi:10.1111/scs.12212
- Ryan, T., Gardiner, C., Bellamy, G., Gott, M., & Ingleton, C. (2012). Barriers and facilitators to the receipt of palliative care for people with dementia: The views of medical and nursing staff. *Palliative Medicine*, 26(7), 879-886. doi:10.1177/0269216311423443
- Sala, I., Marquie, M., Sanchez-Saudinos, B., Sanchez-Valle, R., Alcolea, D., Gomez-Anson, B., . . . Lleo, A. (2012). Rapidly progressive dementia: Experience in a tertiary care medical center. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 26(3), 267-271.
- Shankar, K. N., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., & Naylor, M. D. (2014). Burden in caregivers of cognitively impaired elderly adults at time of hospitalization: A

- cross-sectional analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 276-284.
- Shaughnessy, L. (2013). Introducing delirium screening in a cardiothoracic critical care unit. *Nursing in Critical Care*, 18(1), 8-13.
- Soderlund, M., Cronqvist, A., Norberg, A., Ternestedt, B. M., & Hansebo, G. (2016). Conversations between persons with dementia disease living in nursing homes and nurses--qualitative evaluation of an intervention with the validation method. *Scand J Caring Sci*, 30(1), 37-47. doi:10.1111/scs.12219
- Sommerbakk, R., Haugen, D. F., Tjora, A., Kaasa, S., & Hjermstad, M. J. (2016). Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care - results from a qualitative interview study in Norway. *Bmc Palliative Care*, 15. doi:10.1186/s12904-016-0132-5
- Speroni, K. G., Fitch, T., Dawson, E., Dugan, L., & Atherton, M. (2014). Incidence and Cost of Nurse Workplace Violence Perpetrated by Hospital Patients or Patient Visitors. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 40(3), 218-228. doi:10.1016/j.jen.2013.05.014
- Steis, M. R., Shaughnessy, M., & Gordon, S. M. (2012). Delirium: A very common problem you may not recognize. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(7), 17-20.
- Stensletten, K., Bruvik, F., Espehaug, B., & Drageset, J. (2014). Burden of care, social support, and sense of coherence in elderly caregivers living with individuals with symptoms of dementia. *Dementia (London)*. doi:10.1177/1471301214563319
- Sugiyama, H., Kazui, H., Shigenobu, K., Masaki, Y., Hatta, N., Yamamoto, D., . . . Takeda, M. (2013). Predictors of prolonged hospital stay for the treatment of severe neuropsychiatric symptoms in patients with dementia: A cohort study in multiple hospitals. *International Psychogeriatrics*, 25(8), 1365-1373.
- Surr, C., Smith, S., Crossland, J., & Robins, J. (2016). Impact of a person-centred dementia care training programme on hospital staff attitudes, role efficacy and perceptions of caring for people with dementia: A repeated measures study. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 144-151.
- Tadd, W., Hillman, A., Calnan, S., Calnan, M., Bayer, T., & Read, S. (2011). Right place -- wrong person: dignity in the acute care of older people. *Quality in Ageing & Older Adults*, 12(1), 33-43. doi:10.5042/qiaoa.2011.0143



- Taameeyapradit, U., Udomittipong, D., & Assanangkornchai, S. (2014). Development of a burden scale for caregivers of dementia patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 22-25.
- Tranvag, O., Petersen, K. A., & Naden, D. (2015). Relational interactions preserving dignity experience: Perceptions of persons living with dementia. *Nursing Ethics*, 22(5), 577-593. doi:10.1177/0969733014549882
- Turner, A., Eccles, F. J., Elvish, R., Simpson, J., & Keady, J. (2015). The experience of caring for patients with dementia within a general hospital setting: a meta-synthesis of the qualitative literature. *Aging Ment Health*, 1-11. doi:10.1080/13607863.2015.1109057
- Ullrich, S., McCutcheon, H., & Parker, B. (2014). Nursing practice in nutritional care: a comparison between a residential aged care setting and a hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 70(8), 1845-1855. doi:10.1111/jan.12345
- van Buul, L. W., van der Steen, J. T., Doncker, S., Achterberg, W. P., Schellevis, F. G., Veenhuizen, R. B., & Hertogh, C. (2014). Factors influencing antibiotic prescribing in long-term care facilities: a qualitative in-depth study. *Bmc Geriatrics*, 14. doi:10.1186/1471-2318-14-136
- Vandrevala, T., Samsi, K., Rose, C., Adenrele, C., Barnes, C., & Manthorpe, J. (2016). Perceived needs for support among care home staff providing end of life care for people with dementia: a qualitative study. *Int J Geriatr Psychiatry*. doi:10.1002/gps.4451
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., . . . Carmichael, P.-H. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study. *BMC Nursing*, 14(1), 1-13. doi:10.1186/s12912-015-0070-1
- Wang, C. J., Pai, M. C., Hsiao, H. S., & Wang, J. J. (2015). The investigation and comparison of the underlying needs of common disruptive behaviours in patients with Alzheimer's disease. *Scand J Caring Sci*, 29(4), 769-775. doi:10.1111/scs.12208
- Wang, C. L., Shyu, Y. L., Wang, J. Y., & Lu, C. H. (2015). Progressive compensatory symbiosis: spouse caregiver experiences of caring for persons with dementia in Taiwan. *Aging Ment Health*, 1-12. doi:10.1080/13607863.2015.1081148
- Wang, Y., Xiao, L. D., & He, G.-P. (2015). A comprehensive approach to psychometric assessment of instruments used in dementia educational interventions for health

- professionals: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), 568-577.
- Watermeyer, T. J., Hindle, J. V., Roberts, J., Lawrence, C. L., Martyr, A., Lloyd-Williams, H., . . . Clare, L. (2016). Goal Setting for Cognitive Rehabilitation in Mild to Moderate Parkinson's Disease Dementia and Dementia with Lewy Bodies. *Parkinsons Dis*, 2016, 8285041. doi:10.1155/2016/8285041
- Wenborn, J., Hynes, S., Moniz-Cook, E., Mountain, G., Poland, F., King, M., . . . Orrell, M. (2016). Community occupational therapy for people with dementia and family carers (COTiD-UK) versus treatment as usual (Valuing Active Life in Dementia [VALID] programme): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 17, 65. doi:10.1186/s13063-015-1150-y
- Wierman, H. R., Wadland, W. R., Walters, M., Kuhn, C., & Farrington, S. (2011). Nonpharmacological management of agitation in hospitalized patients with late-stage dementia: a pilot study. *Journal of Gerontological Nursing*, 37(2), 44-48. doi:10.3928/00989134-20100930-04
- Wilkinson, I., Coates, A., Merrick, S., & Lee, C. (2016). Junior doctor dementia champions in a district general hospital (innovative practice). *Dementia-International Journal of Social Research and Practice*, 15(2), 263-272. doi:10.1177/1471301215584083
- Yi-Chen, C., Chien-Ying, H., Kolanowski, A. M., Hsiu-Li, H., Yeaing, S., Shu-Hwa, L., . . . Wen-Chuin, H. (2013). The effects of participation in leisure activities on neuropsychiatric symptoms of persons with cognitive impairment: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1314-1325. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.002
- Zanartu, C., & Matti-Orozco, B. (2015). Use of prognostic tools in the hospital, assessment of factors behind their use or lack thereof through a physician-oriented survey. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 32(1), 61-67.

## 12.3 Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit,

- dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Anwendung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel verfasst habe;
- dass ich sämtliche Quellen, wörtlich oder sinngemäss übernommene Texte, Grafiken und/oder Gedanken als solche kenntlich gemacht und sie gemäss dem „Leitfaden für schriftliche Arbeiten im Fachbereich Gesundheit“ zitiert habe;
- dass ich diese Arbeit oder Teile davon nicht bereits in gleicher oder ähnlicher Form an einer anderen Bildungsinstitution eingereicht habe;
- dass mir bekannt ist, dass ein Plagiat ein schweres akademisches Fehlverhalten darstellt und entsprechend sanktioniert wird;
- dass mir die Richtlinie über den Umgang mit Plagiaten der Berner Fachhochschule bekannt ist.

Titel der Arbeit            Verloren im System. Das Erleben des Spitalaufenthalts bei Menschen mit Demenz und deren Angehörigen

Name, Vorname            Tran, Quan

Matrikelnummer            14-256-226

Ort, Datum                    Dübendorf, 22. August 2016

Unterschrift                .....