

Bachelorarbeit

Pflegerische Herausforderungen bei der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme

eingereicht von

Lisa Lautner

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Univ.-Ass.ⁱⁿ Eglseer Doris, BBSc. MSc.

Graz, am 19.03.2019

Eidesstattliche Erklärung

„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 19.03.2019

Lautner Lisa, e.h.

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	V
TABELLENVERZEICHNIS.....	V
ZUSAMMENFASSUNG.....	VI
ABSTRACT.....	VII
1. EINLEITUNG.....	1
1.1. Geriatrie und geriatrische Patientinnen und Patienten.....	2
1.2. Physiologische Veränderungen im Alter.....	3
1.3. Typische Beschwerdebilder im Alter.....	5
1.4. Geriatrische Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme.....	7
1.4.1. Notfallpflege.....	7
1.4.2. Ersteinschätzung.....	8
1.5. Relevanz für die Pflege.....	9
1.6. Ziel und Forschungsfrage.....	10
2. METHODE.....	11
2.1. Design.....	11
2.2. Suchstrategie.....	11
2.3. Limitationen und Einschlusskriterien.....	12
2.4. Qualität und Auswahl der Studien.....	12
2.5. Kritische Bewertung der Studien.....	14
3. ERGEBNISSE.....	15
3.1. Charakteristika der identifizierten Studien.....	15
3.2. Pflegerische Herausforderungen.....	19
3.2.1. Zeit- und Personalmangel.....	19
3.2.2. Umgebungsfaktoren der Notaufnahme.....	21
3.2.3. Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten.....	22
3.2.4. Demente Patientinnen und Patienten.....	23
3.2.5. Herausfordernde Kommunikation.....	24
3.2.6. Emotionale Belastung für das Pflegepersonal.....	25
3.2.7. Mangelnde Ausbildung.....	26
3.2.8. Strukturelle Probleme im Langzeitpflegebereich.....	26
4. DISKUSSION.....	28
4.1. Methodik der identifizierten Studien.....	28
4.2. Diskussion der Ergebnisse.....	29
4.3. Stärken und Schwächen der Arbeit.....	34
4.4. Empfehlungen für die Pflegepraxis.....	35
4.5. Empfehlungen für weitere Forschung.....	36

5.	SCHLUSSFOLGERUNG.....	37
6.	LITERATURVERZEICHNIS	38
7.	ANHANG.....	41
	Bewertung der Studien	41

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Anzahl der über 65-Jährigen und über 80-jährigen Österreicherinnen und Österreicher 2018 - 2100 angelehnt an (Statistik Austria 2018).	1
Abbildung 2: Flussdiagramm zum Ablauf der Literaturrecherche (Moher et al. 2009)	13

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Notaufnahmescreening „Identification of Seniors at Risk“ (ISAR) angelehnt an (Warburton et al. 2004).	9
Tabelle 2: Verwendete Suchstrategien in Pubmed und CINAHL	11
Tabelle 3: Charakteristika der identifizierten Studien.....	16

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Die demographische Situation zeigt, dass die Anzahl der über 65-Jährigen in Österreich stark ansteigen wird. Die Lebenserwartung nimmt zu und dadurch steigt auch die Frequenz der Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen. Die Wahrscheinlichkeit, dass sich der Zustand der Patientinnen und Patienten nach einem Besuch in der Notaufnahme verschlechtert, ist sehr hoch. Um die Behandlung und Pflege dieser Patientengruppe zu verbessern, ist es wichtig sich mit den pflegerischen Herausforderungen auseinanderzusetzen.

Ziel: Das Ziel der Arbeit ist es, die pflegerischen Herausforderungen in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme aufzuzeigen.

Methode: Anhand ausgewählter Schlüsselwörter wurde ein Literaturreview in Google Scholar sowie in den medizinischen Datenbanken Pubmed und CINAHL durchgeführt. Acht Studien wurden den Ein- und Ausschlusskriterien gerecht und erfüllten die Qualitätskriterien des standardisierten Bewertungsbogens nach Hawker. Somit wurden sie in diese Arbeit inkludiert und in den Ergebnisteil aufgenommen.

Ergebnisse: Die Betreuung geriatrischer Patientinnen und Patienten weist aufgrund von Zeit- und Personalmangel sowie den Umgebungsfaktoren in der Notaufnahme eine Belastung für das Pflegepersonal auf. Typische Charakteristika, Patientinnen und Patienten mit Demenz, erschwerte Kommunikation mit älteren Menschen und die mangelhafte Ausbildung führen zu Herausforderungen für die Pflege. Auch die strukturellen Probleme im Langzeitpflegebereich führen zu Erschwernissen in der Versorgung. Daraus folgt eine emotionale Belastung für das Pflegepersonal und Risiken für die Patientinnen und Patienten.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse zeigen, dass die pflegerische Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme einige Herausforderungen mit sich bringt. In der Zukunft ist es notwendig, die strukturellen Bedingungen in Notaufnahmen und Pflegeheimen zu verbessern und Schulungen für das Pflegepersonal anzubieten. Die zukünftige Forschung sollte darauf abzielen, Herausforderungen im quantitativen Ansatz und im Setting der Notaufnahme zu untersuchen, da es dazu bisher nur wenig vorhandene Literatur gibt.

Schlüsselwörter: older, challenges, problems, issues, difficulties, barriers, nurs*

ABSTRACT

Background: The demographic situation shows that the number of over 65-year-old persons in Austria will rise sharply. Life expectancy is increasing and as a result, the frequency of patients in emergency departments is also rising. The probability that the condition of patients worsens after a visit to the emergency room is very high. In order to improve the treatment and care of this patient group, it is important to deal with the nursing challenges.

Objective: This work aims to identify nursing challenges in the care of geriatric patients in the emergency department.

Method: Based on selected keywords, a literature review on Google Scholar as well as in medical databases PubMed and CINAHL was performed. Eight studies met the inclusion and exclusion criteria and fulfilled the quality criteria of the standardized application form according to Hawker and were included in this work and in the result part.

Results: Caring for geriatric patients is a burden on nursing staff due to lack of time, staff and environmental factors in the emergency room. Typical characteristics of older patients, patients with dementia, difficult communication with older patients and the lack of education for care may cause a challenge of nursing care. The structural problems in the long-term care area also lead to difficulties in the care. This is followed by an emotional burden on the nursing staff and risks for the patients.

Conclusion: The results show that nursing care for geriatric patients in the emergency room brings some difficulties with it. In the future it is necessary to improve the structural conditions in emergency rooms and nursing homes and to provide training for nursing staff. Future research should aim to examine challenges in the quantitative approach and setting of the emergency department, because there is a lack of literature so far.

Keywords: older, challenges, problems, issues, difficulties, barriers, nurs*

1. EINLEITUNG

Die aktuellen Prognosen zeigen eine Steigerung der Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung. Nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die Alterspyramide hat sich im Laufe der Jahre verändert. Personen über 65 Jahre stellen den größten Teil der Bevölkerung in Österreich dar. Laut aktueller Prognosen kann man davon ausgehen, dass die Anzahl der über 65-Jährigen und über 80-Jährigen Österreicherinnen und Österreicher stark wachsen wird. Im Gegensatz zum Bevölkerungsstand der über 65-Jährigen im Jahr 2018, der bei 1.658.711 (19%) liegt, wird dieser bis ins Jahr 2100 auf 2.966.069 (29%) steigen. Bei den über 80-Jährigen wird die Bevölkerungsanzahl vom Jahr 2018 mit 439.033 (5%) bis ins Jahr 2100 auf 1.317.237 (13%) ansteigen (Statistik Austria 2018).

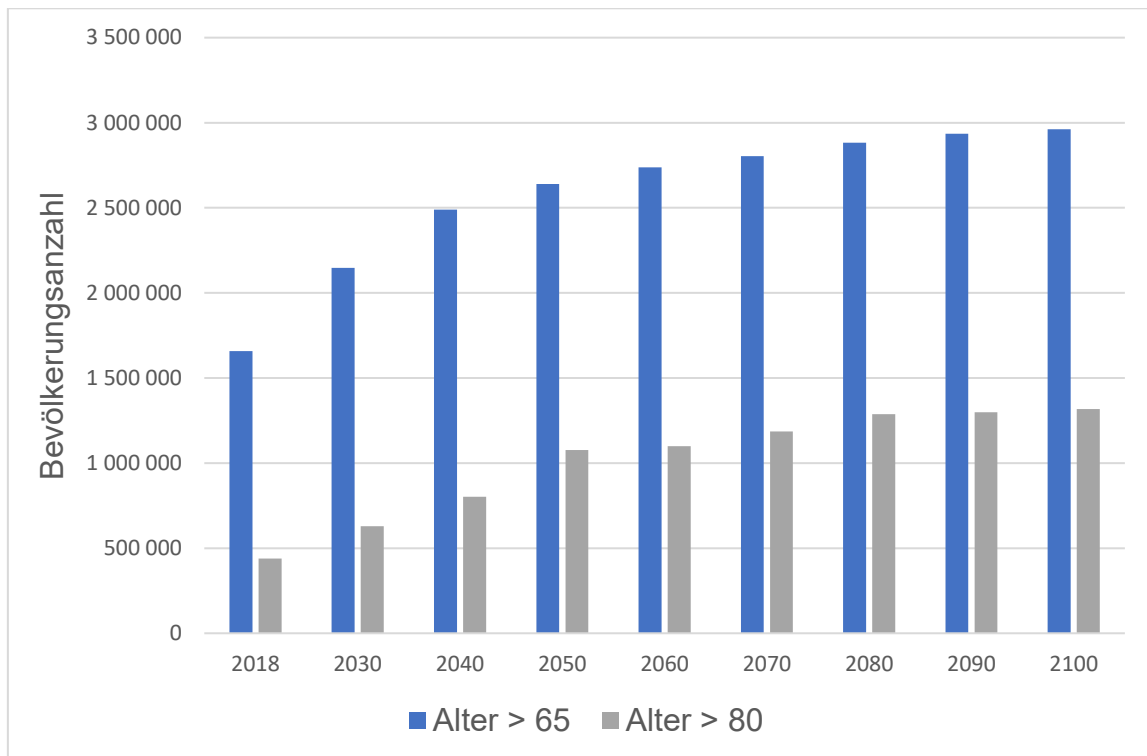


Abbildung 1: Anzahl der über 65-Jährigen und über 80-jährigen Österreicherinnen und Österreicher 2018 - 2100 angelehnt an (Statistik Austria 2018).

Notaufnahmen in Krankenhäusern sind bereits jetzt mit vielen älteren Patientinnen und Patienten konfrontiert. Beispielsweise waren in der Zentralen Notaufnahme im Klinikum Klagenfurt im Jahr 2011 30% der Patientinnen und Patienten älter als 65 Jahre und 8% älter als 85 Jahre. Dadurch, dass in naher Zukunft ältere Menschen den Großteil der Bevölkerung ausmachen werden, kann man davon ausgehen,

dass die Frequenzen von Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen massiv ansteigen werden (Isak 2013).

Aufgrund der bereits genannten demographischen Situation und deren zukünftige Weiterentwicklung ist die Behandlung und Pflege älterer Menschen ein hochrelevantes Thema.

Der Unterschied zu jüngeren Patientinnen und Patienten ist, dass ältere Menschen bereits mit Erkrankungen und Defiziten, die im Laufe des Altersprozesses entstehen, vorbelastet sind. Sie haben daher nach der Entlassung aus der Notaufnahme eine hohe Wahrscheinlichkeit erneut in die Notaufnahme eingeliefert zu werden (Ellis et al. 2014).

1.1. Geriatrie und geriatrische Patientinnen und Patienten

Die Europäische Union der medizinischen Spezialisten (UEMS) definierte Geriatrie bereits im Jahr 2008 wie folgt: „Geriatrie ist die medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patientinnen und Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende“ (Geriatric Medicine 2008).

Geriatrische Patientinnen und Patienten werden entweder durch ein hohes Lebensalter (über 70 Jahre) und Multimorbidität oder durch ein sehr hohes Lebensalter (über 80 Jahre) definiert (Isak 2013). Die Patientinnen und Patienten, die das geriatrische Versorgungssystem am meisten beanspruchen, sind vorwiegend 80 Jahre oder älter (Geriatric Medicine 2008).

Unter dem oben genannten Begriff „Multimorbidität“ versteht man das Vorhandensein mehrerer, rezidivierender, akuter oder chronischer Erkrankungen und Symptome zur gleichen Zeit, unabhängig von der Grunderkrankung. Ab welcher Anzahl von Erkrankungen man von Multimorbidität spricht variiert in der Literatur, wobei es meistens ab zwei Erkrankungen definiert ist (Gfrerer et al. 2016).

Geriatrische Patientinnen und Patienten weisen außer dem Alter und der Multimorbidität weitere Merkmale auf. Neben den physiologischen Veränderungen im Alter, weisen ältere Menschen meist funktionelle, psychische und soziale Defizite auf, die sich gegenseitig bedingen oder verstärken können. Daraus resultiert oft ein zunehmender Verlust der Selbstständigkeit (Isak 2003). Außerdem stellen veränderte Symptome sowie längere Krankheitsverläufe und eine daraus resultierende verzögerte Genesung häufig ein Problem dar (Gfrerer et al. 2016).

Das Hauptaugenmerk in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten liegt auf Immobilität, Verletzungen nach einem Sturz, Inkontinenz, Demenz, Depression und Mangelernährung. In der geriatrischen Pflege ist es wichtig, ganzheitlich zu pflegen und die Selbstständigkeit sowie die Mobilität der älteren Menschen bestmöglich zu erhalten (Bundesverband Geriatrie 2019).

1.2. Physiologische Veränderungen im Alter

Mit Zunahme des Alters durchlebt jedes Organsystem physiologische Veränderungen (Alvis & Hughes 2015). In der Literatur werden Veränderungen der Niere, Leber, Atmung, Herz-Kreislauf-System, Haut, Knochen, Muskulatur, Immunsystem, Sinne und Gehirn beschrieben (Schippinger et al. 2013a). Im folgenden Abschnitt werden die einzelnen Organsysteme näher betrachtet.

Niere

Im Alter nimmt die Menge an Flüssigkeit im Körper ab und die Urinkonzentration ist herabgesetzt. Somit kommt es zu Störungen des Natriumhaushaltes und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit an einem akuten Nierenversagen zu erkranken. Ältere Personen leiden außerdem häufig an einem verminderten Durstgefühl, was in Folge dazu führen kann, dass sie zu wenig Flüssigkeit zu sich nehmen und es zur Entgleisung des Wasser- und Elektrolythaushaltes kommt (Schippinger et al. 2013a).

Leber

Altersbedingt schrumpft die Leber zwischen dem 20. und 70. Lebensjahr um bis zu 25%. Das hat zur Folge, dass ab dem 65. Lebensjahr die Leberdurchblutung um bis zu 33% abnimmt. Hinzukommend zeigt sich eine Abnahme des Lebervolumens. Dies wiederum hat Auswirkungen auf den Arzneimittelmetabolismus (Mayet 2002).

Atmung

Im Alter werden die Muskeln, die zum Atmen benötigt werden, schwächer. Die Lunge hat nicht mehr die Fähigkeit, soviel Sauerstoff aufzunehmen wie in jungen Jahren. Außerdem werden Infektionen schlechter abgewehrt, weil die Funktion der Luftfilterung herabgesetzt ist (Besdine 2018).

Herz-Kreislauf-System

Durch Gefäßwandveränderungen und altersbedingten Veränderungen des Herzes, sind ältere Menschen häufig von Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen betroffen. Ebenso kommt es dazu, dass alte Menschen eine verminderte maximale Herzfrequenz in Ruhe und weniger Reserven in körperlichen Belastungssituationen haben. Durch die oben genannten Veränderungen ist eine verzögerte Blutdruckregulation keine Seltenheit. Infolgedessen erhöht sich das Risiko für Stürze (Schippinger et al. 2013a).

Haut

Mit dem Alter wird die Haut dünner, trockener und weniger elastisch. Der natürliche Schutz- und Wärmespeicher, die Fettschicht, wird im Alter immer dünner. Somit bilden sich Falten und ältere Menschen reagieren empfindlicher auf Temperaturunterschiede (Besdine 2018).

Knochen und Muskulatur

Bereits ab dem 30. Lebensjahr nimmt die Knochenmasse ab. Dadurch werden die Knochen schwächer und sind nicht mehr so belastbar wie früher (Villa-Forte 2018).

Der Abbau der Muskel beginnt ebenso im 30. Lebensjahr. Die Muskelmasse und Muskelkraft verringern sich. Dies führt zu einer erhöhten Belastung der Gelenke wie zum Beispiel des Knies. Wesentlich hierbei ist, dass das Risiko zu stürzen damit erhöht ist (Villa-Forte 2018).

Immunsystem

Das Immunsystem, das der menschliche Körper für die Abwehr von Bakterien, Viren und Parasiten benötigt, nimmt im Laufe der Jahre ab. Es kommt zu fehlerhaften Reaktionen im Körper und diese führen zu einer erhöhten Infektionsanfälligkeit und zu Tumorerkrankungen. Durch das Absinken des Immunsystems sind geriatrische

Personen häufig mit Senkung der Lebensqualität, Auftreten von gefährlichen Erkrankungen und Sterblichkeit konfrontiert (Schippinger et al. 2013a).

Augen, Gehör, Geruchs- und Geschmacksinn

Menschen ab dem 40. – 50. Lebensjahr haben zunehmend Schwierigkeiten, Objekte zu erkennen die sich in unmittelbarer Nähe befinden. Diese Beschwerde, als „Altersweitsichtigkeit“ bekannt, ist auf eine zunehmende Steife der Augenlinse zurückzuführen. Eine weitere Beeinträchtigung im Alter ist die Schwerhörigkeit. Mit zunehmendem Alter werden hohe Töne nicht mehr gehört und damit Wörter schwieriger verstanden. Zugleich kommt es bei älteren Menschen dazu, dass der Geruchs- und Geschmackssinn nachlässt (Besdine 2018).

Gehirn

Das Gehirn verändert sich altersbedingt dadurch, dass die Anzahl der Nervenzellen abnimmt. Die Reaktionsgeschwindigkeit ist im Alter eingeschränkt und deshalb fällt es älteren Menschen schwer, Aufgaben in kurzer Zeit zu erledigen. Zu dem kann es sein, dass beispielsweise das Kurzzeitgedächtnis ab dem 70. Lebensjahr nur eingeschränkt funktioniert (Besdine 2018).

1.3. Typische Beschwerdebilder im Alter

Zu typischen Syndromen und Beschwerden im Alter gehören Schmerzen, Mangelernährung, Inkontinenz, Gebrechlichkeit, Depression oder Polypharmazie (Schippinger et al. 2013b).

Schmerzen

Chronische Schmerzen sind häufige Beschwerden, die im Alter zunehmen und zu negativen Auswirkungen der Lebensqualität der Patientinnen und Patienten führen. Schmerzen im Alter werden von den Patientinnen und Patienten oft als normal eingestuft, weil diese Beschwerden für die Betroffenen zum Alltag gehören. Eine gute Schmerzbehandlung ist unumgänglich, um die Beschwerden zu lindern. Neben der medikamentösen Therapie können Entspannungstechniken und Hilfen zur Stressbewältigung einen positiven Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität liefern (Stromer 2018).

Mangelernährung

„Fehl- und Mangelernährung bezeichnet das Ungleichgewicht zwischen Nahrungsbedarf und Nahrungszufuhr“ (Schippinger et al. 2013b). Bei Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohnern sind zirka 50% von Mangelernährung betroffen (Schippinger et al. 2013b). Ursachen einer Fehlernährung können beispielsweise ein Mangel an Appetit, unausgewogene Ernährung, Schluckstörungen, Kauprobleme, Magen-Darm-Beschwerden oder Demenz sein. Durch adäquate und individuelle Therapie kann die Komplikationsrate und die Mortalität der betroffenen Patientinnen und Patienten gesenkt werden (Drey & Kaiser 2011).

Inkontinenz

Die zwei Arten der Inkontinenz sind Harn- und Stuhlinkontinenz (Deutsche Kontinenz Gesellschaft 2018a).

Von Inkontinenz spricht man, wenn der Körper unfähig ist, den Blasen- und/oder Darminhalt selbst zu speichern und den Zeitpunkt der Entleerung zu bestimmen. Als Folge zeigt sich ein unwillkürlicher Harn- und/oder Stuhlabgang (Deutsche Kontinenz Gesellschaft 2018b).

Inkontinenz ist die häufigste Ursache für Pflegebedürftigkeit im Alter (Schippinger et al. 2013b).

Gebrechlichkeit

In der Literatur wird der Begriff „Gebrechlichkeit“ als ein Zustand beschrieben, bei dem die Betroffenen sehr entkräftet sind und ihre Mobilität sowie Leistungsfähigkeit reduziert ist. Diese Patientengruppe hat wenig ausschöpfbare Ressourcen um beispielsweise akute Geschehnisse, wie etwa eine Fraktur, zu kompensieren (Witte 2018).

Depression

Im Alter zeigen sich Depressionen eher selten durch Symptome wie zum Beispiel Traurigkeit und Antriebslosigkeit. Zu 70% äußert sich eine Depression durch körperliche Beschwerden wie etwa Verspannungen im Nacken, Herzklopfen, Schwindel oder Kopfschmerzen. Außerdem zeigt sich eine Depression häufig durch

Unruhe der Patientinnen und Patienten oder Vernachlässigung der eigenen Gesundheit (Jagsch 2013).

Polypharmazie

Geriatrische Patientinnen und Patienten ab dem 60. Lebensjahr nehmen durchschnittlich drei rezeptpflichtige Medikamente ein. Ab dem 75. Lebensjahr steigt die Anzahl der Medikamente im Schnitt auf mehr als acht Arzneimittel. Hierbei sind Medikamente, die nicht ärztlich verschrieben werden müssen, noch nicht dazu gerechnet. Die Verschreibung der großen Anzahl an Arzneimitteln ist meist auf Multimorbidität oder den physiologischen Veränderungen im Alter zurückzuführen. Dieser Cocktail an Medikamenten erhöht das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen (Friedl 2013). Demzufolge können zusätzliche gesundheitliche Risiken für geriatrische Patientinnen und Patienten entstehen (Schippinger et al. 2013b).

1.4. Geriatrische Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme

Die Hauptaufgabe in der Notaufnahme umfasst eine rasche Diagnostik und Behandlung von erkrankten und verletzten Personen. Die ältere Patientengruppe stellt hierbei, durch veränderte klinische Symptome und umfassende Vorgeschichten an Diagnosen, eine Herausforderung für das gesamte Team dar (Weissenberger-Leduc & Zmaritz 2013).

Die Notaufnahme gehört zu den komplexesten Abteilungen in einem Krankenhaus. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Notaufnahmen gehören ständige Konfrontationen mit neuen, unvorhersehbaren und lebensbedrohlichen Situationen zum Alltag (Dodt 2016). Deshalb ist es für das interprofessionelle Team in der Notaufnahme unumgänglich, die Fähigkeit zu besitzen mit Geschehnissen, die nicht voraussehbar sind, umzugehen (Dittrich et al. 2017).

1.4.1. Notfallpflege

Zu den wesentlichen Aufgaben der Pflege in der Notaufnahme zählt ein umfassendes Spektrum an fachlichem Wissen aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitsprobleme, die die Patientinnen und Patienten aufweisen. Außerdem ist eigenverantwortliches Handeln in Notfallsituationen ein wesentlicher Bestandteil, um optimale Versorgung zu gewährleisten. Für Angehörige des gehobenen

Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege ist es wichtig, Bewältigungsstrategien zu entwickeln um in Situationen, die als belastend empfunden werden, gewissenhaft zu handeln. Die pflegerischen Kernkompetenzen umfassen die Priorisierung und Einschätzung von Risiken in der Beobachtung der Patientinnen und Patienten sowie die Erhebung des Pflegebedarfs und die Durchführung der Grundpflege. In erster Linie steht strukturiertes Arbeiten im interprofessionellen Team im Fokus. Deshalb sind Maßnahmen im mitverantwortlichen Kompetenzbereich, wie beispielsweise Assistenz bei ärztlichen Tätigkeiten oder Aufgaben, die delegiert werden, durchzuführen. Neben den patientenbezogenen Aufgaben dürfen in der Erstversorgung die Angehörigen nicht vergessen werden. Sie sind eine wichtige Informationsquelle, um die Patientenanamnese durchzuführen, da sie meist die Personen sind, die mit dem Betroffenen in einem Haushalt wohnen. Um eine Versorgung nach dem Aufenthalt im Krankenhaus zu gewährleisten, müssen Patientinnen und Patienten sowie eventuell auch Angehörige über Prävention und das weitere Vorgehen nach der Entlassung informiert werden (Dittrich et al. 2017).

1.4.2. Ersteinschätzung

Der erste Behandlungsschritt in der Notaufnahme ist die Einschätzung der Patientinnen und Patienten nach Dringlichkeit der Behandlung (Krey 2016). Es gibt verschiedene Instrumente, die dafür verwendet werden.

Um ältere Patientinnen und Patienten bezüglich der bereits bestehenden Pflegeprobleme einzuschätzen, gibt es beispielsweise das Notaufnahmescreening „Identification of Seniors at Risk“ (ISAR). Der Fragebogen umfasst sechs Fragen. Die Fragen sind mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten. Diese können die Patientinnen und Patienten alleine oder mit Hilfe des Pflegepersonals ausfüllen. Die maximale Punkteanzahl beträgt sechs. Falls zwei oder mehrere Punkte erreicht werden, ist es wichtig das ein geriatrisches Assessment durchgeführt wird (Isak 2013).

Je nach Ergebnis der Ersteinschätzung wird die Reihenfolge der nächsten Behandlungen gegliedert. Ziel dieser Einschätzung ist es, gesundheitliche Folgeschäden aufgrund der Wartezeiten zu vermeiden (Krey 2016).

Tabelle 1: Notaufnahmescreening „Identification of Seniors at Risk“ (ISAR) angelehnt an (Warburton et al. 2004).

Bitte jede Frage mit Ja oder Nein beantworten		
1. Hilfsbedarf:		
Waren Sie vor der Erkrankung, die Sie in die Klinik geführt hat, regelmäßig auf Hilfe angewiesen?	Ja	1
	Nein	0
2. Akute Veränderungen des Hilfebedarfs:		
Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	Ja	1
	Nein	0
3. Hospitalisation:		
Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	Ja	1
	Nein	0
4. Sensorische Einschränkung:		
Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	Ja	1
	Nein	0
5. Kognitive Einschränkung:		
Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	Ja	1
	Nein	0
6. Multimorbidität:		
Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	Ja	1
	Nein	0
Summe:		

1.5. Relevanz für die Pflege

Die demographische Situation befindet sich in einem großen Wandel, laut der Statistik Austria (2018) wird die Anzahl der über 65-Jährigen in Österreich weiter wachsen. Diese Veränderungen führen langfristig dazu, dass sich das Gesundheitswesen mit einer Vielzahl an älteren und pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten konfrontiert sehen wird (Schippinger et al. 2013b). Aufgrund dieser steigenden Lebenserwartung kann angenommen werden, dass auch die Frequenz von Patientinnen und Patienten in den Notaufnahmen zunehmen wird (Ellis et al. 2014).

Studien zeigen, dass bei geriatrischen Patientinnen und Patienten nach einem Besuch in der Notaufnahme die Gefahr besteht, die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr verrichten zu können, die Lebensqualität sinkt oder dass sie nicht mehr nach Hause zurückkehren können (Isak 2013).

Um die Behandlung und Pflege dieser Patientengruppe zukünftig zu verbessern ist es wichtig und notwendig, sich mit den pflegerischen Herausforderungen

auseinanderzusetzen. Pflegepersonen müssen wissen, mit welchen Herausforderungen sie in Bezug auf ältere Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme konfrontiert werden könnten, damit sie auf diese adäquat reagieren können.

Im Zuge der Literatursuche konnten Studien gefunden werden, die sich mit den Herausforderungen geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme befassen. Es konnte aber kein Review identifiziert werden, das sich ausschließlich um die Herausforderungen des Pflegepersonals in diesem Setting annimmt.

1.6. Ziel und Forschungsfrage

Ziel der Arbeit ist es, die pflegerischen Herausforderungen in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme aufzuzeigen.

Die Forschungsfrage lautet daher: Welche pflegerischen Herausforderungen ergeben sich in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme?

2. METHODE

In diesem Kapitel wird das Design, der Prozess der Datensammlung sowie die Auswahl und Bewertung der Studien beschrieben.

2.1. Design

Um das Forschungsziel zu erreichen wurde ein Literaturreview (Literaturübersicht) durchgeführt. Bei einem Literaturreview handelt es sich um eine kritische Zusammenfassung über den aktuellen Stand der Forschung zu einem spezifischen Forschungsproblem (Polit & Beck 2017).

2.2. Suchstrategie

Der Prozess der Literaturrecherche fand im Zeitraum Oktober und November 2018 statt. In den Datenbanken Pubmed (Public Medicine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) wurde anhand von Schlüsselwörtern (Keywords) nach Studien gesucht. Außerdem wurde eine Handsuche auf Google Scholar durchgeführt.

Die ausgewählten Schlüsselwörter lauten: „geriatric-patients“, „older“, „challenges“, „problems“, „issues“, „difficulties“, „barriers“ und „nurs*“. Diese Schlüsselwörter wurden mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verbunden, um adäquate Ergebnisse zu erzielen. Des Weiteren wurden Mesh-Terms (Medical Subject Headings) für die Suche verwendet, um alle vorhandenen Synonyme der Begrifflichkeiten in die Suchstrategien einzuschließen.

Es wurden die Mesh Terms „Frail Elderly“, „Aged“, „Aged, 80 and over“, „Emergency Service, Hospital“, „Emergency Nursing“, „Nursing“, „Gerontologic Nursing“ und „Geriatric Nursing“ in die Suche eingebunden. Die finale Suchstrategie von Pubmed und CINAHL ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 2: Verwendete Suchstrategien in Pubmed und CINAHL

Pubmed	(((((("Frail Elderly"[Mesh]) OR "Aged"[Mesh]) OR ("Aged, 80 and over"[Mesh])) OR "geriatric-patients" OR "older")) AND (((challenges) OR problems) OR issues) OR difficulties) OR barriers)) AND (("Emergency Service, Hospital"[Mesh]) OR "Emergency
--------	---

	Nursing"[Mesh])) AND (((("Nursing"[Mesh]) OR nurs*) OR "Geriatric Nursing"[Mesh])
CINAHL	("nurs*" OR (MH "Gerontologic Nursing")) AND ((MH "Emergency Service") OR (MH "Emergency Nursing")) AND ((MH "Frail elderly") OR (MH "Aged") OR (MH "Aged, 80 and over") OR "geriatric-patients") AND ("problems" OR "difficulties" OR "challenges" OR "issues" OR "barriers")

Neben der Literatursuche auf Pubmed und CINAHL fand eine Handsuche in der Internetdatenbank Google Scholar statt. Auf diese Weise konnten einige passende Studien identifiziert werden, jedoch handelte es sich um Duplikate bereits identifizierter Studien. Schlussendlich konnte anhand der Handsuche eine weitere Studie in die kritische Bewertung mitaufgenommen werden.

2.3. Limitationen und Einschlusskriterien

Um die Ergebnisse eingrenzen zu können und um aktuelle Literatur zu verwenden wurden bei der Suche in Pubmed und CINAHL Limitationen gesetzt. Die Artikel mussten im Zeitraum von 2008 bis 2018 und in englischer Sprache veröffentlicht worden sein. Da in dieser Literaturübersicht geriatrische Patientinnen und Patienten im Fokus stehen, wurde ausschließlich die Altersgruppe 65+ eingeschlossen. Es wurden alle Studiendesigns, außer Reviews und systematische Reviews, in die Literatursuche miteinbezogen.

2.4. Qualität und Auswahl der Studien

Anhand der oben genannten Suchstrategien in den Datenbanken Pubmed und CINAHL sowie mittels Handsuche ergaben sich 251 Treffer. Der erste Schritt in der Vorauswahl war die Prüfung der Studien auf Duplikate. Daraus ergaben sich 78 Artikel, die ausgeschlossen wurden. Im zweiten Schritt erfolgte ein Titel Screening der 173 verbliebenen Studien. Durch diesen Vorgang mussten 130 Artikel ausgeschlossen werden. Anschließend wurden die 43 verbliebenen Studien nach Relevanz des Abstracts beurteilt und es wurden weitere 27 Studien ausgeschlossen. Die 16 verbleibenden Artikel wurden einem Volltext Screening unterzogen. Aufgrund von unpassenden Ergebnissen und Unstimmigkeiten zwischen

Abstract und Volltext blieben für die kritische Bewertung acht passende Studien übrig. Der Ablauf der Literaturrecherche wird in der darunter eingefügten Abbildung 1 dargestellt.

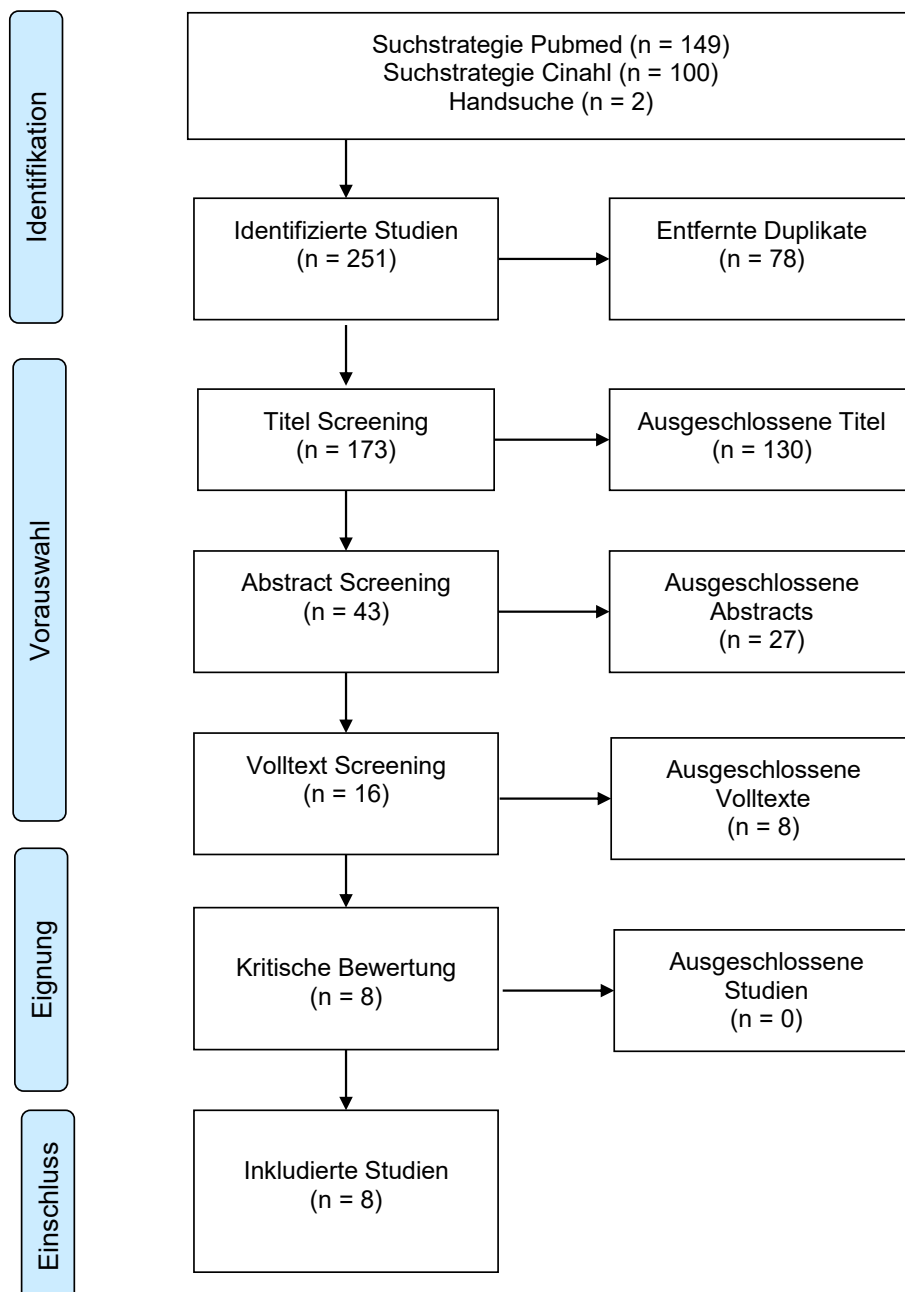


Abbildung 2: Flussdiagramm zum Ablauf der Literaturrecherche (Moher et al. 2009)

2.5. Kritische Bewertung der Studien

Um die Qualität der ausgewählten Studien kritisch zu bewerten, wurde der Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) herangezogen. Dieses Beurteilungsinstrument kann zur Bewertung von qualitativen als auch quantitativen Studien herangezogen werden. Der Beurteilungsbogen umfasst folgende neun Kategorien:

1. Abstract und Titel
2. Einleitung und Ziele
3. Methode und Datenerhebung
4. Sampling
5. Datenanalyse
6. Ethische Aspekte und Limitationen
7. Ergebnisse
8. Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit
9. Implikationen für die Forschung und Praxis

Jede Kategorie wurde mit *Good* (4 Punkte), *Fair* (3 Punkte), *Poor* (2 Punkte) oder *Very Poor* (1 Punkt) bewertet. Die Punkteanzahl wurde anschließend addiert und es konnte eine maximale Anzahl von 38 Punkten erreicht werden. Alle Studien, die prozentuell mehr als 70% der maximalen Score (mehr als 25 Punkte) erreicht haben, wurden in das Literaturreview eingeschlossen. Die Bewertungsbögen der eingeschlossenen Studien sind im Anhang zu finden.

3. ERGEBNISSE

In diesem Teil der Arbeit werden zuerst die Charakteristika und anschließend die Ergebnisse der identifizierten Studien dargestellt. Es konnten acht Studien in den Ergebnisteil miteinbezogen werden. Dabei handelt es sich um eine Mixed-Methods-Studie (Bulut et al. 2015), sechs qualitative Studien (Hunter et al. 2017; Edwards et al. 2012; Boltz et al. 2013; Rawson et al. 2017; Parke et al. 2013; Parke & Chappell 2010) und eine quantitative Studie (Morphet et al. 2014).

3.1. Charakteristika der identifizierten Studien

Von den acht ausgewählten Studien wurden drei in Kanada, zwei in den Vereinigten Staaten, zwei in Australien und eine in der Türkei durchgeführt. Der Großteil der Datenerhebungen der qualitativen Studien erfolgte durch Interviews mit dem Krankenhauspersonal.

Die wichtigsten Informationen über Autorinnen und Autoren, Jahreszahl, Land, Ziel der Forschung, Design, Setting, Stichprobe und Datenerhebung der Hauptergebnisse werden in der Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Charakteristika der identifizierten Studien

Autorinnen und Autoren, Land, Jahreszahl	Land	Ziel der Forschung	Design	Setting, Stichprobe	Datenerhebung	Ergebnisse
Bulut et al. 2015	Türkei	Ziel der Studie ist es, die Ansichten von Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften in der Notaufnahme hinsichtlich älterer Patientinnen und Patienten aufzuzeigen.	Mixed-Methods-Studie	Notaufnahme des Gazi University Health Research and Practice Center 19 Ärzte und 17 Pflegekräfte	Qualitativ: Semi-strukturierte Fragen und Fokusgruppen Interviews Quantitativ: Häufigkeit und Prozentsätze der qualitativen Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit- und Personalmangel • Umgebungsfaktoren der Notaufnahme • Emotionale Belastung für das Pflegepersonal
Hunter et al. 2017	Kanada	Ziel dieser Studie ist es, die Sicherheit und Schäden in ländlichen Notaufnahmen für ältere Menschen mit Demenz aus der Perspektive von Angehörigen der Gesundheitsberufe zu betrachten.	Qualitativ: Interpretative, deskriptive, explorative Studie	Notaufnahmen zweier ländlicher Krankenhäuser 12 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus den Bereichen: Pflege, Sozialarbeit, Beschäftigungstherapie, Physiotherapie und Medizin	Interviews anhand eines semi-strukturierten Leitfadens	Patientinnen und Patienten mit Demenz <ul style="list-style-type: none"> • Zeit- und Personalmangel • Umgebungsfaktoren der Notaufnahme • Emotionale Belastung für das Pflegepersonal
Edwards et al. 2012	Vereinigte Staaten	Das Ziel dieser Studie ist es, die Meinungen des Personals in Notaufnahmen zu	Qualitativ: Explorative Studie	253 Personen bestehend aus Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte,	Basierend auf eine Literaturübersicht wurde eine Online Umfrage über das Umfragetool	Strukturelle Probleme im Langzeitpflegebereich <ul style="list-style-type: none"> • Herausfordernde Kommunikation • Charakteristika

		wichtigen Themen in Bezug auf ältere Menschen, die im Pflegeheim wohnen, einzuholen.		Gefährtinnen und Gefährten sowie Studentinnen und Studenten der Medizin	„SurveyMonkey“ durchgeführt.	
Boltz et al. 2013	Vereinigte Staaten	Ziel der Studie ist es, die Probleme angesichts der Pflegekräfte zu beschreiben, die in Folge zur Verbesserung der Pflege älterer Menschen in der Notaufnahme führen.	Qualitativ: Explorative Studie	527 Pflegekräfte	Die Stichprobengröße und bereits bestehende Daten wurden aus der Geriatric Institutional Profile Datenbank gewonnen. Die quantitativen Ergebnisse der Datenbank wurden in dieser Studie mit offenen Fragen ergänzt und ausgewertet.	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit- und Personalmangel • Umgebungsfaktoren der Notaufnahme • Herausfordernde Kommunikation • Mangelnde Ausbildung • Strukturelle Probleme im Langzeitpflegebereich
Rawson et al. 2017	Australien	Ziel dieser Arbeit ist es, das Wissen und die Selbsteinschätzung des Pflegepersonals in der Notaufnahme, bei der Betreuung von älteren Menschen aufzuzeigen.	Qualitativ: Querschnittsstudie	3 Öffentliche Krankenhäuser in Melbourne 101 Pflegekräfte	Die Datenerhebung erfolgte mittels zwei Fragebögen und dem Instrument: „Facts on Aging Quiz“.	<ul style="list-style-type: none"> • Umgebungsfaktoren in der Notaufnahme • Mangelnde Ausbildung
Parke et al. 2013	Kanada	Das Ziel dieser Studie ist es, Pflegeprozesse und Konsequenzen der	Qualitativ: Interpretative, deskriptive, explorative Studie	In Notaufnahmen zweier Krankenhäuser in Kanada	Die Datenerhebung besteht aus drei Phasen.	Patientinnen und Patienten mit Demenz <ul style="list-style-type: none"> • Umgebungsfaktoren der Notaufnahme

		Notaufnahme aus der Perspektive älterer Menschen mit Demenz, ihren Familienbetreuerinnen und Familienbetreuer und dem Pflegepersonal zu beschreiben.		10 ältere Erwachsene, die mit Demenz leben und 14 Pflegekräfte	Interviews, Photographic Narrative Journal, photo elicitation focus groups	<ul style="list-style-type: none"> • Zeit- und Personalmangel • Herausfordernde Kommunikation
Morphet et al. 2013	Australien	Ziel dieser Arbeit ist es, die Dokumentationen, die die Pflegeheimbewohner mit in die Notaufnahmen, zu untersuchen.	Quantitativ: Retrospektive Studie	In zwei Notaufnahmen in Australien 408 Patientinnen und Patienten	Ausgehend von einem retrospektiven Review wurde ein Computerprogramm zur Datenerhebung herangezogen	Strukturelle Probleme im Langzeitpflegebereich <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationen aus dem Pflegeheim fehlen
Parke B; Chappell N. L. 2010	Kanada	Ziel dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, wie Probleme zwischen älteren Menschen und der Krankenhausumgebung entstehen können.	Qualitativ: Ethnographische Studie	Krankenhaus Sample der alten Menschen: 11 Sample des Krankenhauspersonals: 14	Semi-strukturierte Tiefeninterviews mit alten Menschen und Krankenhauspersonal sowie Beobachtungen	<ul style="list-style-type: none"> • Charakteristika • Emotionale Belastung für das Pflegepersonal • Demente Patientinnen und Patienten

3.2. Pflegerische Herausforderungen

In den folgenden Unterkapiteln werden die pflegerischen Herausforderungen in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten thematisch gegliedert und beschrieben.

3.2.1. Zeit- und Personalmangel

In der Mixed-Methods-Studie von Bulut et al. (2015) werden Ansichten von Pflegekräften hinsichtlich älterer Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme aufgezeigt. Die Datenerhebung dieser Studie erfolgte mittels semi-strukturierten Einzelinterviews und Fokusgruppen-Interviews. Außerdem wurden die Häufigkeiten und Prozentsätze aus den Ergebnissen der qualitativen Datenerhebung, quantitativ dargestellt (Bulut et al. 2015).

Pflegepersonen, die an dieser Studie teilnahmen gaben an, dass die Betreuung älterer Patientinnen und Patienten eine Belastung für das Personal in der Notaufnahme ist (Bulut et al. 2015). Vor allem der Mangel an Zeit und Personal macht es für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schwierig ältere Menschen gut zu versorgen, wie folgendes Zitat beschreibt:

“However, I do not think that there are enough staff members here. Do we always treat the patients properly? No, we do not. Do I feel sorry about that? Yes, I do. . . We fail to do that due to our workloads. We do not have time. The number of nurses is quite low; the number of personnel is quite low” (Bulut et al. 2015).

Dass in der Notaufnahme der Mangel an zeitlichen Ressourcen und Personal ein zentrales Problemfeld darstellt, wird auch in der Studie von Boltz et al. (2013) beschrieben. Es handelt sich um eine qualitative Studie, zur Datensammlung wurden bereits bestehende Daten aus einer Datenbank mit offenen Fragen ergänzt und ausgewertet. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Zeit und das Personal nicht ausreichen, um auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen. Die Pflegekräfte sind damit beschäftigt, Patientinnen und Patienten mit akuten Beschwerden zu betreuen und Prioritäten zu setzen, um die wichtigsten Aufgaben zuerst zu erledigen. Um präventive Pflege wie beispielsweise Hautpflege oder Mobilisierung durchzuführen, fehlen die Ressourcen (Boltz et al. 2013).

Dass Zeit- und Personalmangel auch speziell in der Versorgung von dementen Patientinnen und Patienten eine Herausforderung darstellt, zeigen die Studien von Hunter et al. (2017) und Parke et al. (2013).

Zur Erhebung der Daten in der Studie von Hunter et al. (2017) wurden Interviews mit zwölf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zweier ländlicher Krankenhäuser, durchgeführt. Auch diese Studie kommt zu dem Schluss, dass die Partizipantinnen und Partizipanten aufgrund von Druck- und Zeitbeschränkungen nicht die Möglichkeit haben, auf die Bedürfnisse von dementen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme einzugehen (Hunter et al. 2017).

Weitere Ergebnisse liefert eine kanadische Studie mit qualitativem Design. Pflegekräfte sind davon überzeugt, dass schwerwiegende Folgen für ältere Menschen mit Demenz entstehen könnten, wenn die Grundbedürfnisse dieser Personen vernachlässigt werden. Zu diesen Grundbedürfnissen gehören Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr, Toilettengang und Mobilität. Einerseits wissen die Pflegepersonen, dass die Begleitung der Patientinnen und Patienten beim Toilettengang sehr zeitintensiv ist, andererseits sind ihnen Schäden im Zusammenhang mit Inkontinenz bewusst. Da die Zeit für Toilettengänge meist nicht gegeben ist, werden Blasenverweilkatheter gesetzt um Hautschäden zu vermeiden (Parke et al. 2013). Des Weiteren werden zur Sicherheit und zur Vermeidung schwerwiegender Folgen, die entstehen könnten, Fixierungen bei den Patientinnen und Patienten gesetzt. Für die Pflegepersonen ist es meist die einzige Möglichkeit um Stürze oder das Wandern der Patientinnen und Patienten zu vermeiden (Parke et al. 2013). Das folgende Zitat beschreibt den Zwiespalt, in dem sich Pflegepersonen befinden.

„We’re just all on the lookout for preventing anything bad happening, even if we make things worse (laughs). You know if you prevent something bad that might have happened one time in a hundred but you’ve made things worse for those hundred patients by tying them to the bed, not that we would . . . and certainly we would make every effort before we did that and I know it probably sounds to you like we tie every demented patient to the bed, but to me, if we tie one or two to the bed, that’s like too many. But I don’t see a way around it because I see that if we don’t keep these people safe, they’re gonna get seriously injured” (Parke et al. 2013).

3.2.2. Umgebungsfaktoren der Notaufnahme

Ein Thema, welches in fünf Studien dieser Literaturübersicht behandelt wurde, ist die Umgebungsgestaltung in der Notaufnahme. Aus den Interviews der Studie von Bulut et al. (2015) geht hervor, dass die Beurteilung geriatrischer Patientinnen und Patienten mehr Ressourcen erfordert, als verfügbar sind. Die Mehrheit (55,5 %) der Partizipantinnen und Partizipanten sind der Meinung, dass eine patientenorientierte Umgebungsgestaltung in der Notaufnahme ausschlaggebend für gute Pflege und medizinische Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten ist (Bulut et al. 2015). Jedoch zeigt sich in den Studien von Rawson et al. (2017) und Boltz et al. (2013), dass der Großteil der Pflegepersonen davon überzeugt ist, dass die Umgebung in der Notaufnahme ungeeignet ist, um auf die Bedürfnisse älterer Patientinnen und Patienten einzugehen. Die hektische Umgebung in der gearbeitet werden muss und die Problematik, dass es zu wenige Toiletten gibt, führen zu Schwierigkeiten in der pflegerischen Versorgung (Boltz et al 2013).

Eine weitere qualitative Studie von Rawson et al. (2017) untersuchte die Selbsteinschätzung vom Pflegepersonal in Bezug auf das eigene Wissen in der Versorgung von älteren Menschen. Zur Datenerhebung wurden zwei Fragebögen und das Instrument „Facts on Aging Quiz“ herangezogen. Untersucht wurden 101 Pflegekräfte aus drei öffentlichen Krankenhäusern in Melbourne (Rawson et al. 2017). Aus den Ergebnissen dieser Studie kann man entnehmen, dass 73,3 % der Partizipantinnen und Partizipanten der Aussage, dass die Umgebung in der Notaufnahme zur Unterstützung des Pflegebedarfs älterer Patientinnen und Patienten geeignet ist, überhaupt nicht zu oder nicht zustimmten (Rawson et al. 2017).

„Working in the ER the safety of the elderly is a concern for me. The set up of the rooms aren't exactly accident safe, you can't always see the elderly all the times and the risk of them climbing out of the stretcher is a concern“ (Boltz et al. 2013).

Mit diesem Zitat einer Pflegekraft wird die schwierige Situation von Pflegenden in der Notaufnahme beschrieben. Des Weiteren geben die Partizipantinnen und Partizipanten an, dass die Gestaltung der Notaufnahme und das fehlende Equipment, die Sicherheit und das Wohlbefinden älterer Patientinnen und Patienten wesentlich beeinflussen (Boltz et al. 2013).

Dass die Umgebung in der Notaufnahme auch nicht für Patientinnen und Patienten mit Demenz ausgerichtet ist, beschreiben die Studien von Hunter et al. (2017) und Parke et al. (2013). In der Studie von Parke et al. (2013) konnte gezeigt werden, dass die Pflegepersonen davon überzeugt sind, dass die chaotische Umgebung, die Sicherheit älterer Menschen mit Demenz beeinträchtigen kann. Sie bezeichnen die Umgebung als laut und anstrengend. Selbst Hinweise zur Orientierung dementer Personen fehlen (Parke et al. 2013). Eine Pflegeperson beschreibt die Umgebung wie folgt: *„The whole department is very noisy, very high stress, intense. There’s alarms going off, there’s a lot of stimulation which I think could definitely affect an older patient with dementia. .. they get more anxious, they get more agitated because there’s always continuous noise”* (Parke et al. 2013).

Eine weitere qualitative Studie von Hunter et al. (2017) unterstreicht diese Ergebnisse. Die Pflegepersonen gaben an, dass es zu einer chaotischen und angespannten Atmosphäre führe, wenn in einer überfüllten Notaufnahme ständig Lärm herrscht. Diese Umstände führen dazu, dass die Privatsphäre eingeschränkt wird und demente Patientinnen und Patienten ihre Bedürfnisse nur schwer äußern können. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben versucht, ein Gleichgewicht zwischen dem Schutz der Patientinnen und Patienten mit Demenz vor dem Chaos und der Vermeidung der Isolation zu finden. Dennoch lässt es die Ausstattung der Notaufnahme nicht zu, dass ein solches Gleichgewicht erreicht werden kann. Daraus resultieren negative Folgen für ältere Patientinnen und Patienten (Hunter et al. 2017).

3.2.3. Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten

Charakteristika, die eine Herausforderung in der Versorgung älterer Menschen in der Notaufnahme darstellen, werden in der Studie von Parke & Chappell (2010) beschrieben. Die Datenerhebung in dieser Studie erfolgte mittels semi-strukturierter Tiefeninterviews mit alten Menschen und dem Krankenhauspersonal sowie durch Beobachtungen. Die Ergebnisse zeigen, dass viele ältere Menschen eine Kombination aus störendem Verhalten und unvorhersehbaren klinischen Verlauf aufweisen. Des Weiteren haben geriatrische Patientinnen und Patienten häufig Schwierigkeiten, ihre Bedürfnisse und Wünsche so zu äußern bzw. darzustellen, dass sie für das Krankenhauspersonal erkennbar sind. Trotz Hilfsmittel brauchen die Betroffenen Unterstützung bei der Selbstversorgung, weil die körperlichen

Fähigkeiten eingeschränkt sind. Außerdem haben Patientinnen und Patienten, denen das Kurzzeitgedächtnis fehlt, Schwierigkeiten bei der Befolgung von Anweisungen des Krankenhauspersonals. Sie tun nicht, was ihnen gesagt wird und brauchen daher mehr Aufmerksamkeit und Zeit (Parke & Chappell 2010).

Die Studie von Bulut et al. (2015) beschreibt ebenfalls Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten, die in einer Notaufnahme aufgenommen werden. Die Versorgung dieser Patientengruppe wird von professionell Pflegenden deshalb als schwierig beschrieben, weil ältere Menschen meistens abhängig sind. Sei es physische, emotionale oder soziale Abhängigkeit – sie fordern mehr Betreuungsaufwand als jüngere Patientinnen und Patienten. Beispielsweise erklärt eine Pflegekraft in der Studie, dass zu kontrollieren ist, ob die Patientinnen und Patienten angeordnete Medikamente einnehmen. Diese Kontrollen sind notwendig, weil man sich nicht darauf verlassen darf, dass die Patientinnen und Patienten tun was man ihnen sagt. Ein weiteres Problem zeigt sich durch multiple Komorbiditäten, die die Patientinnen und Patienten aufweisen. Denn durch Vorerkrankungen zeigen sie teilweise Anpassungsstörungen und ein aufgeregtes Verhalten (Bulut et al. 2015).

Weitere Charakteristika, die als Herausforderung gelten, zeigt die Studie von Edwards et al. (2012). Ziel dieser Studie war es, die Meinungen des Notaufnahmepersonals in Bezug auf ältere Menschen, die im Pflegeheim wohnen, darzustellen. Die Datensammlung erfolgte mittels Fragebogen über das Online Umfrageinstrument SurveyMonkey. Aus der Studie ist zu entnehmen, dass kognitive Beeinträchtigungen, pharmakologische Wirkungen sowie vermehrte Komplikationen bei gesundheitlichen Problemen, eine besondere Herausforderung in der Notfallversorgung darstellen (Edwards et al. 2012).

3.2.4. Demente Patientinnen und Patienten

Eine kognitive Beeinträchtigung, wie zum Beispiel Demenz, zeigt eine funktionale Einschränkung des Gehirns. Diese Gehirnfunktion ermöglicht es einer Person, sich zu erinnern, Anweisungen zu folgen, Probleme zu lösen, Selbstpflege zu betreiben und zu kommunizieren. Für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist es schwierig in der chaotischen Krankenhausumgebung selbstständig zu funktionieren (Parke & Chappell 2010).

Ein spezielles Thema, dass sich im Zusammenhang mit Demenz bisher noch nicht gezeigt hat, behandelt die Studie von Parke et al. (2013). Das pflegerische Problem, dass in dieser Studie aufgezeigt wird, ist die Ersteinschätzung in der Notaufnahme. Partizipantinnen und Partizipanten geben an, dass viele ältere Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme vermutlich eine dringlichere Erkrankung aufweisen, als in der ersten Beurteilung festgestellt werden kann. Das folgende Zitat einer Pflegekraft zeigt, dass Patientinnen und Patienten möglicherweise unterversorgt werden, weil sie durch die Erkrankung Demenz nicht in der Lage sind, Symptome zu verdeutlichen (Parke et al. 2013). „*They could have a raging urinary tract infection which is just throwing them way out of whack, they could be septic. You know, which usually is what’s happening because the symptoms are either they’re not able to communicate what’s going on. . . they don’t often have fevers so they don’t exhibit the same symptoms as the younger population would*” (Parke et al. 2013).

Resultierend daraus, dass demente Patientinnen und Patienten als weniger dringend eingeschätzt werden, verlängert sich der Aufenthalt in der Notaufnahme. Somit erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass körperliche, emotionale und psychische Risiken für demente Patientinnen und Patienten auftreten (Parke et al. 2013).

3.2.5. Herausfordernde Kommunikation

Studien zufolge gehören Menschen mit Schwerhörigkeit oder Menschen die an Demenz oder Aphasie erkrankt sind, zu den größten Herausforderungen für die Pflegekräfte, was die Kommunikation betrifft. Die Studie von Boltz et al. (2013) zeigt, dass Kommunikationsbarrieren zu schlechter Kommunikation zwischen den Pflegenden und zu Pflegenden führt. Eine Kommunikationsbarriere kann bereits durch Vorurteile der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber Patientinnen und Patienten entstehen. Ein Vorurteil wäre zum Beispiel, dass Pflegekräfte denken, dass ältere Menschen taub sind. Dadurch schreien die Pflegepersonen die älteren Patientinnen und Patienten an und vergessen dabei, dass nicht jeder Mensch der alt ist, auch taub ist. Des Weiteren führt mangelndes Mitgefühl oder eine negative Grundeinstellung die das Krankenhauspersonal gegenüber älteren Patientinnen und Patienten hat, möglicherweise zu schlechter Kommunikation. Überdies beschreibt eine Pflegekraft in dieser Studie, dass sie glaubt, dass viele Patientinnen und Patienten ignoriert werden, weil sie verwirrt sind oder nicht kommunizieren

können (Boltz et al. 2013). Auch der Studie von Parke et al. (2013) kann man entnehmen, dass der Mangel an Kommunikation ein wesentlicher Grund dafür ist, dass sich ältere Menschen ignoriert, vergessen oder unwichtig fühlten (Parke et al. 2013).

Außerdem zeigt die Studie von Edwards et al. (2012), dass es spezielle kommunikative Herausforderungen mit dementen Patientinnen und Patienten gibt. Es kommen immer wieder Patientinnen und Patienten in die Notaufnahme, die nicht sprechen können. Sei es als Folge einer kognitiven Beeinträchtigung oder anderen körperlichen Bedingungen. Oft kommen sie ohne Begleitung von Angehörigen in die Notaufnahme und können keinerlei Informationen bezüglich deren Beschwerden oder Vorerkrankungen geben (Edwards et al. 2012).

3.2.6. Emotionale Belastung für das Pflegepersonal

“You are looking at value of life and keeping them warm, clothed, fed, and healthy, and the other side is all about fixing, and it is chaotic. The two don't mesh very well. You always go to where the most crisis is, and always in the back of your mind is this little old lady sitting in a chair needing interaction that you can't give her, and that is there all the time. I know she is back there waiting for me and when you look at life's crisis she can always wait for interaction; a GI bleed can't wait. If I wait, they die, right? So I have to be there, I know that. But I know she is sitting back there in that chair staring at the walls” (Parke & Chappell 2010).

Ein solches Zitat zeigt die Gedankengänge einer Pflegeperson, die in einer Notaufnahme arbeitet. Das chaotische Arbeitsumfeld führt zu Frustrationen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus. Partizipantinnen und Partizipanten beschreiben den Ablauf der Arbeit in der Notaufnahme wie am Fließband (Parke & Chappell 2010).

Häufig leiden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Notaufnahme unter Gefühlen wie Erschöpfung, Verzweiflung und Mitleid aufgrund der herausfordernden Arbeit mit älteren Menschen. Bulut et al. (2015) beschreibt, dass das Notaufnahmepersonal Hoffnungslosigkeit und Mitleid empfindet. Diese Gefühle empfinden sie deshalb, weil sie darunter leiden, die Patientinnen und Patienten nicht ausreichend betreuen zu können (Bulut et al. 2015).

Auch Pflegepersonen die demente Patientinnen und Patienten betreuen, leiden unter emotionalen Belastungen. Aus der Studie von Hunter et al. (2017) geht hervor, dass die Pflegekräfte besorgt sind, weil sie pflegerische Leistungen nur eingeschränkt ausüben können und sie nicht die Möglichkeit haben, alles zu kontrollieren. Ihnen ist der Pflegebedarf der Patientinnen und Patienten bewusst, jedoch können sie die pflegerischen Leistungen nicht erbringen. Sie tätigen Leistungen, die nur kurzfristig einen positiven Effekt erzielen, weil es anders nicht möglich ist. Ihre Arbeit besteht aus dem ständigen Jonglieren zwischen Prioritätensetzungen, Entscheidungsfindungen und Erledigungen von Aufgaben. Was in den Hintergrund rückt ist die qualitativ hochwertige Pflege, die sie erbringen möchten (Hunter et al. 2017).

3.2.7. Mangelnde Ausbildung

Um ältere Menschen gut zu versorgen, ist ein umfassendes Wissen über die Pflege älterer Menschen in Bezug auf deren speziellen Bedürfnisse unumgänglich. Partizipantinnen und Partizipanten der Studie von Boltz et al. (2013) zweifeln daran, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Notaufnahme genügend Wissen bezüglich geriatrischer Patientinnen und Patienten aufweisen. Eine Pflegekraft beschreibt zum Beispiel, dass nicht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bekannt ist, dass ältere Menschen akutere Reaktionen auf Verletzungen zeigen können als junge Menschen (Boltz et al. 2013).

Aus der Studie von Rawson et al. (2017) kann man entnehmen, dass sich beinahe die Hälfte (46,5%) der eingeschlossenen Pflegepersonen als unzureichend in der Identifikation von Depression und Beurteilung der Polypharmazie einschätzen. Darüberhinaus ist über ein Drittel (37,8%) der Partizipantinnen und Partizipanten schlecht darin, den Ernährungszustand von älteren Patientinnen und Patienten einzuschätzen (Rawson et al. 2017).

3.2.8. Strukturelle Probleme im Langzeitpflegebereich

In den Studien von Edwards et al. (2012), Boltz et al. (2013) und Morphet et al. (2013) werden pflegerische Herausforderungen in der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die aus dem Pflegeheim in die Notaufnahme kommen, beschrieben.

Die Ergebnisse einer Umfrage zeigen, dass die Schwierigkeiten in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme, unter anderem

abhängig vom Personal im Pflegeheim sind. Ein Grund dafür ist, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus dem Pflegeheim häufig nicht vorab anrufen, um das Personal in der Notaufnahme über die ankommende Patientin oder den ankommenden Patienten zu informieren. Des Weiteren sind fehlende oder unvollständige Dokumentationen aus der Einrichtung eine Schwierigkeit für die Versorgung dementer Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme (Edwards et al. 2012). Auch die Studie von Boltz et al. (2013) beschreibt fehlende Informationen beispielsweise in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens als Barriere bei der Versorgung von Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Langzeitpflegebereich (Boltz et al. 2013).

Ein weiteres Problem, dass sowohl in der Studie von Edwards et al. (2012) als auch in der Studie von Boltz et al. (2013) beschrieben wird, ist der Missbrauch der Notaufnahme. Patientinnen und Patienten werden in die Notaufnahme transferiert, obwohl das Gesundheitsproblem auch im Pflegeheim gelöst werden könnte (Edwards et al. 2012; Boltz et al. 2013).

Auch eine quantitative Studie beschäftigte sich mit den Herausforderungen die aufgrund von strukturellen Problemen im Pflegeheim entstehen. Zur Datenerhebung wurde ein retrospektives Review herangezogen wobei die brauchbaren Daten mithilfe eines Computerprogramms gefiltert wurden. Die Partizipantinnen und Partizipanten dieser Studie geben an, dass wichtige Informationen wie etwa der Grund für die Überweisung in die Notaufnahme, kognitive Funktionen oder Vitalzeichen zum Zeitpunkt der Beschwerden häufig nicht zur Verfügung stehen. Von den sieben wesentlichsten Daten, die für die Erstversorgung in der Notaufnahme wichtig sind, fehlte in 94,6% der untersuchten Überweisungen, mindestens eine Information (Morphet et al. 2013).

4. DISKUSSION

Die Ergebnisse dieser Literaturübersicht zeigen, dass die pflegerische Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten einige Herausforderungen mit sich bringt. In diesem Teil der Arbeit werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert. Außerdem werden die Stärken und Schwächen der Arbeit genannt und Empfehlungen für weitere Forschung und die Pflegepraxis angeführt.

4.1. Methodik der identifizierten Studien

Von den acht ausgewählten Studien weisen sechs ein qualitatives Design auf, eine Studie ein quantitatives Design und eine davon ist eine Mixed-Methods-Studie. Von den Studien wurden drei in Kanada, zwei in den Vereinigten Staaten, zwei in Australien und eine in der Türkei durchgeführt. Generell wurden in den meisten Studien Interviews durchgeführt und viele davon wurden mit Zitaten von Pflegepersonen untermauert, was zu einem besseren Verständnis der Thematik führt. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Stichprobe der Studien von Hunter et al. (2017), Bulut et al. (2015), Parke et al. (2017) und Parke & Chappell (2010) recht klein gehalten ist. Daraus folgt, dass die Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit der Studien auf die gesamte Bevölkerung eingeschränkt wird. Außerdem ist in der Studie von Hunter et al. (2017) nicht ersichtlich, welche Ergebnisse welcher Berufsgruppe zuzuordnen sind. Hierbei ist es für die Leserin oder den Leser schwierig, Ergebnisse richtig abzuleiten. Auch die Struktur der Studie von Parke & Chappell (2010) könnte verbessert werden. In dieser Studie wurden Interviews mit professionell Pflegenden durchgeführt, aber es ist nicht ersichtlich, in welcher Abteilung des Krankenhauses die Personen angestellt sind. Man kann zwar aus den Ergebnissen schließen, dass beispielsweise die Notaufnahme gemeint ist, aber es wäre leichter wenn die Information explizit angeführt wäre.

4.2. Diskussion der Ergebnisse

Pflegerische Herausforderungen in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme aufzuzeigen, war das Ziel dieser Arbeit. Die in den einzelnen Studien identifizierten pflegerischen Herausforderungen können in folgende acht Unterthemen gegliedert werden: Zeit- und Personalmangel, Umgebungsfaktoren in der Notaufnahme, Charakteristika geriatrischer Patientinnen und Patienten, demente Patientinnen und Patienten, herausfordernde Kommunikation, emotionale Belastungen für das Pflegepersonal, mangelnde Ausbildung und strukturelle Probleme im Langzeitpflegebereich.

In fünf Studien führten die Umgebungsfaktoren in der Notaufnahme zu Schwierigkeiten. Die Hektik und die Problematik, dass es zu wenig Toiletten gibt, führt zu Problemen in der pflegerischen Versorgung (Boltz et al. 2013). Der Großteil der Partizipantinnen und Partizipanten der Studie von Rawson et al. (2017) gaben an, dass die Umgebung in der Notaufnahme ungeeignet ist, um ältere Menschen aufgrund ihres Pflegebedarfs zu unterstützen. Im Vergleich dazu wurde in der Studie von Parke et al. (2013) die Umgebung in der Notaufnahme als chaotisch und laut beschrieben. Die Gestaltung der Notaufnahme und das fehlende Equipment führt dazu, dass das Wohlbefinden und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten negativ beeinflusst wird (Boltz et al. 2013). In der Studie von Hwang & Morrison (2007) wurden die Probleme in der Notaufnahme detaillierter beschrieben. Typische Merkmale einer Notaufnahme sind große kahle Warteräume, beleuchtet mit grellem künstlichem Licht, ohne Fenster und ohne Zugang zur Außenwelt. Der Boden ist meist aus einem Material, der sehr rutschig ist und somit Sturzgefahr für Patientinnen und Patienten mit Gangunsicherheiten bedeutet. Sowohl in der Studie von Parke et al. (2013) als auch in der Studie von Hwang & Morrison (2007) wird beschrieben, dass besonders Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, wie etwa Demenz, unter den Bedingungen in der Notaufnahme leiden. Die Problematik liegt darin, dass es für Patientinnen und Patienten mit Demenz schwierig ist, sich zu äußern, wenn die Notaufnahme überfüllt ist und ständig Lärm herrscht (Hunter et al. 2017). Möglicherweise verändert sich auch der Tag-Nacht-Rhythmus und die zeitliche und örtliche Orientierung wird negativ beeinflusst. All diese Faktoren nehmen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden und den Heilungsprozess der Patientin bzw. des Patienten (Hwang & Morrison 2007).

Ein weiteres Problem in der Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme stellt der Mangel an Zeit und Personal dar. In vier von acht Studien wird diese Herausforderung thematisiert (Bulut et al. 2015, Boltz et al. 2013, Hunter et al. 2017, Parke et al. 2013). Die Studien von Bulut et al. (2015) und Boltz et al. (2013) beschreiben, dass es schwierig ist, ältere Menschen gut zu versorgen, wenn nur wenig zeitliche und personelle Ressourcen vorhanden sind. Dadurch, dass der Personalschlüssel sehr knapp gehalten wird und die Zeit für Grundbedürfnisse, wie etwa für den Toilettengang, meistens nicht gegeben ist, werden Blasenverweilkatheter gesetzt um Hautschäden aufgrund der Inkontinenz zu vermeiden (Parke et al. 2013). In der Literatur wird außerdem beschrieben, dass Blasenverweilkatheter gesetzt werden um Urinproben zu erhalten. Diese Blasenverweilkatheter stellen bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus eine Gefahr für Infektionen und Inkontinenz dar. Diese Intervention könnte unterlassen werden, wenn genügend Zeit und Personal vorhanden wäre (Nolan 2009). Solche Zustände müssen in der Zukunft reflektiert und verändert werden um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewährleisten.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis dieser Arbeit zeigt, dass die pflegerische Versorgung älterer Menschen aufgrund des Verhaltens der Patientinnen und Patienten zur Herausforderung wird. Ältere Menschen haben meist einen unvorhersehbaren klinischen Verlauf, einen erhöhten Pflegeaufwand und zum Teil ein fehlendes Kurzzeitgedächtnis (Parke & Chappell 2010). Verglichen mit der Studie von Bulut et al. (2015) beschreibt auch diese, dass die Versorgung dieser Patientengruppe deshalb schwierig ist, weil sie mehr Aufwand aufgrund deren Abhängigkeit benötigen. Zudem zeigt eine Studie von Edwards et al. (2012), dass kognitive Beeinträchtigungen und pharmakologische Wirkungen weitere Schwierigkeiten in der Versorgung aufzeigen. In der Studie wird nicht angeführt welche Schwierigkeiten die pharmakologischen Wirkungen mit sich bringen. Für das Verständnis und die Verwendung dieses Resultats für weitere Forschung wäre eine detailliertere Beschreibung wesentlich gewesen. Zusätzlich zu den bereits genannten Herausforderungen weisen geriatrische Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme eine erhöhte Komplikationsrate bei gesundheitlichen Problemen auf (Edwards et al. 2012). In der Literatur wird beschrieben, dass eine Erkrankung und deren Behandlung, die für einen jungen Menschen meist komplikationslos

verläuft, bei älteren Menschen durchaus zu Folgen wie schwere Morbidität und Funktionseinschränkung führen kann (Schippinger et al. 2013b).

Ein weiterer Fokus dieser Arbeit liegt bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Demenz. Unter allen identifizierten Studien beschäftigen sich nur zwei davon speziell mit dieser Patientengruppe (Parke & Chappell 2010, Parke et al. 2013). Ob unter den Settings der anderen Studien auch Patientinnen und Patienten mit Demenz eingeschlossen wurden oder nicht ist aus den Ein- und Ausschlusskriterien der Studien nicht entnehmbar und somit nicht feststellbar. Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Erkrankung Einschränkungen in der Selbstpflege sowie in den Fähigkeiten, sich erinnern zu können und Anweisungen zu folgen, bestehen (Parke & Chappell 2010). Ein weiteres Problem, das ausschließlich von Parke et al. (2013) thematisiert wurde, ist die Ersteinschätzung geriatrischer Patientinnen und Patienten. Es stellte sich heraus, dass viele ältere Menschen in der Notaufnahme vermutlich eine dringlichere Erkrankung aufweisen, als in der ersten Beurteilung von den Pflegepersonen festgestellt werden kann. In einer weiteren qualitativen Studie, in der Partizipantinnen und Partizipanten aller Altersgruppen untersucht wurden zeigt sich auch eine Schwierigkeit in der Ersteinschätzung. Aus den Interviews geht hervor, dass es schwierig ist, eine Person nach Dringlichkeit der Behandlung einzustufen wenn keine Vitalfunktionen, physiologische Daten oder Krankengeschichten vorhanden sind. Hierbei wird ersichtlich, dass professionell Pflegende generell Schwierigkeiten haben, Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme einzuschätzen, egal welcher Altersgruppe diese angehören (Wolf et al. 2018). Resultierend aus der fehlerhaften Einschätzung, verlängert sich der Aufenthalt und es erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Risiken für die Patientinnen und Patienten auftreten (Parke et al. 2013). In Zukunft sollte die Vorgehensweise bei der Ersteinschätzung überdacht und verbessert werden.

Weitere Herausforderungen, die aus drei Studien hervorgehen, betreffen die Kommunikation zwischen geriatrischen Patientinnen und Patienten und dem Pflegepersonal (Boltz et al. 2013, Parke et al. 2013, Edwards et al. 2012). Es ist wissenschaftlich belegt, dass adäquate Kommunikation einen großen Einfluss auf den Erfolg der Behandlung hat. Eine besondere Herausforderung zeigt die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten mit Demenz (Füeßl 2015). Die

Studie von Boltz et al. (2013) beschreibt, dass bereits eine negative Grundeinstellung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gegenüber Patientinnen und Patienten zu schlechter Kommunikation führen kann. Es wird oft darauf vergessen, dass nicht jeder Mensch der alt ist, auch taub ist. In der Praxis zeigt sich das dadurch, dass Pflegekräfte ältere Menschen anschreien, weil sie denken, dass sie taub sind (Boltz et al. 2013). Aus zwei Studien wird ersichtlich, dass sich ältere Menschen ignoriert, vergessen oder unwichtig fühlen, weil sie als verwirrt eingeschätzt werden, oder nicht kommunizieren können (Boltz et al. 2013, Parke et al. 2013). Füeßl (2015) beschreibt Möglichkeiten wie die Kommunikation mit geriatrischen Patientinnen und Patienten verbessert werden könnte. Es sollte überprüft werden, ob die Patientin oder der Patient eine Seh- oder Hörhilfe benötigt und ob dieses Hilfsmittel mitgebracht wurde. Wenn es nicht mitgebracht wurde, wäre eine Alternative, ein Stethoskop zur Erleichterung der Verständigung zu verwenden. Zu Beginn eines Gesprächs sollten unwichtige Aspekte erwähnt werden damit sich die Patientin oder der Patient auf die Mimik und Gestik der Pflegepersonen einstellen kann. Eine ruhige und deutliche Aussprache sowie das Ansprechen der Person mit dem Vornamen könnte hilfreich sein. Berührungen sollten nur mit Vorsicht erfolgen, wobei die Massage der Hand oft sehr gut angenommen wird. Um die Kooperation bei Pflegeaktivitäten wie etwa der Körperpflege oder der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme zu verbessern, wird empfohlen Kinderlieder und Reime heranzuziehen (Füeßl 2015).

Die Pflege geriatrischer Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme führt mitunter zu emotionalen Belastungen für das Pflegepersonal (Parke & Chappell 2010, Bulut et al. 2015, Hunter et al. 2017). Die Ergebnisse der Studien von Parke & Chappell (2010) und Bulut et al. (2015) zeigen, dass das chaotische Arbeitsumfeld zu Frustrationen, Erschöpfung, Verzweiflung und Mitleid der professionell Pflegenden führt. Diese Gefühle sind darauf zurückzuführen, weil sie die Patientinnen und Patienten nicht ausreichend betreuen können (Bulut et al. 2015). Derselben Ansicht sind auch die Partizipantinnen und Partizipanten der Studie von Hunter et al. (2017). Sie sind besorgt, weil die qualitativ hochwertigen Leistungen nur teilweise erbracht werden können (Hunter et al. 2017). Nicht selten ist die Selbstüberforderung der Pflegepersonen und die Schwierigkeit sich von der Arbeit abgrenzen zu können ein Risikofaktor für psychische Erkrankungen. Folglich

müssen Pflegekräfte aus gesundheitlichen Gründen den Beruf wechseln weil sie nicht mehr in der Lage sind, diesen auszuüben. Zur Vermeidung von psychischen Erkrankungen wäre es sinnvoll, wenn Themen wie Selbstfürsorge und Psychohygiene bereits einen Teil der Berufsausbildung einnehmen. Diese Intervention könnte Möglichkeiten aufzeigen, richtig mit beruflichen Problemen und Konflikten umzugehen. Auch die Führung spielt eine große Rolle in diesem Bereich. Präventiv sollten Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit und zu Belastungen im Berufsalltag durchgeführt werden. Damit könnten Probleme bereits identifiziert werden, bevor gesundheitliche Beeinträchtigungen entstehen (Volker 2015).

Die Ergebnisse zeigen eine weitere Herausforderung, die diesmal nicht von äußeren Faktoren abhängig ist, sondern sich rein auf die Ausbildung der professionell Pflegenden bezieht. Aus zwei Studien lässt sich erkennen, dass eine mangelhafte Ausbildung zu Erschwernissen in der Versorgung geriatrischer Patientinnen und Patienten führt (Boltz et al. 2013, Rawson et al. 2017). Die Studie von Boltz et al. (2013) zeigt, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu wenig Wissen bezüglich geriatrischer Patientinnen und Patienten aufweisen. Bestärkt wird dieses Ergebnis durch eine weitere Studie, wobei zum Vorschein kommt, dass sich beinahe die Hälfte der Partizipantinnen und Partizipanten schlecht in der Identifikation von Depression und Beurteilung der Polypharmazie einschätzen. Überdies ist mehr als ein Drittel schlecht darin, den Ernährungszustand von älteren Menschen einzuschätzen (Rawson et al. 2017). Hierbei stellt sich die Frage welche Ursache hinter dieser Problematik liegt. Die Identifikation von Depression, die Beurteilung der Polypharmazie sowie die Einschätzung des Ernährungszustandes bei älteren Menschen ist Teil der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson. Hierbei müsste bei den Schwächen der Ausbildung angesetzt werden um den Wissensmangel zu beseitigen.

Weitere Probleme, die sich in der Erstversorgung in der Notaufnahme ergeben, sind der Missbrauch der Notaufnahme, ausbleibende Anrufe über die ankommenden Patientinnen und Patienten sowie fehlende oder unvollständige Dokumentationen. Mangelnde Informationen, beispielsweise in Bezug auf die Aktivität des täglichen Lebens, stellen eine Barriere in der Versorgung dar (Boltz et al. 2013). Dies führt zu schwerwiegenden Folgen wenn die Patientinnen und Patienten an Demenz erkrankt sind oder sich selbst nicht äußern können (Edwards et al. 2012). Ein weiterer Punkt

ist, dass Patientinnen und Patienten in das Krankenhaus transferiert werden, obwohl das Gesundheitsproblem auch im Pflegeheim gelöst werden könnte (Edwards et al. 2012, Boltz et al. 2013). Dem ist zu entnehmen, dass die strukturellen Bedingungen in den Pflegeheimen verbessert werden müssen. Sie müssen in dem Sinne verbessert werden, dass Patientinnen und Patienten nicht wegen jeder minimal medizinischen Tätigkeit in die Notaufnahme transferiert werden müssen. Es sollten Ansätze entwickelt werden damit die Strukturen so verbessert werden, dass das Pflegeheimpersonal die Zeit hat, die wichtigen Informationen telefonisch zu übergeben und Dokumentationen gewissenhaft ausgefüllt auszuhändigen. Es ist wissenschaftlich belegt, dass Vorkommnisse wie diese zu negativen Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten führen (Boltz et al. 2013). Solche Konsequenzen sind beispielsweise eine gefährliche Begleitmedikation, weil keine Information bezüglich der aktuellen Medikation zur Verfügung steht. Aber auch das Risiko eines Delirs, dass durch unnötige Krankenhauseinlieferungen erhöht ist (Edwards et al. 2012).

4.3. Stärken und Schwächen der Arbeit

Zu den Stärken dieser Bachelorarbeit zählt die Literatursuche, die auf einen Zeitraum von zehn Jahren limitiert wurde und somit gewährleistet, dass ausschließlich aktuelle Literatur verwendet wurde um die Forschungsfrage zu beantworten. Die Literaturrecherche wurde systematisch durchgeführt. Außerdem wurden die ausgewählten Studien anhand eines standardisierten Bewertungsbogen bewertet um die Qualität der Studien zu überprüfen. Eine weitere Stärke zeigt sich dadurch, dass trotz der wenigen Studien die eingeschlossen wurden, viele pflegerische Herausforderungen aufgezeigt werden konnten.

Als Schwäche dieser Arbeit kann angesehen werden, dass die Literaturrecherche und die Bewertung der Studien nur durch eine Person durchgeführt wurde und dadurch eventuell wichtige Studien nicht identifiziert wurden. Des Weiteren wurde nur nach englischsprachigen Studien in Pubmed, CINAHL und Google Scholar recherchiert und somit nicht alle verfügbaren Datenbanken durchsucht.

4.4. Empfehlungen für die Pflegepraxis

Aufgrund zahlreicher pflegerischer Herausforderungen, die sich durch das Literaturreview ergeben haben, können Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden.

Zeitmangel, Kommunikation und mangelnde Ausbildung stellen ein Problem in der Versorgung von älteren Menschen dar. Um die Selbstkompetenz des diplomierten Pflegepersonals bezüglich des eigenen Wissens zukünftig zu verbessern, wäre es notwendig Schulungen hinsichtlich der Pflege von geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme durchzuführen. Abgesehen davon, kann empfohlen werden, die Kommunikation für Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen oder Hörverlust anzupassen. Sei es in Form von Bereitstellung von ruhigen Räumen, die Privatsphäre bieten oder Freiwilligen, die diese Patientinnen und Patienten während des Aufenthalts in der Notaufnahme unterstützen. Vor allem freiwillige Personen, die sich im Wartebereich der Notaufnahme befinden, wären eine deutliche Entlastung für Pflegepersonen der Notaufnahme um die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu gewähren.

Da ältere Menschen oft längere Zeit in der Notaufnahme verbringen wäre es wünschenswert ausreichend Toiletten, angemessene Beleuchtung, Lärmschutz sowie genügend Betten, mit qualitativ hochwertigen Matratzen zur Dekubitusprophylaxe zur Verfügung zu stellen. Des Weiteren könnte die Bereitstellung separater Bereiche für ältere Patientinnen und Patienten einen Beitrag leisten um eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung zu garantieren und den professionell Pflegenden die Behandlung und Pflege dieses Patientenguts zu erleichtern.

Um unvollständige Dokumentationen von Pflegeheimbewohnern zukünftig zu vermeiden, sollten die strukturellen Bedingungen in Pflegeheimen beziehungsweise das Schnittstellenmanagement verbessert werden, damit eine lückenlose Übergabe an die Notaufnahme ermöglicht werden kann.

4.5. Empfehlungen für weitere Forschung

Nach Durchsicht der vorhandenen Literatur zum Forschungsthema hat sich gezeigt, dass bisher nur wenige Studien pflegerische Herausforderungen von geriatrischen Patientinnen und Patienten speziell im Setting Notaufnahme beforscht haben. Einige Studien untersuchen die pflegerischen Herausforderungen im Krankenhaus allgemein. Um die pflegerische Versorgung in der Notaufnahme zukünftig zu verbessern ist es notwendig, weitere Forschung hinsichtlich der Herausforderungen zu betreiben. Eine weitere Empfehlung ist es, prospektive Interventionsstudien mit möglichen Lösungsansätzen für die identifizierten Herausforderungen durchzuführen. Es wäre interessant einen Vergleich zwischen einer Notaufnahme in der die oben genannten Praxisempfehlungen durchgeführt werden und einer Notaufnahme, wie sie bisher war, bezüglich dem Outcome der geriatrischen Patientinnen und Patienten, durchzuführen.

Außerdem sollten zukünftig auch quantitative Studien zum Thema durchgeführt werden. Anhand der Literaturrecherche konnte nämlich nur eine Studie identifiziert werden, die im quantitativen Design durchgeführt wurde. Diese Ergebnisse wären wesentlich, um die Generalisierbarkeit und Übertragbarkeit auf die gesamte Bevölkerung zu erhöhen.

5. SCHLUSSFOLGERUNG

Im Rahmen dieser Literaturübersicht konnte gezeigt werden, dass die Versorgung von geriatrischen Patientinnen und Patienten aufgrund verschiedenster pflegerischer Herausforderungen komplexer ist als von Jüngeren. Durch Multimorbidität und den Folgen altersphysiologischer Prozesse beinhaltet die geriatrische Notfallversorgung, für professionell Pflegende, ein umfassendes Aufgabengebiet.

Wie man dem Ergebnisteil entnehmen kann, zeigt sich eine weite Bandbreite an Herausforderungen im Umgang mit geriatrischen Patientinnen und Patienten. Beginnend bei den äußeren Faktoren, haben Personalschlüssel, die zeitliche Komponente, die Einrichtung in der Notaufnahme und die mangelnde Ausbildung einen großen Einfluss auf das Outcome der Patientinnen und Patienten. Des Weiteren stellen die persönlichen Charakteristika sowie Patientinnen und Patienten mit Demenz, neben den Aufgaben der Erstversorgung in der Notaufnahme, zusätzliche pflegerische Tätigkeiten in den Mittelpunkt. Auch die Kommunikation, die bei Jüngeren eher nebensächlich ist, kann mit älteren Menschen zur Herausforderung werden. Als speziellen Aspekt werden in der Literaturreview auch die strukturellen Probleme im Langzeitpflegebereich aufgegriffen. Die pflegerische Arbeit in der Notaufnahme führt andererseits auch dazu, dass emotionale Belastungen für das Pflegepersonal entstehen.

Um die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten zukünftig zu verbessern ist es notwendig, die strukturellen Bedingungen in Notaufnahmen und im Langzeitpflegebereich zu verbessern. Des Weiteren sollten Schulungen angeboten werden damit die mangelhafte Ausbildung in diesem Bereich kompensiert werden kann und Pflegepersonen für herausfordernde Kommunikation mit älteren Menschen gerüstet sind. Es wäre wichtig, die Herausforderungen anzunehmen und mögliche Lösungsansätze zu finden. Weitere Forschung zur Pflege mit geriatrischen Patientinnen und Patienten in der Notaufnahme, auch mit quantitativem Design, ist wichtig, um in Zukunft die Sicherheit und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten sowie der professionell Pflegenden zu verbessern.

6. LITERATURVERZEICHNIS

Alvis, BD. & Hughes, CG. 2015. 'Physiology Considerations in Geriatric Patients', *Anesthesiol Clin*, vol. 33, no. 3, pp. 447-456.

Besdine, R. W. 2018, Veränderungen Im Körper beim Älterwerden, viewed 10 December 2018, https://www.msmanuals.com/de/heim/gesundheitsprobleme-bei-%C3%A4lteren-menschen/alterserscheinungen/ver%C3%A4nderungen-im-k%C3%B6rper-beim-%C3%A4lterwerden#v8968006_de.

Boltz, M., Parke, B., Shuluk, J, Capezuti, E. & Galvin, JE. 2013. 'Care of the older adult in the emergency department: nurses views of the pressing issues', *Gerontologist*, vol. 53, no. 3, pp. 441-153.

Bulut, H., Yazici, G., Demircan, A., Keles, A. & Guler Demir, S. 2015. 'Determining emergency physicians' and nurses' views concerning older patients: a mixed-method study', *Int Emerg Nurs*, vol. 23, no. 2, pp. 179-184.

Bundesverband Geriatrie 2019, Bundesverband Geriatrie, viewed 21 February 2019, <https://www.bv-geriatrie.de/>.

Deutsche Kontinenz Gesellschaft 2018a, Krankheiten und Therapien, viewed 10 December 2018, <http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Krankheiten-Therapien.21.0.html>.

Deutsche Kontinenz Gesellschaft 2018b, Harn-Inkontinenz, viewed 10 December 2018, <http://www.kontinenz-gesellschaft.de/Harn-Inkontinenz.28.0.html>.

Dittrich, M., Giersig, B., Rothfuß, T., Stadelmeyer, U., Schuster, S. 2017. 'Notfallpflege – welche kern-/primärpflegerischen Aufgaben gib es in der Notaufnahme?', *Journal für Pflegewissenschaft und Pflegepraxis*, pp. 517 – 527.

Dotz, C. 2016, 'Die medizinische Perspektive' in Eiff W von et al. (Hrsg) 2016, *Management der Notaufnahme. Patientenorientierung und optimale Ressourcennutzung als strategischer Erfolgsfaktor*, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, Verlag Kohlhammer Stuttgart.

Drey, M., Kaiser, MJ, 2011. 'Mangelernährung im Alter', *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, vol. 5, pp. 176-178.

Edwards, MA., Naik, P., Bachuwa, GI., Lecea, N. & Campe, JL. 2012. 'A Survey of Emergency Department Staff About Challenges and Recommendations for Emergency Department Care of Extended Care Facility Patients', *J Am Med Dir Assoc*, vol. 13, no. 2, pp. 143-150.

Ellis, G., Marshall, T. & Ritchie, C. 2014. 'Comprehensive geriatric assessment in the emergency department', *Clinical Interventions in Aging*, vol. 9, pp. 2033-2043.

Friedl, I. 2013, 'Aspekte der Polypharmazie beim alten Patienten' in Pintar G. et al. (Hrsg) 2013, *Geriatrische Notfallversorgung*, 1. Auflage, Springer-Verlag Wien.

Füeßl, HS. 2015. 'Mit geriatrischen Patienten richtig umgehen', Dtsch Med Wochenzeitschr., vol. 140, pp. 620-622.

Geriatric Medicine – Section of the UEMS 2008, Geriatrie, viewed 20 November 2018, <https://uemsgeriatricmedicine.org/www/land/definition/german.asp>.

Gfrerer, C., Lohr, C., Reitter-Pfoertner, S., Ruda, R., Trischak, C. (2016): 'Rundum versorgt – Multimorbidität im Alter'. Competence Center Integrierte Versorgung, Wiener Gebietskrankenkasse, Wien.

Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. 2002. 'Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically', Qualitative Health Research 12 (9): pp. 1284-1299.

Hunter, KF., Parke, B., Babb, M., Forbes, D. & Strain, L. 2017. 'Balancing safety and harm for older adults with dementia in rural emergency departments: healthcare professionals' perspectives', Rural Remote Health, vol. 17, no. 1, p. 4055.

Hwang, U., & Morrison, RS. 2007, 'The geriatric emergency department', J Am Geriatr Soc, vol. 55, pp.1873 – 1876.

Isak, A. 2013, 'Geriatrische Notfallmedizin – 'Medizinische Aspekte in der Behandlung geriatrischer Patienten' in Pintar G. et al. (Hrsg) 2013, Geriatrische Notfallversorgung, 1. Auflage, Springer-Verlag Wien.

Jagsch, C. 2013, 'Notfallbehandlung in der Alterspsychiatrie/Gerontopsychiatrie' in Pintar G. et al. (Hrsg) 2013, Geriatrische Notfallversorgung, 1. Auflage, Springer-Verlag Wien.

Krey, J. 2016, „Triage“ in der Notaufnahme, viewed 23 November 2018, <https://pflege-professionell.at/triage-in-der-notaufnahme>.

Mayet, W.-J. 2012. 'Lebererkrankungen im Alter', Aktuelle Ernährungsmedizin, vol. 37, pp. 232-234.

Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J, Altman, DG & PRISMA Group 2009, 'Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement', PLoS Med, vol. 6, no. 7.

Morphet, J., Griffiths, DL., Innes, K., Crawford, K., Crow, S. & Williams, A. 2013. 'Shortfalls in residents' transfer documentation: Challenges for emergency department staff', Australasian Emergency Nursing Journal, vol. 17, no. 3, pp. 98-105.

Nolan, M.N. 2009. 'Older patients in the emergency department: what are the risks?', J Gerontol Nurs, vol. 35, pp. 14-18.

Parke, B. & Chappell, NL. 2010. 'Transactions between older people and the hospital environment: A social ecological analysis', J Aging Stud, vol. 24, no. 2, pp. 115-124.

Parke, B., Hunter, KF., Strain, LA., Marck, PB., Waugh, EH. & McClelland, AJ. 2013. 'Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community

dwelling older people with dementia and their caregivers: A social ecological study', *Int J Nurs Stud*, vol. 50, no. 9, pp. 1206-1218.

Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 10 edn, Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York.

Rawson, H., Bennett, PN., Ockerby, C., Hutchinson, AM. & Considine, J. 2017. 'Emergency nurses' knowledge and self-rated practice skills when caring for older patients in the Emergency Department', *Australas Emerg Nurs J*, vol. 20, no. 4, pp. 174-180.

Schippinger, W., Langsenlehner U. & Muchar, H. 2013a, 'Somatische Veränderungen im Alter' in Pintar G. et al. (Hrsg) 2013, *Geriatrische Notfallversorgung*, 1. Auflage, Springer-Verlag Wien.

Schippinger, W., Pilgram H. E. & Hartinger, G. 2013b, 'Geriatrischer Konsiliardienst - GEKO' in Pintar G. et al. (Hrsg) 2013, *Geriatrische Notfallversorgung*, 1. Auflage, Springer-Verlag Wien.

Statistik Austria 2018, *Bevölkerungspyramide Österreich 1952 – 2100*, viewed 13 October 2018, http://www.statistik.at/web_de/downloads/webkarto/bev_prognose_neu/#!y=2018.

Stromer, W. 2018, *Schmerz im Alter*, viewed 10 December 2018, <https://www.oesg.at/patienteninformationen/schmerz-im-alter/>.

Villa-Forte, A. 2018, *Auswirkungen des Alterungsprozess auf den Bewegungsapparat*, viewed 10 December 2018, <https://www.msmanuals.com/de/heim/knochen-,gelenk-und-muskelerkrankungen/biologie-des-bewegungsapparats/auswirkung-des-alterungsprozesses-auf-den-bewegungsapparat>.

Volker, K. 2015. 'Psychisch krank in der Pflege – Psychische Belastungen durch den Beruf, Möglichkeiten zu Prävention und Rehabilitation', *WISO direkt*, pp. 1-4.

Warburton, RN., Parke, B., Church, W., McCusker, J. 2004. 'Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients ≥ 75 in a community hospital emergency department', *Int J Health Care Qual Assur*, vol. 17, pp. 339 – 348.

Weissenberger-Leduc, M., Zmaritz M. 2013, 'Pflege in der geriatrischen Notfallversorgung' in Pintar G. et al. (Hrsg) 2013, *Geriatrische Notfallversorgung*, 1. Auflage, Springer-Verlag Wien.

Witte, F. 2018. 'Schlechter Zahnstatus – Gebrechlicher Senior', *Swiss Dental Journal SSO*, vol. 128, pp. 258-259.

Wolf, LA., Delao, AM., Perhats, C., Moon, MD. & Zavotsky, KE. 2018, 'Triageing the Emergency Department, Not the Patient: United States Emergency Nurses' Experience of the Triage Process', *J Emerg Nurs*, vol. 44, no. 3, pp. 258-266.

7. ANHANG

Bewertung der Studien

Die Bewertung der ausgewählten Studien erfolgte anhand des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002).

Studie: Determining emergency physicians' and nurses' views concerning older patients: a mixed-method-study (Bulut et al. 2015)

Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält die wichtigsten Informationen. Der Abstract enthält Background, Forschungsziel, alle Bestandteile der Methode und die wichtigsten Ergebnisse. Jedoch sind keine Praxis- und Forschungsempfehlungen gegeben.	4 Punkte
Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Hintergründe wurden zusammengefasst. Das Forschungsziel wird klar dargestellt, eine Forschungsfrage ist nicht vorhanden.	3 Punkte
Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Im Methodenteil sind Design, Setting, Stichprobe, Datensammlung, Datenanalyse und ethische Überlegungen kurz und knapp, jedoch ausreichend beschrieben.	4 Punkte
Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplegröße von 19 Ärztinnen und Ärzten und 17 Pflegepersonen erscheint als ausreichend. Einschlusskriterien sind angegeben.	3 Punkte
Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist kurz und mangelhaft beschrieben.	2 Punkte
Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Einwilligung vom Ethikkomitee wurde angeführt. Von allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wurde ein informed consent eingeholt.	4 Punkte

Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind klar beschrieben und übersichtlich dargestellt. Tabellen und Originalzitate der Partizipantinnen und Partizipanten ergänzen den Text.	4 Punkte
Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da nur Ärztinnen und Ärzte sowie diplomiertes Pflegepersonal aus einer ausgewählten Notaufnahme rekrutiert wurden, ist die Übertragbarkeit nicht gegeben.	2 Punkte
Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es sind ausführliche Empfehlungen für die Praxis angegeben aber keine Empfehlungen für die Forschung.	3 Punkte
Total:	29 Punkte = 80 %

Studie: Balancing safety and harm for older adults with dementia in rural emergency departments: healthcare professionals' perspectives (Hunter et al. 2017)

Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält Population und Setting, aber kein Design und wenige Keywords. Der Abstract ist gut gegliedert. Hintergrund, Methode, Ergebnisse und Zusammenfassung sind angeführt.	3 Punkte
Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Hintergrund der Studie ist gut formuliert und es wird eine Forschungslücke aufgezeigt. Das Forschungsziel wird am Ende der Einleitung angegeben.	4 Punkte
Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist übersichtlich gestaltet und die Vorgehensweise ist gut erklärt.	4 Punkte
Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	

Die Samplegröße von 12 Partizipantinnen und Partizipanten erscheint relativ wenig. Der Rekrutierungsprozess ist angeführt, jedoch keine Beschreibung der Charakteristika. Ein- und Ausschlusskriterien sind nicht angeführt.	2 Punkte
Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist verständlich beschrieben.	4 Punkte
Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein positives Votum des Ethikkomitees ist gegeben. Limitationen der Studie werden aufgezeigt.	3 Punkte
Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Ergebnisteil ist gut strukturiert und mit einer Tabelle sowie Originalzitate der Partizipantinnen und Partizipanten untermauert.	4 Punkte
Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der geringen Stichprobengröße ist eine Übertragbarkeit nicht gegeben. Allerdings dienen die Ergebnisse der Wissenserweiterung.	3 Punkte
Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Empfehlungen für die Forschung werden angeführt.	3 Punkte
Total:	30 Punkte = 83%

Studie: A Survey of Emergency Department Staff About Challenges and Recommendations for Emergency Department Care of Extended Care Facility Patients (Edwards et al. 2012)

Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beschreibt kurz den Inhalt der Studie. Der Abstract ist gut gegliedert, beschreibt Ziel, Design, Stichprobe, Ergebnisse und Schlussfolgerung. Forschungsempfehlungen sind angeführt.	4 Punkte
Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung beschreibt die wichtigsten Informationen über den Hintergrund. Zum Schluss ist das Ziel der Studie angeführt.	4 Punkte
Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist nicht mit Zwischentitel untergliedert und wirkt daher unübersichtlich. Inhaltlich sind alle relevanten Informationen zur Vorgehensweise beschrieben. Die Hauptthemen des Fragebogens sind aufgelistet.	3 Punkte
Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sample ist angegeben. Nur 22% der ausgewählten Partizipantinnen und Partizipanten haben auf die Umfrage geantwortet. Ein- und Ausschlusskriterien werden nicht angegeben.	3 Punkte
Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist beschrieben, aber mit wenig Details.	3 Punkte
Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es werden keine Informationen über eine Zustimmung des Ethikkomitees beschrieben. Limitationen sind in der Studie angegeben.	2 Punkte
Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Ergebnisteil ist kurzgehalten. Es werden viele Tabellen zur Erklärung verwendet. Hauptergebnisse werden teilweise erst bei der Diskussion näher beschrieben.	3 Punkte

Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Übertragbarkeit dieser Studie ist nicht möglich.	2 Punkte
Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungsempfehlungen werden angeführt. Diese Umfrage dient als Ausgangspunkt für weitere Forschung. Empfehlungen für die Praxis werden nicht angeführt.	3 Punkte
Total:	27 Punkte = 75%

Studie: Care of the Older Adult in the Emergency Department: Nurses Views of the Pressing Issues (Boltz et al. 2013)

Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel sind Population und Setting angegeben. Das Design steht nicht explizit drinnen, man kann aber darauf schließen, dass es sich um eine qualitative Studie handelt. Der Abstract enthält Ziel, Methode, Ergebnisse sowie Forschungs- und Praxisempfehlungen. Jedoch wird kein Hintergrund angegeben.	3 Punkte
Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Einleitungsteil ist gut strukturiert – vom Allgemeinen zum Spezifischen. Weder Forschungsziel, noch Forschungsfrage wird in der Einleitung erwähnt.	2 Punkte
Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil enthält wenige Zwischentitel. Design, Messinstrument (definiert und erklärt), verwendete Fragen und Datenanalyse. Setting und Stichprobe werden in der Methode nicht angegeben. Detaillierte Angaben zur Datensammlung fehlen.	2 Punkte
Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Stichprobe umfasst Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die bereits an einer Umfrage teilgenommen haben. Die Auswahl und die	4 Punkte

wichtigsten Charakteristika des Samples werden beschrieben. Die Samplegröße scheint mit 527 Partizipantinnen und Partizipanten als angemessen.	
Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse ist sehr detailliert beschrieben.	4 Punkte
Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wird nicht angeführt. Es sind verschiedene Maßnahmen beschrieben, um die Vertrauenswürdigkeit zu gewährleisten. Limitationen sind angegeben.	3 Punkte
Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind verständlich und übersichtlich dargestellt. Tabellen und Originalzitate werden angeführt.	4 Punkte
Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Studie ist trotz großer Stichprobenanzahl nicht übertragbar, weil die Auswahl der Partizipantinnen und Partizipanten sehr spezifisch ist.	2 Punkte
Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es werden sowohl Empfehlungen für die Praxis als auch für die Forschung gegeben.	4 Punkte
Total:	28 Punkte = 77%

Studie: Emergency nurses' knowledge and self-rated practice skills when caring for older patients in the Emergency Department (Rawson et al. 2017)

Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält wichtige Keywords, Setting, Population und spiegelt den Inhalt der Studie wieder. Das qualitative Design ist nicht	4 Punkte

angeführt, lässt sich aber anhand des Titels erkennen. Der Abstract ist gut gegliedert und enthält alle wichtigen Informationen.	
Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Forschungshintergrund wird klar dargelegt. Eine Forschungslücke wird aufgezeigt und das Forschungsziel wird beschrieben.	4 Punkte
Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist übersichtlich gegliedert. Auf Design, Setting, Datensammlung, Partizipantinnen und Partizipanten, Datenanalyse und Ethik wird detailliert eingegangen.	4 Punkte
Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Stichprobe wird angegeben. Ein- und Ausschlusskriterien werden dargelegt. Responserate ist ersichtlich.	4 Punkte
Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist nachvollziehbar. Das Signifikanzlevel ist angeführt.	4 Punkte
Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum ist angegeben und Bias werden diskutiert.	4 Punkte
Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Ergebnisteil ist kurz und daher etwas kompliziert beschrieben. Die eingebauten Tabellen erleichtern das Verständnis der Ergebnisse.	3 Punkte
Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Generalisierbarkeit ist eingeschränkt.	2 Punkte
Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse dienen als Grundlage für weitere Forschung. Die Ergebnisse helfen dabei zu verstehen, wo in der Pflegepraxis angesetzt werden muss, um die Versorgung zu verbessern.	3 Punkte

Total:	32 Punkte = 89%
---------------	-----------------------

Studie: Facilitators and barriers to safe emergency department transitions for community dwelling older people with dementia and their caregivers: A social ecological study (Parke et al. 2013)

Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist lang ausformuliert, beinhaltet alle zentralen Kriterien. Der Abstract ist gut strukturiert, jedoch fehlt das Forschungsziel sowie Empfehlungen für weitere Forschung.	3 Punkte
Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Der Einleitungsteil ist kompliziert verfasst. Der Hintergrund wird erst nach den Forschungszielen beschrieben. Anschließend erfolgt ein weiterer Unterpunkt worin die Forschungsziele nochmals angegeben werden.	3 Punkte
Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Im Methodenteil wird das Design, Sample und die Vorgehensweise der Datensammlung und Datenanalyse detailliert aufgezeigt.	4 Punkte
Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplegröße beträgt 24 Personen. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Ein- und Ausschlusskriterien sind gut beschrieben.	4 Punkte
Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Analyseprozess ist deutlich beschrieben.	4 Punkte
Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es liegt ein positives Ethikvotum für die Studie vor. Außerdem wurde von allen ausgewählten Organisationen eine Genehmigung eingeholt. Rigor wird angegeben.	4 Punkte
Results: Is there a clear statement of the findings?	

Die Ergebnisse sind verständlich und mit Originalzitate untermauert.	4 Punkte
Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Übertragbarkeit dieser Studie ist aufgrund des qualitativen Designs und der geringen Stichprobe nicht gegeben.	2 Punkte
Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es werden einige Empfehlungen für die Forschung gegeben, es fehlen aber explizite Empfehlungen für die Praxis.	3 Punkte
Total:	31 Punkte = 86%

Studie: Shortfalls in residents' transfer documentation: Challenges for emergency department staff (Morphet et al. 2013)

Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist verständlich, beinhaltet die wesentlichsten Keywords, jedoch fehlt das Design. Der Abstract ist mangelhaft ausgearbeitet. Es fehlt das Forschungsziel sowie Praxis- und Forschungsempfehlungen.	3 Punkte
Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist gut strukturiert – vom Allgemeinen zum Spezifischen. Die Forschungslücke und das Forschungsziel sind erwähnt.	4 Punkte
Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil ist im Fließtext dargestellt. Er gibt einen kurzen Überblick über Design, Setting, Stichprobengröße, Datensammlung und Datenanalyse.	3 Punkte
Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling umfasst Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus einer anderen Studie, somit sind die Ein- und Ausschlusskriterien nicht bekannt. Eine Stichprobengröße von 408 erscheint als angemessen.	3 Punkte

Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Der Prozess der Datenanalyse wird mangelhaft beschrieben.	3 Punkte
Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Es wurden zwei ethische Genehmigung eingeholt. Limitationen werden angegeben.	4 Punkte
Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind mit Tabellen untermauert und in Unterkategorien gegliedert.	4 Punkte
Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Studie ist nicht übertragbar.	2 Punkte
Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es werden nur Empfehlungen für weitere Forschungen gegeben. Die Ergebnisse dienen ausschließlich der Wissenserweiterung.	3 Punkte
Total:	29 Punkte = 80%

Studie: Transactions between older people and the hospital environment: A social ecological analysis (Parke & Chappell 2010)

Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel könnte durch eine genauere Beschreibung des Themas verbessert werden. Der Abstract beinhaltet weder Hintergrund und Schlussfolgerung noch Praxis- und Forschungsempfehlungen.	2 Punkte
Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist gut verständlich. Es wird kein Forschungsziel angeführt.	3 Punkte
Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	

Der Methodenteil ist im Fließtext verfasst und ermöglicht einen guten Überblick über die Vorgehensweise.	4 Punkte
Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplinggröße wird angegeben. Ein- und Ausschlusskriterien sind detailliert angeführt.	2 Punkte
Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse ist gut beschrieben.	4 Punkte
Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Studie wurde vom Ethikkomitee genehmigt. Vertrauenswürdigkeit und Authentizität wurde gewährleistet.	4 Punkte
Results: Is there a clear statement of the findings?	
Der Ergebnisteil ist gut gegliedert und Originalzitate verbessern das Verständnis.	4 Punkte
Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Übertragbarkeit der Studie ist durch die ausgewählte Methode nicht möglich.	2 Punkte
Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Es werden sowohl Praxis- als auch Forschungsempfehlungen angegeben.	4 Punkte
Total:	29 Punkte = 80 %