



Bachelorarbeit

Wenn die Liebsten sterben...

Begleitung Angehöriger von terminalen Patientinnen und Patienten im Akutspital

Departement: Gesundheit, Institut für Pflege
Modul: BA.PF.D92

Studierende: J. Kaufmann
S16542847

Studierende: L. Schnyder
S16542870

Begleitende Lehrperson: Dr. V. Waldboth

Modulverantwortliche: A. Krug

Studienjahr: 2016

Eingereicht am: 13. April 2018

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1. Einleitung.....	4
1.1 Relevanz der Thematik.....	4
1.2 Fragestellung.....	5
2. Theoretische Einbettung.....	7
2.1 Calgary Familien-Assessment-Modell	7
2.2 Calgary Familien-Interventions-Modell	8
3. Klärung der Begriffe.....	10
3.1 Familie.....	10
3.2 Terminal	10
3.3 Bedürfnisse	11
4. Methode.....	12
4.1 Literaturrecherche	12
4.2 Beurteilung der Literatur	16
5. Ergebnisse.....	17
5.1 Information, Kommunikation und Entscheidungsfindung.....	24
5.1.1 Wissen was passiert.	24
5.1.2 Verständliche und einfühlsame Kommunikation.....	25
5.1.3 Gemeinsame Entscheidungsfindung.....	27
5.2 Symptommanagement	27
5.3 Respekt und Würde.....	28
5.4 Erwartungen an die Pflege	29
5.5 Unterstützung der Angehörigen über den Tod hinaus.....	30
5.6 Pflegeumgebung / Sterbeort.....	31
6. Diskussion	32

6.1 Kommunikationstheorie	32
6.2 Calgary Familien-Assessment-Modell	34
6.2.1 Assessment der Struktur	34
6.2.2 Assessment der Entwicklung.	38
6.2.3 Funktionelles Assessment.	42
6.2 Calgary Familien-Interventions-Modell	44
6.2.1 Veränderung des kognitiven Bereichs der Familienfunktion.	45
6.2.2 Veränderung des affektiven Bereichs der Familienfunktion.	46
6.2.3 Veränderung des verhaltensbezogenen Bereichs der Familienfunktion. ..	48
6.3 Konsequenzen für die Pflege	49
6.4 Limitationen	51
6.5 Beantwortung der Fragestellung	52
6.6 Schlussfolgerung	53
Literaturverzeichnis	54
Tabellenverzeichnis	58
Abbildungsverzeichnis	58
Anzahl Wörter	58
Danksagung	59
Eigenständigkeitserklärung	60
Anhang A – Suchstrategie CINAHL	62
Anhang B – Suchstrategie PubMed	63
Anhang C – Suchstrategie Hand-Suche	63
Anhang D – Critical Appraisal nach AICA	64
Anhang E – Auszug aus dem AICA; quantitative Fragen	97
Anhang F – Auszug aus dem AICA; qualitative Fragen	99

Abstract

Einleitung

Terminale Patientinnen und Patienten gehören zum Berufsalltag der Pflegefachpersonen in Akutspitälern. Meist werden die sterbenden Personen durch ihre Angehörigen begleitet und unterstützt. Die mit dem Tod eines nahestehenden Menschen konfrontierten Angehörigen sollten ebenfalls durch Pflegefachpersonen begleitet und betreut werden. Diese Bachelorarbeit befasst sich mit den Bedürfnissen von Angehörigen terminaler Patientinnen und Patienten im Akutspital.

Methode

Zwischen Oktober und Dezember 2017 wurde anhand von definierten Ein- und Ausschlusskriterien eine systematisierte Literaturrecherche in den pflegewissenschaftlichen Datenbanken CINAHL Complete und PubMed durchgeführt. Während dieses Prozesses konnten elf Studien und eine Literatur Review eingeschlossen werden.

Ergebnisse

Kommunikation, Symptommanagement, Respekt und Würde, Erwartungen an die Pflege, Unterstützung der Angehörigen über den Tod hinaus und Pflegeumgebung/Sterbeort können als übergeordnete Bedürfnisse der Angehörigen zusammengefasst und beschrieben werden.

Diskussion

Die erfassten Bedürfnisse der Angehörigen konnten auf das Calgary Familien-Modell übertragen und mit Hilfe dessen Kategorien, kritisch diskutiert werden. In terminalen Patientensituationen kann die Arbeit mit dem Familien-Modell eine gelungene familienzentrierte Pflege fördern.

Keywords

needs, terminal care, family, patient, relatives, hospital, Calgary Familien-Modell

1. Einleitung

Pflegende kommen während ihrer Arbeit im Akutspital regelmässig mit sterbenden Patientinnen und Patienten in Kontakt. Zahlen aus England zeigen, dass etwa ein Viertel der vorhandenen Spitalbetten von Patientinnen und Patienten in ihrem letzten Lebensjahr belegt werden (Al-Qurainy, Collis, & Feuer, 2009). In der Schweiz sind im Jahr 2012 von 64'173 Todesfällen etwas mehr als 25% in Spitälern vorgekommen (H+ Die Spitäler der Schweiz, n.d.). Angaben zu den folgenden Jahren fehlen (Corinne Di Loreto, Bundesamt für Statistik, persönliche Anfrage, 29. September, 2017). Aufgrund der demographischen Entwicklung in der Schweiz kann davon ausgegangen werden, dass sich diese Zahlen kaum verändert haben.

Oft erfolgt die Einweisung ins Akutspital erst wenn die belastenden Symptome schwer kranker Menschen nichtmehr gehandhabt werden können und/oder die Angehörigen mit der Situation überlastet sind (Feichtner & Pusswald, 2017). In anderen Fällen verschlechtert sich der Gesundheitszustand der Patientin oder des Patienten im Verlauf der stationären Behandlung zunehmend so, dass sie von den zuständigen Fachpersonen als *terminal* eingeschätzt werden.

Meist werden Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase von den Angehörigen begleitet und unterstützt. In solchen Situationen begleiten Pflegefachpersonen nebst den Sterbenden meist auch die Angehörigen der sterbenden Person.

1.1 Relevanz der Thematik

Angehörige sind wichtige Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten und dadurch wertvolle Partnerinnen und Partner der Pflegefachpersonen (Feichtner & Pusswald, 2017). Um mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes und dem bevorstehenden Tod eines geliebten Menschen umgehen zu können, brauchen Angehörige Unterstützung (Dosser & Kennedy, 2012). Nebst Informationen und dem Einbezug in Entscheidungen brauchen sie auch Bestätigung, Vertrauen sowie Ruhe und Privatsphäre (Witkamp, Droger, Janssens, van Zuylen, & van der Heide, 2016). Werden die Angehörigen miteinbezogen und unterstützt, können sie wertvolle Ressourcen für die Pflegenden sein (Feichtner & Pusswald, 2017). Der Einbezug der

Angehörigen als Pflegeeinheit (unit of care) ist eine zentrale Aufgabe der Pflegefachpersonen (Naef, 2017) und wird auch von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) gefordert (Haagen & Möller, 2013).

Diesen Bedürfnissen gerecht zu werden gestaltet sich in der Praxis oft schwierig, da das Sterben in Spitälern meist unpersönlich und nicht familiär verläuft. Es fehlt an Räumen um mit den Patientinnen, Patienten und ihren Angehörigen zu sprechen. Zusätzliche Herausforderungen sind die Lautstärke und die Hektik auf den Pflegestationen. Hinzu kommt, dass sich einige Pflegefachpersonen unsicher in der Kommunikation mit Angehörigen in terminalen Situationen fühlen (Dosser & Kennedy, 2012). Nur eine Minderheit der Sterbenden und ihrer Angehörigen werden von einem spezifisch ausgebildeten Palliative Care Team betreut (Al-Qurainy et al., 2009). Der Bund geht in der nationalen Strategie für Palliative Care davon aus, dass 80% der Pflege und Behandlung aller palliativen Patientinnen und Patienten in der Grundversorgung, das heisst nicht in spezialisierten Palliative Care-Einrichtungen, stattfindet (Bundesamt für Gesundheit, 2016). Daher sollten auch Pflegefachpersonen ohne spezifische Palliative Care-Ausbildung über ein vertieftes, evidenzbasiertes Wissen bezüglich der Bedürfnisse der Angehörigen terminaler Patientinnen und Patienten verfügen.

1.2 Fragestellung

Die Inzidenz an Todesfällen in Schweizer Spitälern erfordert eine an die Bedürfnisse der sterbenden Menschen und deren Familien angepasste Pflege in der Grundversorgung sowie in der spezialisierten Palliative Care. Daraus leitet sich für diese Bachelorarbeit folgende Fragestellung ab:

„Welches Bedürfnis an Begleitung und Betreuung beschreibt die Literatur bei Angehörigen von terminalen Patientinnen und Patienten im Akutspital?“

Ziel der Arbeit ist es, die Bedürfnisse der Angehörigen von terminalen Patientinnen und Patienten im Akutspital aufzuzeigen.

Damit soll zu einer Sensibilisierung der Pflegefachpersonen in dieser Thematik beigetragen werden. Pflegende sollen fachkompetent und sicher agieren damit terminale Situationen trotz aller Herausforderung positiv erlebt werden können.

2. Theoretische Einbettung

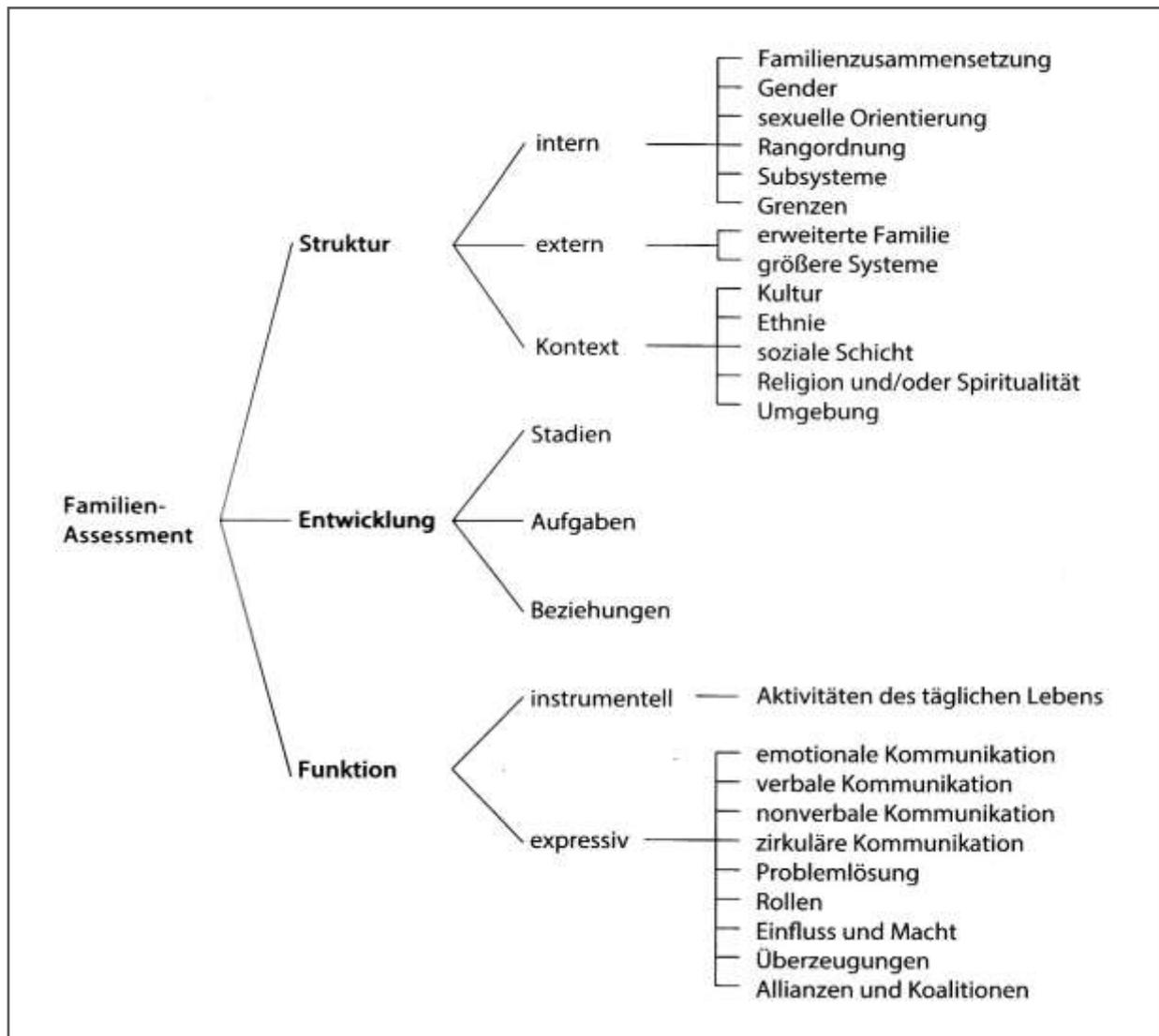
Die Fragestellung dieser Bachelorarbeit fokussiert die Bedürfnisse der Angehörigen in terminalen Situationen. Um die Ergebnisse in einem theoretischen Bezug zu erklären, eignet sich das Calgary-Modell. Ziel des Modells ist die Gesundheit der Familien zu fördern und/oder emotionale Probleme zu lindern, sowie die Familie in die Pflege miteinzubeziehen (Wright & Leahey, 2013). Im folgenden Kapitel wird das Calgary-Modell erläutert.

2.1 Calgary Familien-Assessment-Modell

Das Calgary Familien-Assessment-Modell (CFAM) ist ein Instrument das geeignet ist, um Probleme in den Familien zu erfassen. Es besteht aus den drei Hauptkategorien Struktur, Entwicklung und Funktion. Diese sind wiederum in verschiedene Subkategorien unterteilt und im Baumdiagramm der Abbildung 1 dargestellt. Mit der Struktur ist die Familienzusammensetzung, die Beziehung der Familienmitglieder zueinander sowie deren Lebenssituation gemeint. Die Entwicklung der Familie wird von ihrer Vergangenheit, der Gegenwart und den Zukunftserwartungen beeinflusst. Der Verlust eines Vaters bringt demnach für eine Familie mit kleinen Kindern andere Herausforderungen und Aufgaben mit sich, als für eine Familie deren Kinder bereits erwachsen sind. Bei der Funktion geht es darum, das Verhalten der Familienmitglieder zu einem bestimmten Zeitpunkt zu erfassen. Pflegende müssen entscheiden welche Kategorien und Subkategorien relevant sind um die Bedürfnisse der jeweiligen Familie einzuschätzen. Erleben Familien Belastungen auf emotionaler, psychischer oder spiritueller Ebene wie beispielsweise in terminalen Situationen, ist die Verwendung des CFAM indiziert (Wright & Leahey, 2013).

Abbildung 1

Baumdiagramm CFAM



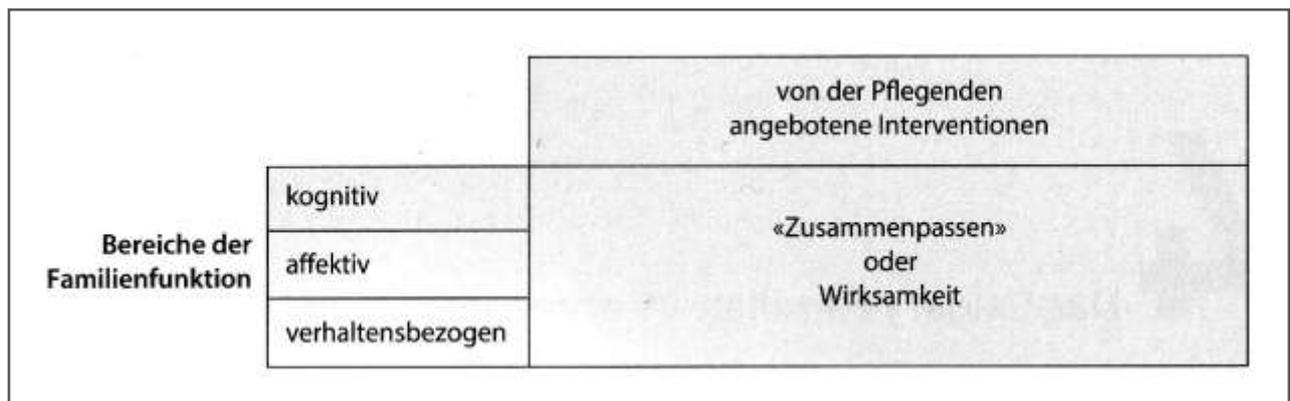
2.2 Calgary Familien-Interventions-Modell

Nach Festhalten der Bedürfnisse der Angehörigen gilt es zu entscheiden ob Interventionen angezeigt sind. Das Calgary Familien-Interventions-Modell (CFIM) hilft gezielte Interventionen abzuleiten und zu konzeptualisieren. Ziel dabei ist die Förderung und Aufrechterhaltung der Funktion einer Familie.

Das Modell unterscheidet dabei den kognitiven, den affektiven und den verhaltensbezogenen Bereich. Interventionen im kognitiven Bereich beabsichtigen neue Ideen, Meinungen und Informationen zu vermitteln um die Familie zur Lösung ihrer Probleme zu befähigen. Interventionen im affektiven Bereich helfen Probleme zu lösen. Dabei sollen intensive Emotionen gefördert oder reduziert werden. Verhaltensbezogene Interventionen haben zum Ziel Probleme zu lösen indem die Familienmitglieder lernen, anders miteinander zu interagieren und umzugehen (Wright & Leahey, 2013). Ob die angebotenen Interventionen auf die Bedürfnisse der Familie passen und wirksam sind muss überprüft werden. Dies ist grafisch in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2

CFIM: Die Schnittstellen zwischen Bereichen der Familienfunktion und Interventionen



3. Klärung der Begriffe

Um ein grundlegendes Verständnis der zentralen Begrifflichkeiten der Fragestellung zu schaffen, werden diese nachfolgend definiert.

3.1 Familie

Angehörige und *Familie* sind eng verbundene Begriffe und werden in der deutschen Sprache oft synonym verwendet; sie werden deshalb nachfolgend gemeinsam definiert.

Die Familie ist ein System oder eine Einheit deren Mitglieder miteinander verwandt sein können aber nicht müssen. Diese Gruppe von Individuen wird durch starke emotionale Bande zusammengehalten. Es besteht ein Zugehörigkeitsgefühl sowie eine Bindung zwischen den Mitgliedern welche künftige Verpflichtungen miteinschliesst. Kinder können, müssen aber nicht dazugehören (Wright & Leahey, 2013).

3.2 Terminal

In der Pflegepraxis werden die Begriffe *Terminal* und *Palliativ* oft verwechselt oder nicht klar zueinander abgegrenzt verwendet.

„Die Terminalphase beschreibt den Zeitpunkt von einigen Wochen, manchmal Monaten, vor dem Tod, in denen die Aktivität der Patientinnen und Patienten durch die Erkrankung zunehmend eingeschränkt ist“ (Nauck, Jaspers, Zernikow, & Knipping, 2008, S. 221).

Palliative Care hingegen meint die aktive und umfassende Pflege und Behandlung von Patientinnen und Patienten, deren Krankheiten nicht mehr kuriert werden können (Steffen-Bürgi & Knipping, 2008).

In diesem Sinne ist die terminale Pflege ein Teil der Palliative Care, wobei Palliative Care nicht ausschliesslich die Pflege und Behandlung terminaler, also sterbender Menschen meint.

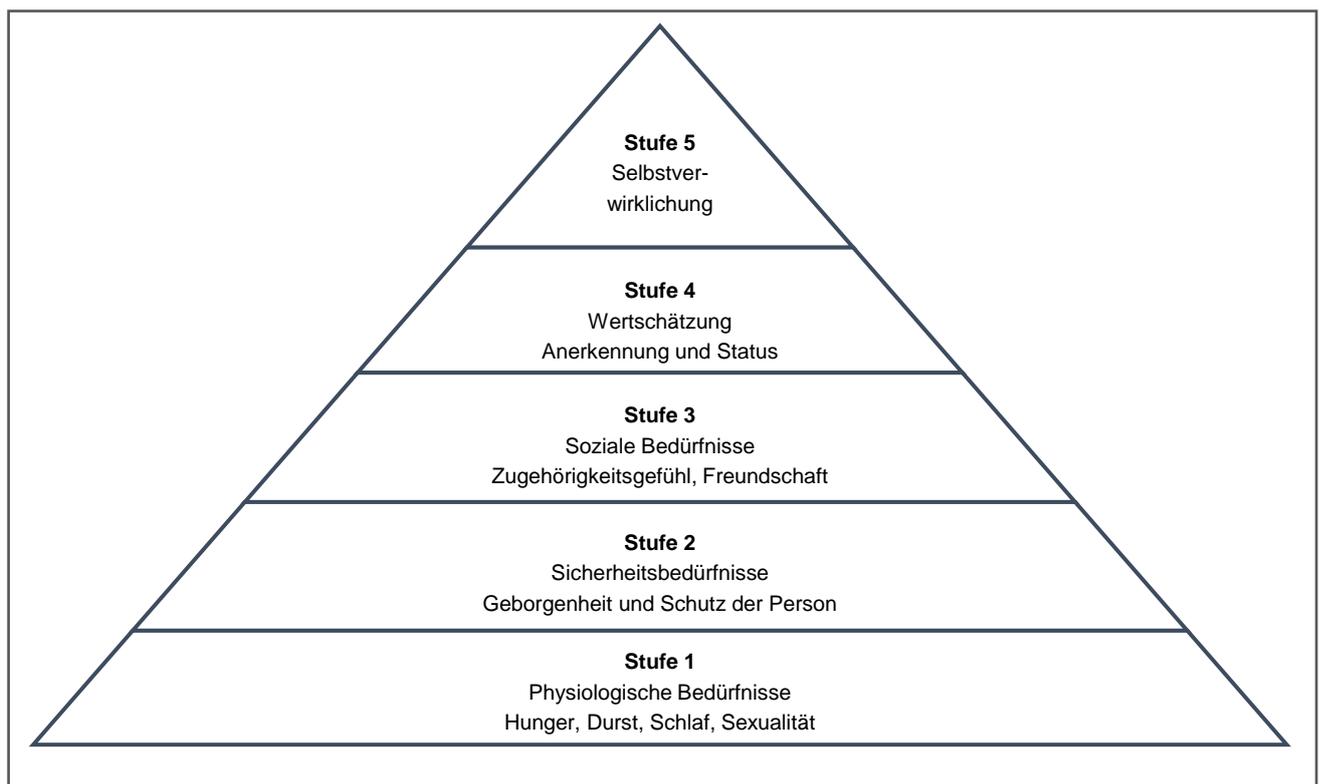
3.3 Bedürfnisse

„Ein Bedürfnis ist der Wunsch oder das Verlangen nach etwas. Es ist ein Gefühl jemanden oder einer Sache zu bedürfen, etwas nötig zu haben. Im materiellen Sinne meint es eine Lebensnotwendigkeit, etwas das unbedingt zum Leben gebraucht wird“ (Duden-online, n.d.).

In der Psychologie werden fünf menschliche Grundbedürfnisse unterschieden. Sie hängen zusammen und können, wie in Abbildung 3 dargestellt, hierarchisch nach Priorität geordnet werden. Ist das wichtigste Grundbedürfnis gestillt, kommt das nächste Bedürfnis zum Vorschein (Maslow, 1943).

Abbildung 3

Bedürfnispyramide nach Maslow



4. Methode

Das folgende Kapitel soll die methodische Herangehensweise der Autorinnen an die Fragestellung der Bachelorarbeit erläutern.

4.1 Literaturrecherche

Von Oktober bis Dezember 2017 wurde eine systematisierte Literaturrecherche in den pflegewissenschaftlichen Datenbanken CINAHL Complete und PubMed durchgeführt. In Tabelle 1 ist der Entstehungsprozess zu den verwendeten Suchbegriffen beschrieben. Weiter wurde auf Literatur aus diversen Hochschulbibliotheken des Kantons Zürich zurückgegriffen. Die von Fachexpertinnen und Fachexperten empfohlenen Quellen und solche die per *Hand-Suche* gefunden werden konnten, wurden ebenfalls berücksichtigt.

Tabelle 1

Weg zu den Suchbegriffen

	Begriff Deutsch	Synonyme	Englisch	MESH Subject Headings
Population	Angehörige, Familienmitglieder, Familie, soziales Umfeld	Vertraute, Freunde, Partner, Ehepartner, Kinder, Eltern, Lebenspartner	member, relative, family, kin, social environment, friends, partner, associate, children, parents, spouse, life partner	<u>PubMed</u> family, spouses <u>CINAHL Complete</u> extended family
Setting	Spital, Akutspital, Krankenhaus	Klinik	hospital, clinic, infirmary	<u>PubMed</u> hospital* <u>CINAHL Complete</u> hospitals
Phänomen	Terminale Phase, Sterbephase	Letzte Lebensphase, Zeit vor dem Tod	terminal, die, decease, last phase of life, end of life* end-of-life	<u>PubMed</u> terminal care, hospice care <u>CINAHL Complete</u> terminally care Saba CCC
	Begleitung, Unterstützung, Bedürfnisse	Hilfestellung, Hilfe, Beratung	need*, support*, help, contribution, assistance	<u>PubMed</u> helping behaviour, social support
*Freie Begriffe da keine passenden Subject Headings				

Die in Tabelle 2 dargestellten und für die Recherche verwendeten Suchbegriffe wurden mit den bool'schen Operatoren *AND* und *OR* kombiniert.

Tabelle 2

Verwendete Suchbegriffe für Recherche

	Datenbank	Suchbegriffe
Population	CINAHL Complete	relatives, family, famil*
	PubMed	family, spouses
Setting	CINAHL Complete	hospital, acute hospitals
	PubMed	hospitals
Phänomen	CINAHL Complete	terminal care, palliative care, end-of-life care, dying patient, needs, support, caring, dying
	PubMed	terminal care

Die Suche wurde auf deutsch- und englischsprachige Publikationen und Arbeiten ab dem Jahr 2007 eingeschränkt, um die Aktualität der Suchergebnisse zu gewährleisten. Die Suchergebnisse wurden anhand der, in Tabelle 3 dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien, selektioniert. Der detaillierte Suchprozess ist in Anhang A-C einsehbar.

Tabelle 3

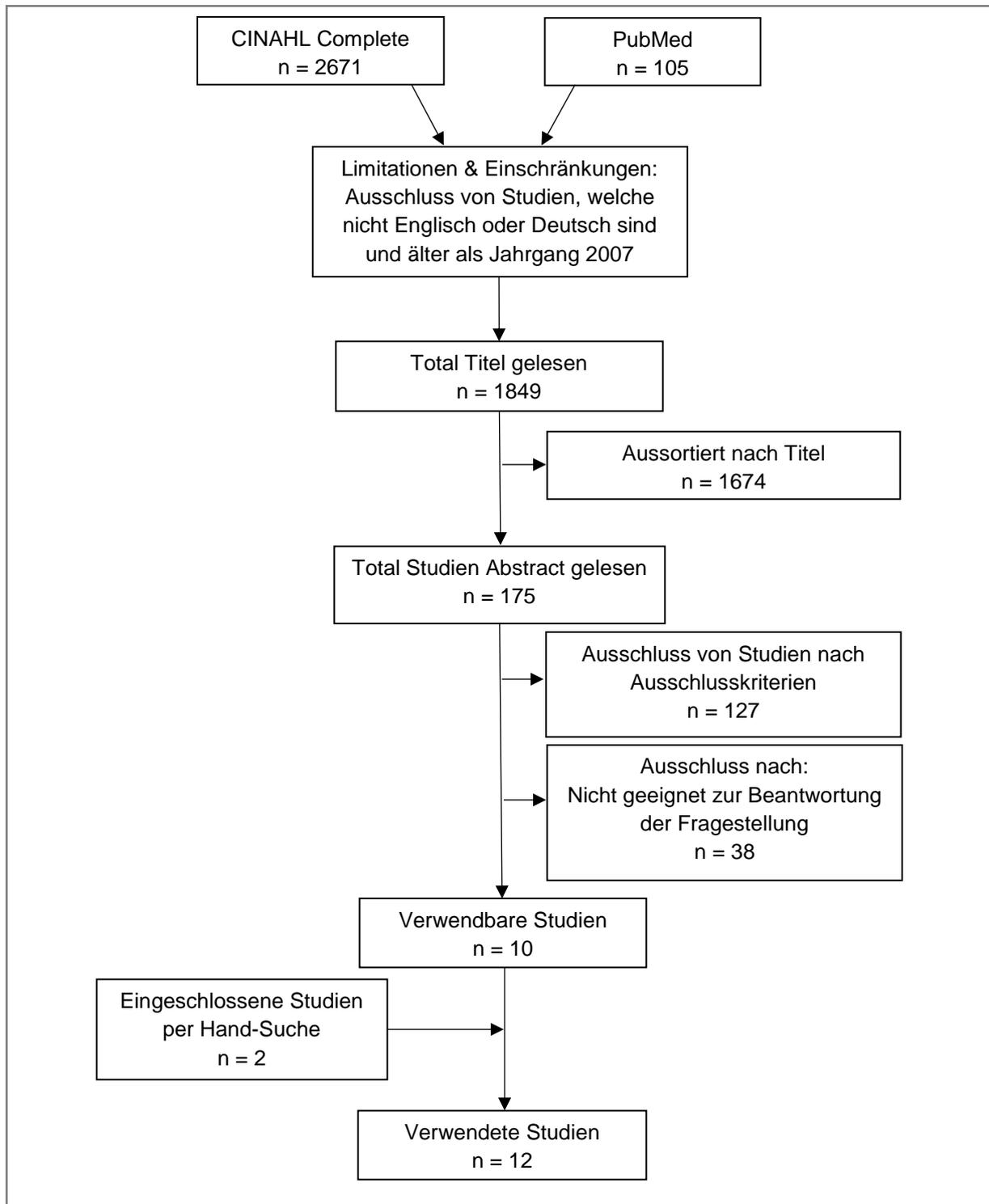
Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Erwachsene Personen (über 18 Jahren)	Personen unter 18 Jahren Nicht pflegerische Interventionen
Akutspital	Langzeitinstitutionen, Hospize, Spitex, Alters- und Pflegeheime, Rehabilitationen, Ambulatorien, Pflege zuhause
Sterbeprozess und Abschiedsrituale Pflegerische Interventionen inkl. Anleitung und Instruktion Trauerphasen und Begleitung in der Trauer	Reanimationssituationen

Personen unter 18 Jahren wurden ausgeschlossen, da sich die Begleitung von Eltern sterbender Kinder wesentlich von der Begleitung Angehöriger erwachsener Patientinnen und Patienten unterscheidet. Die Begleitung von Hinterbliebenen nach einer Reanimationssituation bedarf ebenfalls anderer Interventionen als die Begleitung von länger andauernden, terminalen Situationen. Da sich die Bachelorarbeit mit Bedürfnissen der Angehörigen im Akutspital befasst, wurden andere Settings sowie nicht pflegerische Interventionen ebenfalls ausgeschlossen. Das in Abbildung 4 dargestellte Flowchart gibt detaillierten Aufschluss über den Selektionsprozess der Literatur.

Abbildung 4

Flowchart



4.2 Beurteilung der Literatur

Mit Hilfe der Arbeitsschritte des Arbeitsinstruments Critical Appraisal (AICA) (Ris & Preusse-Bleuler, 2015) wurden die ausgewählten Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt.

Qualitative Studien wurden anhand von Leitfragen, basierend auf LoBondo-Wood & Haber (2005) sowie Burns & Grove (2005) zusammengefasst. Zur kritischen Würdigung wurden die vier Kriterien zur Vertrauenswürdigkeit nach Lincoln & Guba (1985) verwendet. Die Zusammenfassung und Würdigung der Mixed-Method Studien erfolgte ebenfalls mit den Leitfragen und Gütekriterien dieser Autoren. Bei diesen Studien waren vor allem die qualitativen Ergebnisse für die Beantwortung der Fragestellung relevant. Die Leitfragen zur Zusammenfassung von quantitativen Studien basieren auf Lincoln & Guba (1985), LoBondo-Wood & Haber (2005) sowie Burns & Grove (2005). Die Güte wurde anhand der Gütekriterien nach Bartholomeyczik, Linhart, Mayer & Mayer (2008) eingeschätzt.

Bei der Zusammenfassung der Review-Studie wurde mit den qualitativen Leitfragen gearbeitet, weil die Ergebnisse qualitativ dargestellt wurden. Zur kritischen Würdigung fand das Arbeitsinstrument Critical Appraisal Skills Programme (CASP) von Evans, Lasen & Tsey (2015) Verwendung.

Die Evidenz aller Studien wurde mit der 6S-Pyramide nach DiCenso, Bayley & Haynes (2009) eingeschätzt. Alle Zusammenfassungen und kritischen Würdigungen sowie das AICA-Raster befinden sich im Anhang D bis F.

Diese Instrumente wurden aufgrund ihrer Eignung für ein Critical Appraisal gewählt (Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Da die Autorinnen in deren Anwendung geübt sind.

5. Ergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus der Literaturrecherche vorgestellt. Tabelle 4 gibt einen Überblick über die bearbeiteten Studien und deren Resultate. Im zweiten Teil dieses Kapitels werden die Ergebnisse in übergeordnete Kategorien aufgeteilt und ausführlich beschrieben. Die Kategorienbildung erfolgte nicht anhand einer wissenschaftlichen Vorgehensweise.

Alle Forschungen wurden in den Jahren 2008 bis 2016 veröffentlicht. Drei Studien wurden mit einem quantitativen Ansatz erarbeitet, zwei haben ein Mixed-Method Design und bei einer Studie handelt es sich um eine Literatur-Review. Die anderen sechs Arbeiten basieren auf einem qualitativen Forschungsdesign. Handelte es sich bei der Population nur um die Angehörigen, war das Studiendesign jeweils retrospektiv. Dies wurde von den Forscherinnen und Forschern mit der Rücksichtnahme auf die Belastung der Angehörigen während einer terminalen Situation begründet. Diese Herangehensweise wurde in sechs Studien gewählt. Bei den anderen Studien wurden zusätzlich die Patientin, der Patient und/oder das Fachpersonal befragt.

Die Ergebnisse aller Studien sind glaubwürdig und nachvollziehbar. Elf der eingeschlossenen Forschungen lassen sich dem untersten Evidenzlevel der 6S-Pyramide zuordnen (DiCenso et al., 2009). Die eingeschlossene Literatur-Review verwendet sekundäre Daten und befindet sich daher auf dem drittuntersten Evidenzlevel. Acht der verwendeten Arbeiten stammen aus Europa, drei aus Australien und eine aus Amerika. Alle Journals in denen die Publikationen veröffentlicht wurden, sind peer-reviewed und alle Studien hatten die Genehmigung eines Ethikkomitees.

Tabelle 4

Überblick der Ergebnisse

Nr.	Autor/ Land	Jahr	Design/Sample	Forschungsfrage/-ziel	Hauptresultate	Evidenz
1	Bužgová, R., Špatenková, N., Fukasová-Hajnová, E., & Feltl, D. Tschechische Republik	2016	observational, cross-sectional study N=270	Es sollen die Wichtigkeit der befriedigten und unbefriedigten Bedürfnisse der Angehörigen erfasst werden. Unter Berücksichtigung ihres soziodemografischen Hintergrundes und des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten.	Es konnten vier Bedürfniskategorien gebildet und mit den soziodemografischen Hintergründen sowie dem Gesundheitszustand der sterbenden Person in Verbindung gebracht werden: <ul style="list-style-type: none"> • Grundlegende Information (Basic information) • Information über die Pflege und Behandlung (Information on treatment and care) • Unterstützung (Support) • Patientenkomfort (Patient comfort) 	Erstes Evidenzlevel
2	Caswell, G., Pollock, K., Rowan Harwood, R., & Porock, D. England	2015	qualitativer, ethnografischer Forschungsansatz mit dem Mixed-Methods Design N=42	Es soll ein Verständnis geschaffen werden, welche Faktoren und Prozesse die Pflege von gebrechlichen, alten, im Spital sterbenden Patientinnen und Patienten, sowie deren pflegende Angehörige beeinflussen.	Die Ergebnisse wurden aus verschiedenen Sichtweisen mit einzelnen Unterkategorien dargestellt. <ul style="list-style-type: none"> • Das Setting • Perspektive des Fachpersonals (Staff Perspectives) <ul style="list-style-type: none"> • Schlechte Nachrichten überbringen (Giving bad news) • Rolle der Pflegefachperson (Role of the nurse) • Die wahrgenommenen Grenzen des Verständnisses der pflegenden Angehörigen (perceived limitations to carers' understanding) • Perspektive der Angehörigen (Carers' perspectives) <ul style="list-style-type: none"> • Schlechte Nachrichten Erhalten: 	Erstes Evidenzlevel

					<p>Klarheit (Receiving bad news: Clarity)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlechte Nachrichten erhalten: mangelnde Klarheit (Receiving bad news: Lacking clarity) • Sich Gehör verschaffen (Seeking a hearing) • Missverständnis durch falsche Signale (Misdirection from external cues) • Sich verlassen fühlen (Feeling abandoned) • Fallstudie (Case study) 	
3	Clark, K., Cain, J., Campbell, L., & Byfieldt, N. Australien	2015	Mixed-Method Studie N=10	Dokumentation der Erlebnisse von Personen welche den Tod eines Angehörigen im Akutspital miterlebt haben mit Hilfe des Quality of Dying and Death (QoDD) Fragebogens. Lücken zwischen Erwartungen der Angehörigen und der üblichen Pflegepraxis sollen aufgedeckt werden.	<p>Der QoDD Score lag bei 68.64 mit einer Standardabweichung von ± 16.41. Die QoDD wurde beeinflusst durch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation mit der Familie über die Pflegeziele • Kommunikation mit der Familie über den bevorstehenden Tod • Sterbeort • Sorgen der Familie über den Verlust der Würde • Symptomkontrolle • Unterstützung der Familie nach dem Tod 	Erstes Evidenzlevel
4	Donnelly, S., & Dickson, M. Neuseeland	2013	Grounded Theory N=12	Es sollen die Erfahrungen der Angehörigen, der Ärzte und der Pflegefachpersonen von sterbenden Patientinnen und Patienten erforscht werden. Ziel ist herauszufinden, ob sich die Pflege und Betreuung Sterbender verändert hat. Zudem	<p>Die Resultate können in drei Kategorien aufgeteilt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Themen der Familie Die Familien verwiesen häufig auf die Qualität des Personals und das Feingefühl und die Empathie für ihre Situation. Mangel an Aufmerksamkeit 	Erstes Evidenzlevel

				sollen die Ergebnisse der Studien aus den Jahren 1983 und 2003 untermauert oder widerlegt werden.	<ul style="list-style-type: none"> gegenüber der Familie wurde mit dem Mangel an Pflege gleichgesetzt. Themen der Pflegefachpersonen Die Pflegenden schätzten die Zeit mit den Angehörigen und mit den sterbenden Personen in Kontakt zu kommen und auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen zu können. Themen der Ärzte Die Ärzte bemühten sich, den Familien Erklärungen zu liefern und waren dankbar dafür, wenn die Familien ihre Dankbarkeit ausdrückten. 	
5	Dosser, I., & Kennedy, C. Schottland	2012	Phänomenologie N=41	Ziel der Forschung war, es die gegenwärtige Praxis der Begleitung und Betreuung von Angehörigen terminaler Patientinnen und Patienten zu untersuchen.	Es konnten fünf Kategorien erarbeitet werden: <ul style="list-style-type: none"> Wertschätzung und Respekt In Würde sterben Abgleichung von Kenntnissen und Wissen Moral des Personals Nachbetreuung Die Kommunikation kristallisierte sich als Schlüsselthema heraus.	Erstes Evidenzlevel
6	McNamara, B., & Rosenwax, L. Australien	2010	Populationsbasierte Querschnittstudie mit einem retrospektiven Cohort design N=1071	Die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen am Lebensende der Patientinnen und Patienten im Akutspital sollen beschreiben werden.	Die Bedürfnisse konnten in verschiedene Themen aufgeteilt werden: <ul style="list-style-type: none"> Was die pflegenden Angehörigen wussten und wollten Rolle der pflegenden Angehörigen und erhaltene Hilfestellung Gesundheitszustand und Umgang nach dem Tod der Patientin, des Patienten 	Erstes Evidenzlevel
7	Mossin, H., & Landmark, B. T.	2011	Grounded Theory ohne primäre	Ziel ist ein vertieftes Verständnis der Erfahrungen Angehöriger terminaler	Es konnten verschiedene Kategorien gebildet werden:	Erstes Evidenzlevel

	Norwegen		Hypothese N=8	Patientinnen und Patienten zu erarbeiten.	<ul style="list-style-type: none"> • Präsenz aufrechterhalten (Maintaining presence) zeigte sich als übergeordnetes Thema. • Sich zurechtfinden (to find one's place) • Wissen (to know) • Gegenseitige Unterstützung (to support each other) • Mit dem Ende umgehen können (to terminate) 	
8	Spichiger, E. Schweiz	2008	Interpretative Phänomenologie N=20	Das aktuelle Erleben von Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen in der end-of-life (EOL) care während der Hospitalisation soll beschrieben werden.	Es konnten vier Kategorien gebildet werden: <ul style="list-style-type: none"> • Leben mit einer terminalen Erkrankung • Erleben der Hospitalisation • Engagement und geleistete Pflege durch die Fachpersonen • Erleben der Pflegeinterventionen 	Erstes Evidenzlevel
9	Virdun, C., Lockett, T., Davidson, P.M., & Phillips, J. Australien	2015	Systematic Review N=8, eingeschlossene Studien Daten von 1141 Sterbenden und 3117 Familien	Es sollen die fünf wichtigsten Elemente der EOL care aus quantitativen Studien identifiziert werden.	Vier Domänen (Betroffene und Familien): <ul style="list-style-type: none"> • Wirksame Kommunikation und gemeinsame Entscheidungsfindung (effective communication and shared decision making) • Professionelle Pflege (expert care) • Gute körperliche Pflege (good physical care) • Symptommanagement (symptom management) <ul style="list-style-type: none"> • Integrierte Pflege (integrated care) • Respektvolle und einfühlsame Pflege (respectful and compassionate care) • Vertrauen in Ärzte und Pflegepersonen (trust and confidence in clinicians) 	Drittes Evidenzlevel

					Domäne (nur Betroffene): <ul style="list-style-type: none"> • Angepasste Patientenumgebung (adequate environment for care) • Erleichterung der Last (minimising burden) Domänen (nur Familien): <ul style="list-style-type: none"> • Finanzielle Angelegenheiten (financial affairs) 	
10	Williams, B. R., Lewis, D. R., Burgio, K. L., & Goode, P.S. Amerika	2012	Retrospektive, qualitative, in depth, face to face Interviews N=78	Die Integration von EOL Standards und ihren Gehalt für die Angehörigen soll aufgezeigt und evaluiert werden.	Es konnten fünf Pflegeinterventionen, welche die Angehörigen dabei unterstützen während der Sterbephase im Spital anwesend zu sein, identifiziert werden: <ul style="list-style-type: none"> • Familie informieren • Beruhigende Aufmerksamkeit bieten • Mitgefühl zeigen • Letzte Aufgaben / Handlungen erleichtern • Wahrung der Patientenwürde 	Erstes Evidenzlevel
11	Witkamp, E., Droger, M., Janssens, R., van Zuylen, L., & van der Heide, A. Holland	2015	Retrospektive cross-sectional Interviewstudie N=249	Ziel ist das, Erleben von Angehörigen, Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase zu untersuchen und herauszufinden welche Faktoren die Qualität (QoDD) der EOL care beeinflussen.	Komponenten welche mit der Qualität des Sterbens und des Todes (QoDD) in Verbindung gebracht wurden: <ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz des bevorstehenden Todes • Medizinische Versorgung, Symptommanagement • Vorbereitung auf die Todesumstände • Geteilte Entscheidungsfindung • Persönliche Pflege • Unterstützung der Angehörigen 	Erstes Evidenzlevel
12	Witkamp, F. E., van Zuylen, L., Borsboom, G., van der Rijt, C. C. D., & van der Heide, A.	2016	retrospective questionnaire study N=451	Es wird untersucht wie die Angehörigen von Patientinnen und Patienten im Akutspital in der letzten Lebensphase der Patientinnen und Patienten miteinbezogen werden und	Bedürfnisse im Hinblick auf die Position und Rolle der Angehörigen im Spital: <ul style="list-style-type: none"> • Information und Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • Verständlichkeit • Aktualität 	Erstes Evidenzlevel

Holland

welche Erfahrungen sie machen.

- Sensibilität
 - Einbindung und Entscheidungsfindung
 - Anerkennung
 - Vertrauen
 - Ruhe und Privatsphäre
-

5.1 Information, Kommunikation und Entscheidungsfindung

Genügend Information und eine offene Kommunikation wurden in beinahe allen von den Autroinnen berücksichtigten Publikationen thematisiert und scheint ein zentrales Thema zu sein. Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Kommunikation zwischen Pflegefachpersonen und Angehörigen der sterbenden Patientinnen und Patienten. Die Kommunikation mit den Sterbenden wird nur am Rande thematisiert, da dies für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant ist. Dieses umfassende Thema wird in drei Subkategorien aufgeteilt.

5.1.1 Wissen was passiert.

Angehörige wünschen sich mehr Informationen (McNamara & Rosenwax, 2010) und erachten die Pflegenden als ihre wichtigsten Informationsquellen. In sie wird das Vertrauen gesetzt, dass eine Informationsweitergabe erfolgt, wenn sich der Patientenzustand verändert, verschlechtert oder die Sterbephase eintritt. Dies auch zu Zeiten, in denen die Angehörigen nicht im Spital anwesend sind.

So beschreibt eine Frau, wie ihr die unmittelbare Mitteilung über den sich verschlechternden Gesundheitszustand ihres Vaters ermöglichte, ihn beim Sterben zu begleiten. Wo diese Möglichkeit fehlte, wurden Angehörige telefonisch durch die Pflegefachpersonen informiert. Freundlichkeit, Trost und emotionale Unterstützung durch die Pflegenden schienen die Brutalität des Todes zu mildern, wenn Hinterbliebene die verstorbene Person noch einmal besuchten (Williams, Lewis, Burgio, & Goode, 2012).

In vielen Fällen waren Informationen über das weitere Vorgehen vor oder nach dem Tod unzureichend, und es wurden keine Gespräche im Hinblick auf den herannahenden Tod geführt (Clark, Cain, Campbell, & Byfieldt, 2015). So blieben einer Frau die Angaben über den sich verschlechternden, aussichtslosen Gesundheitszustand ihres Mannes vorenthalten (Dosser & Kennedy, 2012) und er starb unerwartet.

Für 22.1% der befragten Angehörigen kam der Tod der Patientin, des Patienten überraschend. Von 249 Befragten wurden 64% durch die Ärzteschaft über

den bevorstehenden Tod ihres Familienmitglieds informiert. Vielen wurde jedoch erst im Verlaufe der Zeit bewusst, dass der Tod für die Patientin, den Patienten herannahte (McNamara & Rosenwax, 2010). Bei Sterbenden mit einem veränderten Bewusstseinszustand waren sich die Angehörigen des herannahenden Todes bewusster. Sie wurden aber trotzdem durch die Ärzteschaft darüber informiert (Witkamp, van Zuylen, Borsboom, van der Rijt, & van der Heide, 2015). Der zeitnahen Information der Angehörigen, damit diese sich von der sterbenden Person verabschieden zu können, wird grosse Wichtigkeit beigemessen. Dies trägt zum Zufriedenheitsgefühl bei (Witkamp et al., 2016). Familiäre Bezugspersonen erachten die Bereiche *grundsätzliche Information* (Basic Information) und *Information über Behandlung und Pflege* (Information on treatment and care) als wichtig. Insbesondere bei Patientinnen und Patienten die nicht mehr dazu in der Lage sind sich verbal auszudrücken ist die ausführliche Information der Angehörigen von grosser Bedeutung (Bužgová, Špatenková, Fukasová-Hajnová, & Felzl, 2016).

5.1.2 Verständliche und einfühlsame Kommunikation.

Es werden sowohl positive als auch negative Äusserungen zum Thema Kommunikation beschrieben. Einerseits wird berichtet, dass die sterbende Person nach ihren Wünschen gefragt und diese nach Möglichkeit erfüllt wurden (Clark et al., 2015). Andererseits besteht für die Angehörigen auch das Bedürfnis nach einer besseren Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal. Die Kommunikation beschränke sich auf die Informationsweitergabe. Es wurde sich kaum nach den persönlichen Empfindungen der Angehörigen und ihrem Umgang mit der Situation erkundigt. Pflegende bestätigen dies. Gespräche mit den Angehörigen dienten hauptsächlich dazu, sie über den Gesundheitszustand der Patientin, des Patienten auf dem Laufenden zu halten, oder andere Informationen weiter zu geben (Dossier & Kennedy, 2012). Die Ambivalenz von positiven und negativen Erlebnissen wird auch dadurch erkenntlich, dass einige Pflegende als gute Zuhörer, engagiert und für Gespräche verfügbar beschrieben wurden. Ihnen wurde zudem die Fähigkeit, adäquat zu kommunizieren, zu Gute gehalten. Andere Pflegende wurden als kalt, distanziert und unsensibel empfunden (Spichiger, 2008). Angehörige wünschen sich

so viele Informationen wie möglich und erwarten seitens der Pflegenden, dass sie schwierige Themen ansprechen und sich der Wichtigkeit dieser bewusst sind (Dosser & Kennedy, 2012). Die Art der Kommunikation wird dann geschätzt, wenn sie überwiegend adressatengerecht und einfühlsam ist (Donnely & Dickson, 2013). Eine ehrliche Kommunikation wird genauso wichtig eingestuft wie die Verfügbarkeit von Informationen durch das Fachpersonal. Familiengespräche zur Aufklärung über den aktuellen Gesundheitszustand der sterbenden Person sind wichtig (Virdun, Luckett, Davidson, & Phillis, 2015). Die Verständlichkeit der Informationen in Bezug auf die Patientensituation und deren Aussichten ist ein weiteres Bedürfnis. Der Erhalt von Informationen stellt für einige Angehörige eine Herausforderung dar, da es gelegentlich mit Schwierigkeiten verbunden ist mit Ärzten in Kontakt zu treten. Der Erhalt von widersprüchlichen Informationen wird als verwirrend beschrieben (Witkamp et al., 2016). Die Familien hatten Mühe damit, Informationen zu erhalten und die Erklärungen der Ärzteschaft waren nicht ausreichend. Fand ein Gespräch statt, wurde der Tonfall gegenüber den Angehörigen als ärgerlich interpretiert (Clark et al., 2015). Die positiven und negativen Erfahrungen können in zwei Bereiche eingeteilt werden. Einerseits das Erhalten von *klar formulierten, schlechten Nachrichten* (Receiving bad news: Clarity) und andererseits *unklar formulierte, schlechte Nachrichten* (Receiving bad news: Lacking Clarity). Zusammenfassend kann im Bereich *klare Information* (Clarity) gesagt werden, dass eine offene und einfühlsame Kommunikation die Angehörigen im Bewusstsein um den herannahenden Tod unterstützt. Im Bereich *unklare Information* (Lacking Clarity) kann zusammenfassend aufgeführt werden, dass die Angehörigen nicht explizit darüber informiert wurden, dass die Patientin, der Patient sterben würde. Das Verständnis für die Situation wurde dadurch negativ beeinflusst. Es wird ebenfalls angemerkt, dass sich die Angehörigen der eventuell gegebenen Informationen nicht mehr bewusst waren oder dass die gegebenen Informationen nicht klar, sondern mehrdeutig, beschönigend und unverständlich waren. Diese missverständliche Weitergabe von Informationen könnte dazu führen, dass die Angehörigen Hoffnungen hegen und Erwartungen aufrechterhalten, die nicht realistisch sind (Caswell, Pollock, Harwood, & Porock, 2015).

5.1.3 Gemeinsame Entscheidungsfindung.

Angehörige legen einen grossen Wert auf Informationen bezüglich des Patientenzustands und dessen Verlauf. Ist die sterbende Person nicht mehr dazu in der Lage Entscheidungen zu treffen, möchten die Angehörigen informiert und in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden. (Witkamp et al., 2016). In der gemeinsamen Entscheidungsfindung wünschen sich die Angehörigen Unterstützung. Daraus resultiert das Gefühl, die Kontrolle über das Management der Pflege ihres sterbenden Angehörigen zu haben (Virdun et al., 2015). Angehörige, die mit ihrer Rolle als Entscheidungsvertreter für die Patientinnen, die Patienten zufrieden waren, galten als besser informiert und hatten das Gefühl, die Entscheidungen zusammen mit der Ärzteschaft gefällt zu haben. Jene Angehörigen, die viel Zeit bei der betroffenen Person im Spital verbracht hatten, fühlten sich besser informiert und hatten eher das Gefühl und die Möglichkeit in den Entscheidungsprozess miteingebunden zu sein. Diejenigen Familienmitglieder die nicht aktiv miteingebunden wurden, fühlten sich vernachlässigt und konnten sich schwerer mit den getroffenen Entscheidungen abfinden (Witkamp et al., 2016). Angehörige beschreiben ihre Beteiligung an der Entscheidungsfindung mit 70% als genügend (Witkamp et al., 2015).

5.2 Symptommanagement

Das effiziente und gründliche Assessment sowie die von den Patientinnen und Patienten beschriebenen Symptome und deren Behandlung werden von den Angehörigen als wichtiges Element der terminalen Pflege beschrieben. Dabei geht es vor allem um das Symptommanagement bei Schmerzen und Agitation (Virdun et al., 2015). Von den Angehörigen (N=249) am häufigsten genannte Symptome in den letzten 24 Lebensstunden der sterbenden Personen waren Mundtrockenheit (N=128), Bewusstseinsveränderung (N=120), Fatigue (N=115), Dyspnoe (N=113), Agitation (N=95), Schmerz (N=92) und Angst (N=69). Dabei litten viele Patientinnen und Patienten an mehreren Symptomen gleichzeitig. Die Symptome Angst und Agitation standen am engsten mit der niedrigen Qualität des Sterbens und des Todes (QoDD) in Zusammenhang. In 53% der Fälle berichteten die Angehörigen von einem

wirksamen Symptommanagement (Witkamp et al., 2015). In einer weiteren Studie beschreiben die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer ebenfalls vielfältige Symptome. Dabei wird Schmerz am häufigsten genannt. Trotz variierendem Erfolg im Symptommanagement wird darauf hingewiesen, dass Fachpersonen bei der Behandlung der Symptome ihr Bestes geben (Spichiger, 2008).

Auch pflegende Angehörige berichten von vielen Symptomen welche ihr sterbendes Familienmitglied zu bewältigen hatte. Am häufigsten genannt wurden Schmerz, Depression und Zorn. Mussten sich die Angehörigen mit mehreren dieser Symptome in verschiedenen Schweregraden auseinandersetzen, äusserten sie oft, nicht genug Unterstützung durch die Fachpersonen erhalten zu haben (McNamara & Rosenwax, 2010). In einer weiteren Studie wird häufig Verwirrtheit und die damit verbundene Angst einer Selbstverletzung der betroffenen Person, gefolgt von Schmerzen und Atemproblemen genannt (Clark et al., 2015). Beim Vergleich von demographischen Daten mit Interventionen welche Angehörige als wichtig erachten, konnten verschiedene Korrelationen hergestellt werden. Es besteht ein (statistisch) signifikanter Zusammenhang zwischen dem Beziehungsstatus ($z=2.739$; $P=0.006$) sowie der Kommunikationsfähigkeit der verstorbenen Person ($z=2.177$; $P=0.029$) und der Gewichtung des Patientenkomforts durch die Angehörigen. Ehe- und Lebenspartnerinnen und -partner legten mehr Wert auf den Patientenkomfort als etwa Kinder. Angehörige deren verstorbenes Familienmitglied kommunizieren konnte, erachteten den Patientenkomfort ebenfalls wichtiger als Angehörige von Patientinnen und Patienten mit Kommunikationseinschränkungen (Bužgová et al., 2016).

5.3 Respekt und Würde

Viele Studien thematisieren das Bedürfnis nach einer würdevollen Pflege und einen rücksichtsvollen Umgang mit den Angehörigen. Die Achtung der Patientenwürde und der Respekt gegenüber der Sensibilität von Familienmitgliedern wird von Angehörigen rückblickend als tröstend empfunden (Williams et al., 2012). Mitgefühl, Interesse, Unterstützung und Respekt werden als zentral angesehen. Ein freundlicher Umgang (z.B. Begrüssung und Verabschiedung) wird von den

Betroffenen geschätzt. Fachpersonen welche gut zuhören können, engagiert sind, auf unausgesprochene Signale reagieren und adäquate Gespräche führen, werden positiv erlebt (Virdun et al. 2015). Trotz viel Lob gab es jedoch auch negative Erfahrungen, diese wurden wiederholt thematisiert und waren schwierig wieder zu vergessen (Spichiger, 2008). Unter anderem wurde der Würdeverlust aufgrund von Inkontinenz und der fehlenden Privatsphäre angesprochen (Clark et al. 2015). Pflegende Angehörige beschrieben wie wichtig es war, dass ihre Arbeit und Erfahrung durch die Fachpersonen wertgeschätzt und sie in die Pflege des geliebten Menschen miteinbezogen wurden (Dosser & Kennedy, 2012).

5.4 Erwartungen an die Pflege

Einige Angehörige berichten von positiven Erfahrungen mit den Pflegefachpersonen, andere erlebten die Pflege negativ (Caswell et al., 2015). Viele äusserten, geringe Erwartungen an die Pflegefachpersonen zu haben, da diese viel zu tun hätten und sie ihnen nicht zur Last fallen wollten. Oft wird auch angesprochen, dass die Stimmung und Atmosphäre stark von der zuständigen Pflegefachperson abhängig sei (Donnelly & Dickson, 2013). Ermutigen Pflegende die Angehörigen ihre Bedürfnisse auszudrücken und werden diese erfasst, wird es geschätzt (Williams et al., 2012). Die Fachpersonen sollen die Hintergründe der Situation kennen, diese richtig einschätzen und eine individuelle Pflege bieten (Spichiger, 2008). Gute Pflege wird von einigen familiären Bezugspersonen mit einer guten Körperpflege und dem Gefühl, dass die Pflege auch in ihrer Abwesenheit fachgemäss durchgeführt wird, gleichgesetzt (Virdun et al., 2015). Das Vertrauen in die Umsetzung von Besprochenem ist wichtig (Witkamp et al., 2016). Ein guter sozialer Umgang und die Fähigkeit, Emotionen zu zeigen, erachten Angehörige als zentrale Kompetenz (Spichiger, 2008). Einzelne beschreiben die Ergriffenheit der Pflegenden aufgrund von Emotionen wie z.B. Tränen (Donnelly & Dickson, 2013). Sensibilität und eine ruhige Präsenz wird ebenfalls geschätzt (Williams et al., 2012). Sind Fachpersonen zu wenig einfühlsam, bedeutet dies für viele Angehörige emotionalen Stress (Caswell et al., 2015). Pflegende sollen interessiert, involviert und für die Anliegen der jeweiligen Familie ansprechbar sein (Witkamp et al., 2016). Zeit mit den

Patientinnen, den Patienten und deren Bezugspersonen zu verbringen sowie die Kontinuität der Pflege zu gewährleisten wird von einigen Angehörigen erwartet (Donnelly & Dickson, 2013). Die Anwesenheit der Pflegefachpersonen und die regelmässige Patientenüberwachung wird von den Familienmitgliedern geschätzt und in Phasen der Schichtübergabe vermisst (Williams et al., 2012). Negativ erlebt wird, wenn sich Pflegende zu wenig Zeit nehmen (Donnelly & Dickson, 2013), die Pflege zu routiniert oder inadäquat durchgeführt wird und Details übersehen werden (Spichiger, 2008). Pflegende Angehörige beschreiben, als gleichwertige Partner und wichtige Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten wahrgenommen werden zu wollen (Witkamp et al., 2015). 57% der befragten Angehörigen empfinden die emotionale Unterstützung als genügend (Witkamp et al., 2016).

5.5 Unterstützung der Angehörigen über den Tod hinaus

Es konnten signifikante Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Daten und den unbefriedigten Bedürfnissen Angehöriger von Patientinnen und Patienten in terminalen Situationen dokumentiert werden. Nicht Erwerbstätige ($z = -1.917$; $p = 0.046$) Angehörige empfinden eher fehlende Unterstützung als solche Angehörige mit einer Vollzeit- oder Teilzeitarbeitsstelle. Bei Hinterbliebenen, deren verstorbene Angehörige an einer physischen oder psychischen Beeinträchtigung litten und eine hohe Pflegebedürftigkeit aufwiesen, konnte ein signifikanter Zusammenhang ($z = 2.292$; $p = 0.022$) zu einer, als mangelnd empfundenen Unterstützung, hergestellt werden (Bužgová et al., 2016). Die Gesundheit verschlechterte sich bei 50% aller hinterbliebenen pflegenden Angehörigen nach dem Tod der Patientin, des Patienten wenig bis stark. Diese gaben an, nicht genügend Unterstützung erhalten zu haben (OR . 2.03, 95% CI . 1.50-2.76). Eine ähnliche Tendenz konnte bei den Hinterbliebenen erfasst werden, die angaben an den meisten Tagen oder gar nicht mit dem Tod des Angehörigen umgehen zu können (OR . 1.47, 95% CI . .96-2.23) (McNamara & Rosenwax, 2010). Viele Angehörige sagten, sie wären froh gewesen mehr Unterstützung, entweder zum Zeitpunkt des Ablebens oder drei bis vier Monate nach dem Tod der verstorbenen Person, erhalten zu haben. Dabei wünschten sie sich praktische Unterstützung wie Essen oder Ruhe (Clark et al., 2015). Die

Anwesenheit einer Pflegefachperson während des Sterbens und die Unterstützung bei der Verabschiedung der Patientin, dem Patienten wurde als positiv erlebt. Dies wird auch in Bezug auf den Trost nach dem Tod und die Möglichkeit Zeit mit der verstorbenen Person zu verbringen geäußert (Williams et al., 2012). Die Möglichkeit mit einer Pflegefachperson sprechen zu können, sowie genügend Zeit, um sich von der verstorbenen Person verabschieden zu können wird von den Angehörigen geschätzt (Witkamp et al., 2016).

5.6 Pflegeumgebung / Sterbeort

Der Tod kommt für viele Angehörige plötzlich. Die Tatsache, dass die betroffenen Personen im Spital und nicht zuhause verstarben, ohne je eine andere Wahl gehabt zu haben wurde als Besorgniserregend (concern) empfunden. Es wurde angemerkt, dass die Pläne der betroffenen Personen ignoriert und das Sterben im Spital dahingehend forciert wurde, indem die Ärzteschaft nicht rechtzeitig Massnahmen einleiteten um eine Überweisung, zum Beispiel (z.B.) in ein Hospiz, zu organisieren (Clark et al., 2015).

Andere Angehörige beklagten, dass die Möglichkeit, Zeit im Spital zu verbringen, fehlte. Es wird erwähnt, dass zwar ein Aufenthaltsraum für die Patientinnen und Patienten vorhanden war, jedoch kein Ort an dem *private Zeit* verbracht werden konnte. Ebenfalls wird negativ angemerkt, dass für die Angehörigen keine Möglichkeit bestand, sich zu erfrischen oder umzuziehen (Dosser & Kennedy, 2012).

24.7% der befragten Angehörigen nehmen an, dass die verstorbene Person nicht am *Wunschort* sterben konnte. In einer Befragung der Angehörigen, konnte festgestellt werden, dass diese sich für ihr sterbendes Familienmitglied einen anderen Sterbeort gewünscht hätten (McNamara & Rosenwax, 2010).

6. Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse aus der verwendeten Literatur sind, kohärent und widersprechen sich nicht. Beschriebene Spannungsfelder wie zum Beispiel positive und negative Erlebnisse kommen vor allem in den qualitativen Studien vor. Im folgenden Kapitel werden diese Ergebnisse miteinander verglichen und diskutiert. Das Calgary Familien-Assessment und Calgary Interventions-Modell (Wright & Leahey, 2013) dienen als Grundlage der Diskussion.

Der Sterbeprozess und Tod eines geliebten Menschen bedeutet für die Angehörigen Stress. Zudem kann es Auswirkungen auf die physische und psychische Gesundheit der Hinterbliebenen haben. 12.8% der hinterbliebenen Angehörigen geben an, mit dem Verlust an den meisten Tagen, oder an allen Tagen nicht umgehen und nicht in ihren gewohnten Tagesablauf zurückkehren zu können (McNamara & Rosenwax, 2010). Das Calgary Familien-Modell kann für Pflegefachpersonen hilfreich sein, um eine Beziehung zu den Familien aufzubauen, ihre Bedürfnisse zu erfassen und geeignete Interventionen anzubieten. Obwohl dieses Modell in keiner der eingeschlossenen Studien berücksichtigt wurde, werden die Ergebnisse den verschiedenen Assessment- und Interventionskategorien zugeordnet und in einem grösseren theoretischen Rahmen diskutiert.

6.1 Kommunikationstheorie

Die Kommunikation wird in allen Studien als zentrales Thema erwähnt. Da sie auf alle Kategorien und Subkategorien des CFAM und des CFIM Einfluss nimmt, wird in diesem Kapitel separat darauf eingegangen. Das Calgary-Modell basiert auf verschiedenen Theorien. Darunter auch auf der Kommunikationstheorie nach Watzlawick (Wright & Leahey, 2013). Diese Kommunikationstheorie gründet auf vier Konzepten, welche mit den Ergebnissen aus den Studien in Verbindung gebracht werden.

Jede nonverbale Kommunikation ist bedeutungsvoll

Dieses Konzept basiert auf der Annahme das es unmöglich ist, nicht zu kommunizieren. Dabei muss der unmittelbare Kontext, in dem nonverbal

kommuniziert wird, mitberücksichtigt werden (Wright & Leahey, 2013). Wenn z.B. eine frisch operierte Person Schmerzen zum Ausdruck bringt, ist der Kontext anders, als wenn dies eine sterbende Person tut. Die Wichtigkeit, dieser nonverbalen Kommunikation Bedeutung beizumessen, wird auch von den Angehörigen in den untersuchten Studien erwähnt. So sollen Pflegende die Situation richtig wahrnehmen und auf unausgesprochene Signale reagieren (Vidrun et al., 2015).

Symmetrie und Komplementarität haben immer eine wechselnde Bedeutung in einer dyadischen Beziehung

Mit einer komplementären Beziehung ist gemeint, dass eine Person eine Information nimmt und die andere Person empfängt. Der Status zwischen den Personen ist also nicht gleich, sondern hierarchisch, wie dies bei Arzt-Patienten-Gesprächen oft der Fall ist. In einer symmetrischen Beziehung hingegen ist der Status der beiden Personen gleich, wie etwa bei einem Ehepaar welches gemeinsam einen Urlaub plant. Beide Beziehungen sind in bestimmten Situationen passend und gesund (Wright & Leahey, 2013). Ein Gleichgewicht zwischen diesen beiden Beziehungsformen zu finden ist eine Anforderung, die an Fachpersonen gestellt wird, die terminale Patientinnen und Patienten betreuen. Die Spannung zwischen diesen beiden Beziehungsformen kann die verschieden geäußerten Bedürfnisse der Familienmitglieder erklären. Angehörige wollen als gleichberechtigte Partnerinnen und Partner in Entscheidungen miteinbezogen werden (Vidrun et al., 2015). Sie wünschen sich auf einfache und verständliche Weise über den Zustand der sterbenden Person informiert zu werden (Williams et al., 2012).

Jede Kommunikation hat immer zwei Ebenen – Inhalt und Beziehung

So lautet ein weiteres Konzept der Kommunikationstheorie. Gemeint ist, dass Kommunikation immer aus einem Inhalt und aus der Art der Beziehung zwischen den kommunizierenden Personen besteht (Wright & Leahey, 2013). Wird die Information über den bevorstehenden Tod der terminalen Person, freundlich, einfühlsam und respektvoll mitgeteilt, kann man von einer vertrauensvollen Beziehung zwischen der Fachperson und den Angehörigen ausgehen. Wird dieselbe Information jedoch auf eine kalte, distanzierte Art weitergegeben, kann es die Beziehung belasten. Dies ist ein weiterer möglicher Grund dafür, dass Angehörige sowohl negative als auch

positive Erfahrungen in der Kommunikation mit dem Pflegepersonal gemacht haben (Clark et al., 2015; Spichiger, 2008).

Kommunikation hat immer zwei Transmissionskanäle – einen digitalen und einen analogen

Die verbale Kommunikation, also der eigentliche Inhalt einer Botschaft, ist die digitale Kommunikation. Mit der analogen Kommunikation ist neben den nonverbalen Signalen auch Musik, Dichtkunst und Malerei gemeint. Fehlt die Kongruenz zwischen diesen beiden Kommunikationskanälen gilt die analoge Botschaft als wichtiger für die Fachpersonen (Wright & Leahey, 2013).

Da das Konzept der Kommunikation im Bereich Funktion des CFAM weiter vertieft wird, werden die Ergebnisse der Studien im Kapitel *funktionelles Assessment* nochmals aufgegriffen, mit der Theorie in Verbindung gebracht und diskutiert.

6.2 Calgary Familien-Assessment-Modell

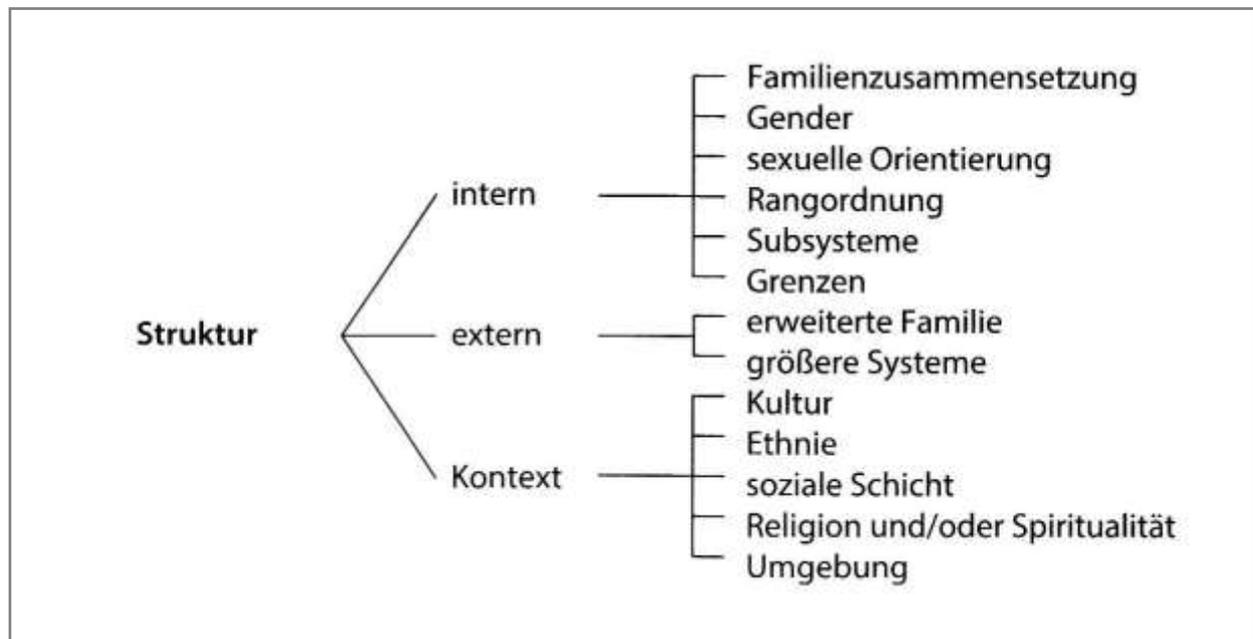
Das CFAM dient zum einen als Erfassungsinstrument beim Familien-Assessment und zum andern als ein strukturgebendes Konzept welches zum Ziel hat, mit Familien an der Lösung von Problemen zu arbeiten (Wright & Leahey, 2013). Pflegefachpersonen müssen in der Lage sein flexibel mit den verschiedenen Kategorien und Subkategorien zu agieren um komplexe Familiensituationen zu erfassen. Es wird von Angehörigen als wichtig angesehen, dass sie die Situation der Familie kennen und eine individuelle Pflege bieten können (Spichiger, 2008).

6.2.1 Assessment der Struktur.

Die Struktur des CFAM wird wie in Abbildung 5 dargestellt, in die Subkategorien *intern*, *extern* und *Kontext* unterteilt. Zusammenfassend kann zu dieser Kategorie gesagt werden, dass sich die Ergebnisse der einbezogenen Studien überwiegend decken und es nur wenige Abweichungen gibt.

Abbildung 5

Strukturelles-Assessment; Ausschnitt aus dem Baumdiagramm CFAM



Struktur – Intern.

Die Familie wird durch starke emotionale Bande zusammengehalten. Die familieninterne Struktur verändert sich, wenn ein Familienmitglied im Sterben liegt. Betroffene Familien versuchen ihre bisherige Struktur so gut als möglich aufrecht zu erhalten (Wright & Leahey, 2013). Da das alltägliche Leben nicht mehr als selbstverständlich angesehen werden kann und gewohnte Alltagsaktivitäten plötzlich Herausforderungen darstellen, muss sich die Familie neu organisieren. Aufgrund der terminalen Erkrankung des betroffenen Familienmitglieds muss sich die Familie professionelle Unterstützung suchen. So ist es z.B. einem Ehemann aufgrund seiner schweren Symptome nicht mehr möglich körperlich anstrengende Aufgaben im Haushalt zu übernehmen (Spichiger, 2008). Dies führt zu einer Umverteilung der innerfamiliären Rollen. In Bezug auf das CFAM gilt es für die Pflegenden die Struktur der Familie zu erkennen und zu überprüfen. Zudem muss erfragt werden wer zur Familie gehört, in welcher Beziehung die einzelnen Familienmitglieder zueinander stehen und wie sich die *üblichen* Strukturen und Bedürfnisse, aufgrund der Erkrankung des sterbenden Familienmitgliedes, bereits verändert haben (Wright & Leahey, 2013).

Wird ein sterbendes Familienmitglied hospitalisiert, muss die gewohnte Umgebung verlassen werden und eine unfamiliäre, befremdliche Situation steht bevor (Spichiger, 2008). Dabei können Angehörige an bisher unbekannte Grenzen stossen. Innerfamiliäre Grenzen verwischen und die jeweiligen Rollen im familiären System verändern sich. Solche Veränderungen bringen für die gesamte Familie neue Verantwortungen mit sich (Wright & Leahey, 2013). Oftmals fühlten sich die Angehörigen von der Pflege nicht genügend unterstützt, wenn die sterbenden Personen z.B. von Symptomen wie Schmerzen, Depressionen und Angst betroffen waren (McNamara & Rosenwax, 2010). Sind Angehörige mit solchen neuen Herausforderungen, wie dem Umgang mit Symptomen, konfrontiert, ist es die Aufgabe der Pflegefachpersonen diese zu erfassen. Unsicherheiten seitens der Angehörigen sollte dabei mit Respekt begegnet werden. Dies wird sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch von ihren Angehörigen als sehr wichtig angesehen (Virdun et al., 2015).

Bei den meisten, in diese Bachelorarbeit miteinbezogenen Studien, besteht das Sample der Angehörigen überwiegend aus Frauen. Dahingehend darf das Thema Gender in Bezug auf das CFAM nicht vernachlässigt werden. Es spielt eine wichtige Rolle in der Gesundheitsfürsorge. Frauen übernehmen nicht nur den grössten Teil der Verantwortung, sondern auch den grössten Teil der Pflege (Wright & Leahey, 2013). Dass die Bedürfnisse nicht zur Zufriedenheit erfüllt werden, wird überwiegend von den Frauen als negativ angebracht (Bužgová et al., 2016). Ist ein Familienmitglied psychisch oder physisch nicht mehr anwesend reduziert sich die Kontaktzeit zur Familie. Dies führt zu Verschiebungen der innerfamiliären Grenzen und verändert die Beziehungen der Mitglieder zueinander. Es gilt festzustellen wie die sterbende Person in das Familiensystem eingebettet ist und wie sich dieses durch die terminale Krankheit verändert hat. Die Bedürfnisse der davon betroffenen Angehörigen gilt es ebenfalls aufzunehmen (Wright & Leahey, 2013).

Auch die Erfassung der Bedürfnisse nach dem Tod des Familienmitglieds ist zentral. Jene Angehörigen die nicht genug Unterstützung während der Sterbephase und nach dem Tod der terminalen Person erhalten hatten, beschreiben ihren physischen und psychischen Gesundheitszustand als moderat bis schlecht. Sie

geben an, auch Monate nach dem Tod nicht mehr zu ihrem vorherigen Gesundheitszustand zurückgefunden zu haben (McNamara & Rosenwax, 2010).

Falls die sterbende Person nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen, muss eine Vertretungsperson definiert werden (Virdun et al., 2015). Diese Rollenumverteilung kann Einfluss auf die Rangordnung in der Familie haben. So ist es zum Beispiel möglich, dass ein jüngeres Kind aufgrund der Dimension der Beziehung als Vertretungsperson eingesetzt wird, gemäss der Rangordnung aber ein älteres Kind für diese Aufgabe in Frage käme. Bezogen auf das familiäre Subsystem muss für die Vertretungsperson die Möglichkeit bestehen, diese Machtposition zu übernehmen. Sie muss ihr auch von allen Beteiligten zugestanden werden (Wright & Leahey, 2013).

Struktur- Extern.

Externe Strukturen, wie etwa die erweiterte Familie, können zum Einsatz kommen um der betroffenen Angehörigen Unterstützung zu bieten. Für die meisten Familien stellt die Zusammenarbeit mit einem grösseren System, wie einem Spital, kein Problem dar. Es können sich jedoch auch schwierige Beziehungen entwickeln, welche negative Auswirkungen auf die familiären Strukturen haben. Gegenseitiger Respekt und professionelle Beziehungen zwischen Pflegenden und Familien sind daher grundlegend (Wright & Leahey, 2013). Caswell et al. (2015) führen mehrere Interviewpassagen an in denen der Beziehungsaufbau zwischen den Angehörigen und den Pflegenden nicht gelungen scheint und/oder als schwierig eingestuft wird. Ein ausführliches Assessment kann dem entgegenwirken und einen entscheidenden, positiven Einfluss haben (Wright & Leahey, 2013). Oftmals werden die Bedürfnisse der Familie nicht oder zu wenig wahrgenommen. Es gibt z.B. starke Unterschiede zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Angehörigen. Letztere fühlen sich oft weniger gut durch die Pflegefachpersonen unterstützt (Bužgová et al., 2016). Dies lässt die Vermutung zu, dass arbeitende Familienmitglieder auf ein erweitertes Familiensystem, wie Arbeitskolleginnen und -kollegen zurückgreifen können, welche sie in irgendeiner Weise unterstützen. Daher sollte die erweiterte Familie genauer erfragt werden, denn sie kann eine nicht sichtbare, aber sehr mächtige Kraft in der veränderten Familienstruktur sein (Wright & Leahey, 2013).

Struktur – Kontext.

Die Struktur beinhaltet, dass die Kultur und die Religion der betroffenen Familie wahrgenommen wird. Allgemein wird beschrieben, dass sich Angehörige und Pflegende mit demselben kulturellen Hintergrund eher verbunden fühlten (Donnelly & Dickson, 2013). Für die Pflegenden ist es demnach wichtig, ihr Bewusstsein für unterschiedliche Kulturen und deren Werte zu sensibilisieren damit individuell auf die einzelnen Familien eingegangen werden kann (Wright & Leahey, 2013). Die Erwartungen der Angehörigen an die Pflegenden können im Hinblick auf den kulturellen und sozialen Hintergrund ebenfalls mit dem CFAM erfasst werden. In den anderen, in diese Bachelorarbeit eingeschlossenen Studien, wurden keine Aussagen zu den weiteren Subkategorien der Struktur getätigt. Dies könnte daran liegen, dass während der Durchführung der Studien nicht danach gefragt wurde. Es könnte aber auch sein, dass die Angehörigen z.B. über ihre soziale Situation, keine Auskunft geben wollten. Die verwendeten soziodemografischen Daten deckten sich in keiner Studie mit den Subkategorien des Calgary-Modells.

6.2.2 Assessment der Entwicklung.

Pflegende müssen nicht nur die Familienstruktur erkennen, sondern auch wissen in welcher Entwicklungsphase sich die Familie befindet (Wright & Leahey 2013). Die dazugehörigen Subkategorien sind aus Abbildung 6 ersichtlich.

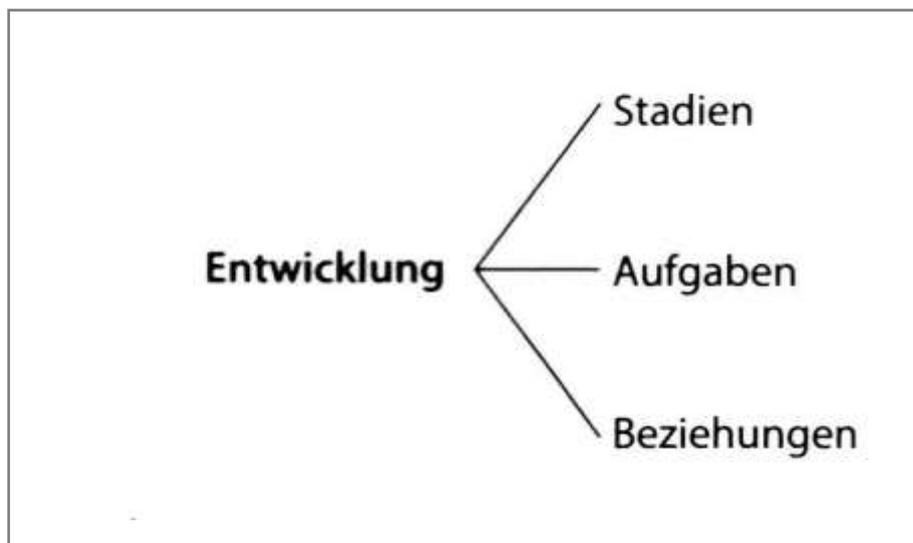
„Jede Familie hat ihre eigene Entwicklung, die von ihrer Vergangenheit, ihrer aktuellen Situation und ihren Zukunftserwartungen beeinflusst wird“ (Wright & Leahey, 2013, S. 105). Dabei gilt es die *Familienentwicklung* vom *Familienlebenszyklus* zu unterscheiden.

Die Familienentwicklung ist von vorhersagbaren und unvorhersagbaren Ereignissen geprägt (z.B. Krankheiten, Katastrophen und gesellschaftliche Trends). Der Familienlebenszyklus hingegen beschreibt den Weg den eine Familie geht. Als typische Ereignisse werden Geburt, Kindererziehung, Auszug der Kinder aus dem Elternhaus, Ruhestand und Tod angesehen. Diese Ereignisse rufen Veränderungen hervor und ziehen eine Umstrukturierung der Rollen und Regeln in den Familien nach sich (Wright & Leahey, 2013). Alle Angehörigen und Familien in den 12

eingeschlossenen Studien, stehen an einem Punkt der Veränderung in der Familienentwicklung. Der Tod eines Angehörigen, steht ihnen bevor.

Abbildung 6

Entwicklungs-Assessment; Ausschnitt aus dem Baumdiagramm CFAM



Entwicklung – Stadien.

Schwierigkeiten im Umgang der Familie mit der Situation des sterbenden Familienmitglieds und den daraus entstehenden Bedürfnissen können bereits zu Beginn der Hospitalisation erfasst werden (Wright & Leahey, 2013).

Der Übergang von einem kranken zu einem sterbenden Familienmitglied kann für die Angehörigen stressig sein. In der Studie von McNamara & Rosenwax (2010) wird von verschiedenen schwerwiegenden Symptomen in den letzten 24 Lebensstunden der sterbenden Person gesprochen. Diese Studie beschreibt auch den Gesundheitszustand der Angehörigen der sterbenden Patientinnen und Patienten. Nach dem Tod der betroffenen Person sind 12.8% dieser Angehörigen von einem schlechten physischen Gesundheitszustand und Depressionen betroffen. Daher kann angenommen werden, dass zwischen den Symptomen der sterbenden Person und dem physischen und psychischen Zustand der Angehörigen ein Zusammenhang besteht. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Angehörigen in dieser Phase besonders sensibel sind, da sie und ihre Familien an einem Übergangspunkt in ihrem Familienlebenszyklus stehen und mit dem Tod eines

von ihnen geliebten Menschen konfrontiert sind. Für die Pflegenden ist es wichtig, diese Veränderungen in der Familienstruktur wahrzunehmen.

Entwicklung – Aufgaben.

Die Entwicklung des Menschen ist ein Prozess, der sich in verschiedene Richtungen bewegt (Wright & Leahey, 2013). Mossin & Landmark (2011) beschrieben, dass die Ehefrauen bei ihren Ehemännern im Spital anwesend sein wollten, jedoch Mühe hatten sich auf der Abteilung und mit dem Ablauf zurechtzufinden. Dementsprechend hatten sie geringe Erwartungen an die Pflege oder suchten Entschuldigungen für etwas, das sonst als Mangel des Pflegepersonals hätte angesehen werden können (Caswell et al., 2015). Für die Pflegenden bedeutet dies, dass sie sensibel gegenüber den Bedürfnissen der Sterbenden und den Sorgen der Angehörigen sein müssen. Das Einhalten und Umsetzen von Abmachungen wird seitens der Angehörigen als wichtig erachtet und vom Pflegepersonal erwartet. Pflegende sollen sich zudem interessiert zeigen und für die Anliegen der Familien ansprechbar sein (Witkamp et al., 2016).

Entwicklung – Beziehungen.

Die Unterstützung der Pflegenden während des Sterbeprozesses und die Möglichkeit, nach dem Tod Zeit mit dem verstorbenen Familienmitglied zu verbringen wird von den Angehörigen als positiv und unterstützend empfunden (Williams et al., 2012). Diese Unterstützung kann als besonders wichtig erachtet werden, da die Familie nun mit einer Veränderung in ihrem Familiensystem konfrontiert ist (Wright & Leahey, 2013). Wenn die Angehörigen den Sterbeprozess ihres Familienmitglieds positiv erlebt haben, kann davon ausgegangen werden, dass ihnen die Anpassung der familiären Strukturen nach dem Tod der betroffenen Person leichter fällt als wenn dieser mit Stress und Belastungen verbunden war. Die Interviewpassage mit einer Tochter aus der Studie von Caswell et al. (2015) zeigt die fehlende Unterstützung der Angehörigen während des Sterbeprozesses und nach dem Tod der Mutter. Es wird beschrieben, dass sich niemand um sie gekümmert hätte und sie keine Erklärungen und Informationen erhalten hätte warum dies passiere. Zudem sei nach dem Tod der Mutter und trotz Betätigung der Patientenrufglocke niemand gekommen.

Die Komplexität des familiären Systems kommt in solchen Veränderungssituationen besonders deutlich zum Vorschein. In der Familienentwicklung kommt es nicht immer zu positiven Erlebnissen, sondern auch zu Spannungen und Belastungen (Wright & Leahey, 2013) wie zum Beispiel in terminalen Situationen.

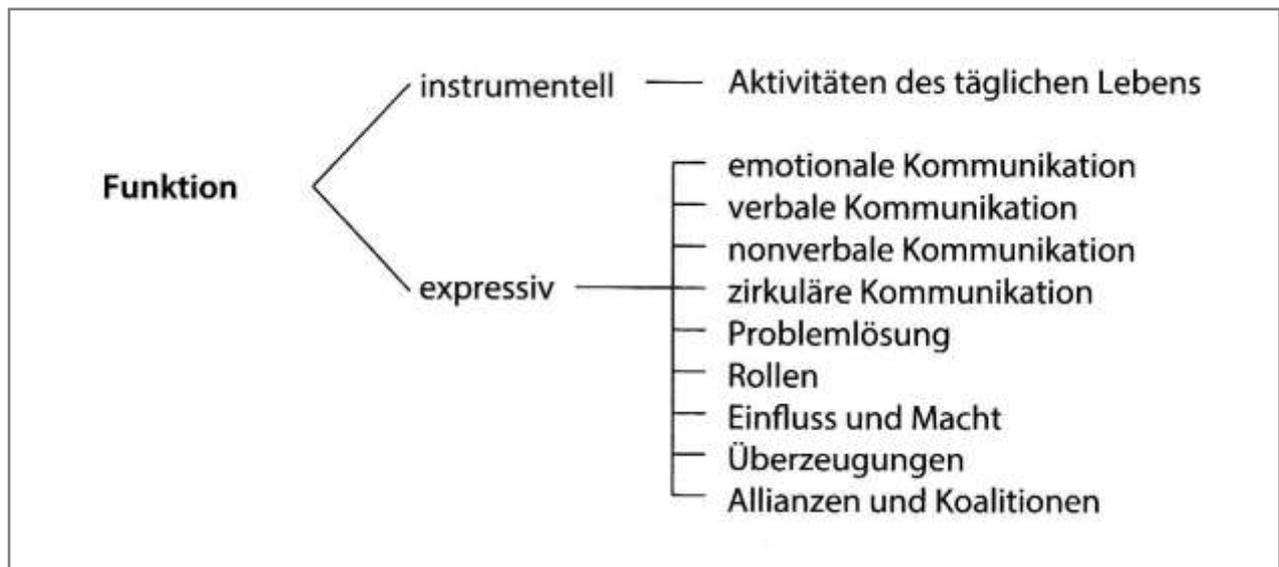
In einer Interviewpassage wird von einer Tochter beschrieben wie eine Pflegefachperson von ihrem verstorbenen Vater als *Körper* gesprochen hat, der in die Leichenhalle überführt werden muss. Die Tochter äusserte sich in diesem Interview sehr bestürzt über diese Aussage (Donnelly & Dickson, 2013). An diesem Beispiel zeigt sich wie wichtig Respekt und Würde gegenüber der verstorbenen Person, aber auch gegenüber den Angehörigen ist. Aufgrund dieses Beispiels ist davon auszugehen, dass eine respektlose Haltung seitens der Pflegefachpersonen die gegenseitige Beziehung negativ beeinflusst. Für diese Tochter ist dieser *Körper* ihr Vater, den sie als ihre Familie sieht und mit dem sie eine gemeinsame Geschichte verbindet (Wright & Leahey, 2013). Dementsprechend ist es wichtig, dass die Pflegenden einen mitfühlenden, einfühlsamen und freundlichen Umgang mit den Angehörigen sterbender Patientinnen und Patienten pflegen (Virdun et al., 2015).

6.2.3 Funktionelles Assessment.

Beim funktionalen Assessment geht es um eine Momentaufnahme vom Leben einer Familie. Abbildung 7 zeigt die untergeordneten Kategorien dieses Assessmentteils.

Abbildung 7

Funktionelles-Assessment; Ausschnitt aus dem Baumdiagramm CFAM



Funktion – Instrumentell.

Die in den Studien geäußerten Erwartungen an die Pflege weisen eine hohe Diversität auf. Erfolgt ein ausführliches und strukturiertes Assessment, können die Pflegenden überprüfen ob sich die Erwartungen der Angehörigen mit den angebotenen Interventionen decken (Wright & Leahey, 2013). Unzufriedenheiten können reduziert werden (Bužgová et al., 2016). Das instrumentelle Assessment beinhaltet auch Routineaktivitäten wie z.B. Essen, Schlafen und die Körperpflege. Die einzige Aussage Angehöriger, die in den eingeschlossenen Studien dazu gefunden werden konnte, war, dass Angehörige die Möglichkeit, Zeit auf der Abteilung zu verbringen, etwas zu essen oder sich frisch zu machen, vermissen (Dosser & Kennedy, 2012).

Funktion – Expressiv.

Die Anteile der *expressiven Funktion* beschreiben unter anderem die emotionale, verbale, nonverbal und zirkuläre Kommunikation (Wright & Leahey, 2013). In der Studie von Williams et al. (2012) wird anhand von mehreren Beispielen aus Interviews die Kommunikation zwischen den Angehörigen und den Pflegefachpersonen geschildert. Bei den Angehörigen, die sich unterstützt fühlten und den Schock der Situation dadurch gemildert sahen, ist anzunehmen, dass das Pflegepersonal eine komplementäre Beziehung zu den Angehörigen hatte und eine emotionale Kommunikation stattfand (Wright & Leahey, 2013). Bisweilen war den Angehörigen nicht bewusst, dass ihr Familienmitglied sterben würde, zumal dies vom Pflegepersonal nie thematisiert oder lediglich unverständlich oder in einem verärgerten Tonfall kommuniziert wurde. (Clark et al., 2015). Dies kann als verbal kaschierte Informationsweitergabe bezeichnet werden, da die Botschaft für die Angehörigen nicht klar verständlich war (Wright & Leahey, 2013).

Wo die Angehörigen, unabhängig vom Bewusstseinszustand der Patientin, des Patienten, über den bevorstehenden Tod Bescheid wussten (Witkamp et al., 2015) kann davon ausgegangen werden, dass der verbale Informationsaustausch suffizient und adressatengerecht war (Wright & Leahey, 2013).

In einigen Fällen wurden Angehörigen Informationen über die Aussichtslosigkeit des Gesundheitszustands der Patientin, des Patienten vorenthalten (Dosser & Kennedy, 2012). Das Verhältnis zwischen Pflegenden und Angehörigen scheint hierbei durch ein Machtgefälle belastet, so dass Informationen nicht weitergegeben wurden (Wright & Leahey, 2013). Es stellt sich darüber hinaus die Frage, ob eine zwischenmenschliche Interaktion überhaupt stattfand oder lediglich eine digitale Informationsweitergabe, welche nicht adressatengerecht war. Das Pflegepersonal und die Angehörigen schienen unterschiedliche Auffassungen über die Art der Informationsweitergabe zu haben. Oft fühlten sich Letztere nicht informiert. Für die Pflegenden bestand die Interaktion mit den Angehörigen lediglich darin, Informationen zu vermitteln. Das Überbringen schlechter Nachrichten schien die Pflegenden oftmals zu überfordern (Dosser & Kennedy, 2012). In diesen Situationen ist davon auszugehen, dass die Pflegenden ihre Bedürfnisse aufgrund ihrer nicht vorhandenen Fähigkeiten in den Vordergrund gestellt haben. Die

Bedürfnisse der Angehörigen nach Informationen wurden nicht wahrgenommen und befriedigt (Wright & Leahey, 2013). Angehörige die mehr Zeit mit dem sterbenden Familienmitglied im Spital verbracht hatten, fühlten sich besser informiert und eher in den Entscheidungsprozess involviert (Witkamp et al., 2016). Dies lässt die Interpretation zu, dass eine suffiziente Kommunikation auf allen Ebenen, verbal, nonverbal, emotional und zirkulär stattgefunden hat und eine symmetrische Beziehung bestand (Wright & Leahey, 2013).

Unruhe kann als nonverbale Ausdrucksform für das aktuelle emotionale Empfinden z.B. Unzufriedenheit/Sorge der Angehörigen mit der aktuellen Situation des Sterbenden gewertet werden (Wright & Leahey, 2013). So können diese z.B. unruhig werden, wenn sie den Eindruck haben, dass ihr sterbendes Familienmitglied an Schmerzen leidet. Hier ist Interesse der Pflegepersonen an der sterbenden Person und ihren Angehörigen gefragt (Virdun et al., 2015). Seitens der Pflegefachperson muss diese nonverbale Ausdrucksform wahrgenommen und darauf reagiert werden.

Die Erwartungen an die Pflege können einerseits mit den instrumentellen Funktionen des CFAM zusammenhängen und sich aus dem Bedarf nach Unterstützung der Familie ergeben. Andererseits hängen sie mit den Werten, Einstellungen und Überzeugungen den sterbenden Patientinnen, Patienten und ihren Familien zusammen (Wright & Leahey, 2013).

6.2 Calgary Familien-Interventions-Modell

Nach erfolgtem Familienassessment geht es darum, geeignete Pflegeinterventionen zu erarbeiten. Das Calgary Familien-Interventions-Modell kann als strukturgebendes Konzept genutzt werden. Ziel des CFIM ist die Aufrechterhaltung und Förderung der Funktionen einer Familie. Um Veränderungen in einer Familie herbeizuführen ist eine gemeinsame Zusammenarbeit zwischen den Fachpersonen und den Angehörigen zentral (Wright & Leahey, 2013). Diese Feststellung wird von der Literatur bestätigt. Angehörige wollen von Fachpersonen als gleichwertige Partner behandelt werden und erwarten, dass Pflegenden für die Anliegen der Familie ansprechbar sind (Witkamp et al., 2016).

6.2.1 Veränderung des kognitiven Bereichs der Familienfunktion.

Interventionen zur Veränderung des kognitiven Bereichs einer Familienfunktion umfassen das Angebot an neuen Ideen, Informationen und Meinungen. Ziel dieser Interventionen ist die veränderte Wahrnehmung eines Problems und die Befähigung andere Lösungen dafür zu finden (Wright & Leahey, 2013). Angehörige erachten im kognitiven Bereich vor allem die Information durch Fachpersonen als wichtig (Bužgová et al., 2016; Virdun et al., 2015). Dies wird im CFIM ebenfalls erwähnt. Die Informationen durch Fachleute ist eines der grössten Bedürfnisse von Angehörigen, besonders wenn es sich um eine gravierende Krankheit handelt (Wright & Leahey, 2013). Insbesondere bestand der Wunsch, über den aktuellen Gesundheitszustand informiert zu werden und sich unter anderem auch auf den bevorstehenden Tod des Familienmitglieds einstellen zu können (Witkamp et al., 2016). Wissen die Angehörigen um den bevorstehenden Tod der Patientin, des Patienten, können sie anders darauf reagieren als wenn sie sich eine Genesung und Stabilisierung der Situation erhoffen. Tritt der Tod plötzlich ein, beraubt man die Angehörigen ausserdem der Möglichkeit, z.B. eine Verlegung an den bevorzugten Sterbeort zu organisieren (Clark et al. 2015). Dies ist in der Praxis oft der Fall (Witkamp et al., 2015).

Die Ergebnisse von McNamara & Rosenwax (2010) stützen dies: 22.1% der 1071 befragten Hinterbliebenen waren sich des bevorstehenden Todes ihres Familienmitglieds nicht bewusst (McNamara & Rosenwax, 2010). Nicht erörtert wird hierbei, ob dies die Folge fehlender Informationen oder ungenügender kommunikativer Fähigkeiten des Fachpersonals war. Laut Wright & Leahey (2013) besteht eine grosse Schwierigkeit darin, überhaupt an Informationen zu gelangen. Nicht zuletzt ist dies die Folge der schwierigen Erreichbarkeit von Fachpersonen (Clark et al., 2015; Witkamp et al., 2015). Obwohl die Qualität der Kommunikation in den verschiedenen Studien unterschiedlich wahrgenommen wurde, lassen sich einige wichtige Punkte herausheben. Unklare und mehrdeutige Informationen seitens der Ärzte und des Pflegepersonals führen zu Missverständnissen und bestärken unrealistische Hoffnungen (Caswell et al., 2015). Werden Informationen hingegen zeitnah weitergegeben (Witkamp et al. 2016), sind sie offen und ehrlich (Virdun et al.,

2015) sowie unmissverständlich formuliert (Caswell et al., 2015) wird dies als positiv erlebt. Dabei spielt eine einfühlsame und der Situation angebrachte Sprache eine wichtige Rolle (Donnelly & Dickson, 2013).

Eindeutige Gründe für diese unterschiedlichen Erfahrungen der Angehörigen können in den zwölf untersuchten Studien nicht festgemacht werden. Es ist denkbar, dass die Grösse der Pflegeeinrichtung, die verschiedenen Gesundheitssysteme oder auch die Population der jeweiligen Studie die Wahrnehmung der Angehörigen beeinflusst. Das Bedürfnis der Angehörigen nach einfühlsamer, der Situation angepasster, informativer Kommunikation und Information ist jedoch durchgängig.

6.2.2 Veränderung des affektiven Bereichs der Familienfunktion.

Interventionen im affektiven Bereich haben zum Ziel die Familie dahingehend zu unterstützen Probleme zu lösen. Dies indem intensive Emotionen reduziert oder aktiviert werden. Eine mögliche Intervention ist die Validierung emotionaler Reaktionen (Wright & Leahey, 2013). Familienmitglieder schätzen es, wenn sie Fachpersonen auf ihr eigenes Wohlergehen ansprechen und somit signalisieren das die Familie wahrgenommen wird (Dosser & Kennedy, 2012; Williams et al., 2012). Durch die Anerkennung intensiver Gefühle kann dem empfundenen Kontrollverlust, welcher eine schwere Krankheit mit sich bringt, entgegengewirkt werden (Wright & Leahey, 2013). Angehörige empfinden die Anwesenheit von Pflegenden am Sterbebett als tröstlich und schätzen es, wenn Pflegende die Möglichkeit bieten, beim Toten verweilen zu dürfen. Die Angebote für Gespräche nach dem Tod werden ebenfalls positiv erwähnt (Williams et al., 2012; Witkamp et al., 2016). Diese beschriebenen Pflegeinterventionen bieten den Familien die Möglichkeit ihre Emotionen zu äussern. Die Fachpersonen wiederum können diese Emotionen würdigen und validieren. Die persönliche emotionale Anteilnahme der Pflegenden spielt in den Ergebnissen ebenfalls eine Rolle. Die Tränen der Pflegefachperson wurden von einer Familie als tröstend empfunden (Donnelly & Dickson, 2013). Diese Situation stammt aus dem westamerikanischen Raum. Dort wird mit Gefühlen anders umgegangen wird als in der Schweiz. Trotzdem zeigt sie, wie Emotionen der Pflegefachpersonen die Gefühle der Familienmitglieder bestärken.

Die Angehörigen zu ermutigen die Krankheitsgeschichte zu erzählen ist eine weitere Intervention im affektiven Bereich. Dabei sollen die Angehörigen nicht nur über die medizinischen Aspekte der Krankheit erzählen, sondern vor allem über ihr persönliches Erleben der Krankheit der sterbenden Person. Eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen den Angehörigen und den Fachpersonen wird dadurch gefördert. Die Familienmitglieder bekommen die Möglichkeit Ängste, Wut und Traurigkeit zu äussern (Wright & Leahey, 2013). Patientinnen, Patienten und deren Angehörige haben ein einzigartiges Leben und erleben daher ihre individuelle Krankheitsgeschichte. Der Eintritt ins Akutspital ist dabei eine Episode dieser Lebens- und Krankheitsgeschichte (Spichiger, 2008). Die Möglichkeit einer Fachperson vom Erleben erzählen zu können, kann das Leiden der Familie mindern (Wright & Leahey, 2013). Diese Intervention wird vor allem in der Studie mit pflegenden Angehörigen erwähnt. Ihr Erleben und ihre Arbeit soll angehört und wertgeschätzt werden (Dosser & Kennedy, 2012). Dass pflegende Angehörige in diesem Bereich ein besonderes Bedürfnis haben, könnte an der intensiven Teilnahme an der Krankheit durch die tägliche Pflege der sterbenden Person liegen. Dazu gehört auch, dass Angehörige von schlechten Erfahrungen mit Fachpersonen erzählen können. Diese werden meist intensiv erlebt und mehrfach erwähnt (Spichiger, 2008).

Die Familie zu ermutigen, sich gegenseitig zu unterstützen und für die Gefühle der einzelnen Mitglieder ein offenes Ohr zu haben, ist ebenfalls eine Intervention zur Förderung der Familienfunktion im affektiven Bereich (Wright & Leahey, 2013). Zu diesem Bereich äussern sich die Angehörigen in den Ergebnissen nicht. Ein Grund dafür könnten die gewählten Methoden der Datenerhebung sein. Neun Studien erhoben ihre Daten mittels Interviews. Vier dieser neun Studien arbeiteten mit Fragebögen welche nicht nach Unterstützung durch andere Familienmitglieder fragten. Die Interviewfragen in den übrigen Studien sind nicht einsehbar, oder es handelt sich um Interviews ohne Leitfaden. Da dieses Thema in den Ergebnissen nicht auftaucht, kann vermutet werden, dass es auch bei offen gestalteten Interviews und in den Beobachtungssequenzen der übrigen Studien nicht zur Sprache kam.

Zusammenfassend geht es bei den Interventionen im affektiven Bereich der Familienfunktion darum, respektvoll mit den Emotionen und Erlebnissen der einzelnen Familienmitglieder umzugehen. Der respektvolle Umgang und die Sensibilität gegenüber den Familienmitgliedern wird von vielen Angehörigen als wichtiges Bedürfnis erwähnt (Williams et al., 2012; Virdun et al., 2015; Dosser & Kennedy 2012).

6.2.3 Veränderung des verhaltensbezogenen Bereichs der Familienfunktion.

Interventionen im verhaltensbezogenen Bereich sollen den Familien helfen, miteinander umzugehen. Dies wird am einfachsten über die Verteilung von Rollen und Aufgaben erreicht. Familien beteiligen sich im Akutspital aufgrund von Berührungängsten und Unsicherheit oft nicht an der Pflege des erkrankten Menschen. Die Pflegefachpersonen können hierbei unterstützen, zumal viele Familienmitglieder gerne helfen und sich dadurch weniger machtlos fühlen würden. Dabei darf die Rollenüberlastung pflegender Angehöriger nicht ausser Acht gelassen werden (Wright & Leahey, 2013). In unseren Ergebnissen findet diesbezüglich vor allem die Befähigung am Sterbebett anwesend sein zu können Erwähnung (Williams et al., 2012; Witkamp et al., 2016). Die Rolle der Angehörigen in der Entscheidungsfindung ist ein weiterer zentraler Punkt der Ergebnisse. Fühlen sich Angehörige in ihrer Rolle als Entscheidungsvertreter ernst genommen und haben das Gefühl zusammen mit den Fachpersonen entscheiden zu können, äussern sie sich zufriedener (Witkamp et al., 2016). Um diese Position wahrnehmen zu können, bedürfen Angehörige angemessener Informationen wie im Kapitel Veränderungen des kognitiven Bereichs der Familienfunktionen beschrieben. Das erwähnte Gefühl der Macht und Sicherheit, wenn Angehörige eine Rolle in der Pflege übernehmen, wird in diesem Zusammenhang bestätigt (Virdun et al., 2015). Die Gefahr der Rollenüberlastung pflegender Angehöriger lässt sich in der einzigen Studie finden, welche sich mit pflegenden Angehörigen beschäftigte. Hatten diese eine Vielzahl von Symptomen der sterbenden Person zu meistern, äusserten sie sich öfter, nicht

genügend Unterstützung durch die Pflegefachpersonen zu erhalten. (McNamara & Rosenwax, 2010).

Angehörige erlauben sich aufgrund von Schuldgefühlen oft zu wenig Pausen. Die Familienmitglieder zur Erholung zu ermutigen ist eine weitere Intervention im Bereich der verhaltensbezogenen Familienfunktion (Wright & Leahey, 2013). Wie die Ergebnisse zeigen, müssen dafür einige Voraussetzungen geschaffen werden. Die Angehörigen müssen den Fachpersonen vertrauen können, dass die Pflege auch in ihrer Abwesenheit fachgemäss durchgeführt wird und Vereinbarungen eingehalten werden (Virdun et al., 2015; Witkamp et al., 2016). Damit Angehörige sich innerhalb des Spitals erholen können, bedürfen sie geeigneter Räumlichkeiten, in die sie sich zurückziehen, in denen sie schlafen oder sich erfrischen können (Dosser & Kennedy, 2012). Möglichkeiten um zu essen und zu trinken sind weitere geäusserte Bedürfnisse (Spichiger, 2008).

In Familien werden verschiedenste Rituale gelebt, vom täglichen gemeinsamen Morgentee bis zum jährlichen Osterfest. Durch die Förderung von Familienritualen kann der Zusammenhalt gestärkt, sowie Nähe und Zuneigung gefestigt werden. Rituale sind hilfreich wenn sie in einer herausfordernden Situation Klarheit in die Familie bringen können (Wright & Leahey, 2013). In unseren Ergebnissen wird das Bedürfnis nach Ritualen nicht erwähnt. Dies bestätigt die Beobachtung, dass Familienrituale durch terminale Erkrankungen oft unterbrochen werden (Wright & Leahey, 2013). Rituale sind ein wichtiges Bedürfnis. Daraus lässt sich schliessen, dass die Anamnese und die Förderung von Familienritualen durchaus geschätzt werden würden. Pflegefachpersonen sollten dies erkennen und passende individuelle Pflege bieten (Spichiger, 2008).

6.3 Konsequenzen für die Pflege

Wird ein sterbendes Familienmitglied ins Spital verlegt oder verschlechtert sich der Gesundheitszustand eines Menschen während des Aufenthalts zu einer terminalen Situation, bringt dies für die Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen eine neue, meist unbekanntere Lebenssituation mit sich (Spichiger, 2008). In der Schweiz ist die Pflege und Begleitung auf einer spezialisierten Palliative Care-Station oft nicht

möglich und findet daher in der Grundversorgung statt. Obwohl die Mehrzahl der Pflegefachpersonen bereits terminale Situationen in ihrer Berufspraxis erlebt haben, sind verschiedene Unsicherheiten vorhanden (Dosser & Kennedy, 2012). In den Ergebnissen kristallisiert sich klar heraus, dass die Kommunikation zwischen den Pflegefachpersonen und den Angehörigen eine Herausforderung für alle Beteiligten darstellt. Seitens der Pflegefachpersonen bedarf es viel Einfühlungsvermögen und interessierte Präsenz um den Angehörigen zum richtigen Zeitpunkt wichtige Informationen zu geben. Diese sollen klar und verständlich formuliert sein, damit sie von den Angehörigen richtig verstanden werden. In mehreren Studien werden Pflegefachpersonen als sehr beschäftigt beschrieben. Dem kann trotz hohem Arbeitsaufwand, der in vielen Akutspitälern herrscht, mit gezielter Präsenz und aufrichtiger Anteilnahme an der terminalen Situation entgegengewirkt werden. Für die Pflegenden bedeutet dies, dass sie sich bewusst Zeit für die sterbende Person und ihre Angehörigen nehmen muss und ihr Arbeitspensum dementsprechend organisiert. Wird diese, den Angehörigen zugewandte Aufmerksamkeit bemerkt hat dies fördernde Auswirkungen auf die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Angehörigen. Zudem werden Interessierte und engagierte Pflegefachpersonen sehr positiv erlebt (Williams et al., 2012). Wie in der Diskussion aufgezeigt, können Pflegenden mit Hilfe des Calgary-Modells viele, von den Angehörigen als wichtig erachtete Bedürfnisse mit dem Assessment erfasst und entsprechende Pflegeinterventionen abgeleitet werden. Die Erarbeitung von Konzepten und Richtlinien anhand des Calgary-Modells könnte die familienzentrierte Pflege in terminalen Situationen für alle Pflegefachpersonen zugänglich machen. Zur Sensibilisierung bedürfte es ausserdem einer Erweiterung und Vertiefung dieser Thematik in der Grundausbildung. Gezielte Weiterbildungsprogramme in diesen Bereichen sowie praktische Schulungen der Kommunikationskompetenzen würden der Unsicherheit in terminalen Situationen ebenfalls entgegenwirken. Das heisst, dass die Pflegenden ihre Unsicherheiten, die sich im Diskussionsteil gezeigt haben, bewusst angehen und überwinden müssen um aktiv auf die Angehörigen der sterbenden Patientinnen und Patienten zugehen zu können um mit ihnen ein fundiertes Assessment zu führen. Für die Forschung wäre die Evaluation des Calgary-Modells in terminalen Situationen interessant. Dies einerseits indem bewusst

nur mit den Angehörigen geforscht wird und explizit nach ihren physischen und psychischen sowie spirituellen und religiösen Bedürfnissen gefragt wird. Besonders der religiöse Bereich wurde in den einbezogenen Studien vernachlässigt. Die religiösen Bedürfnisse der Angehörigen von terminalen Patientinnen und Patienten in Bezug auf das Calgary Familien-Modell könnte ein weiteres, spannendes Forschungsfeld öffnen. Andererseits könnten diverse Interventionsstudien durchgeführt werden. Zum Beispiel wie die Angehörigen aktiv durch das Pflegepersonal, während ihres Aufenthalts auf der Abteilung bei der sterbenden Person unterstützt werden können. Welche spezifischen Interventionen sie sich wünschen und wie diese umgesetzt werden sollen. Zudem könnte in Bezug auf das Calgary Familien-Modell erforscht werden wie sich das Weiterführen oder Einführen von Ritualen auf den Trauer- und Sterbeprozess der Angehörigen und die sterbenden Familienmitglieder auswirken könnte.

Ein weiteres Forschungsfeld könnte die Kommunikation mit den Angehörigen von terminalen Patientinnen und Patienten, bezogen auf die im Familien-Modell beschriebenen Kommunikationsmethoden sein.

6.4 Limitationen

Bei dieser Bachelorarbeit handelt es sich um eine systematisierte, jedoch keine systematische Literaturrecherche. Daher muss davon ausgegangen werden, dass nicht alle Studien welche für die Beantwortung der Fragestellung relevant gewesen wären, berücksichtigt wurden – was den zeitlichen Rahmen dieser Arbeit überstiegen hätte.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Bedürfnisse der Angehörigen von sterbenden Patientinnen und Patienten sehr vielseitig sind. Um diese übersichtlich darstellen zu können wurden sie durch die Autorinnen zusammengetragen und in sechs Kategorien gegliedert. Zueinander passende Bedürfnisse, wurden derselben Kategorie zugeordnet, was nach keiner wissenschaftlichen Methode erfolgte und eine weitere Limitation dieser Arbeit darstellt.

Zu beachten ist, dass die berücksichtigten Studien aus Europa, Australien, den USA und Kanada stammen. Es kann aufgrund der unterschiedlichen Gesundheitssysteme

und kulturellen Unterschiede nicht als gegeben angesehen werden, dass sich die Studienergebnisse eins zu eins auf den Schweizer Kontext übertragen lassen. Auch zu beachten ist, dass eine der miteinbezogenen amerikanischen Studien in einem Veteranen-Spital durchgeführt wurde (Williams et al., 2012). Es lässt vermuten, dass der ausführlichen, bedarfsorientierten Anamnese bezüglich der Familienstrukturen in diesem Kontext eine grössere Bedeutung zukommt, als in zivilen Spitälern.

Weiter wurden Studien miteinbezogen die nicht nur die Bedürfnisse der Angehörigen erfassten, sondern auch die der sterbenden Patientinnen und Patienten und/oder die Sichtweisen der Fachpersonen. Die Autorinnen beachtetten in diesen Arbeiten ausschliesslich die Bedürfnisse der Angehörigen. Trotzdem kann eine gewisse Beeinflussung des Gesamtverständnisses dieser Arbeiten durch die zusätzlichen Sichtweisen nicht ausgeschlossen werden, da die Autorinnen ebenfalls Fachpersonen sind und diese Sichtweisen nachvollziehen können.

Die MESH terms und Subject Headings wurden definiert, bei der Literaturrecherche wurde aber überwiegend mit Hand-Suchbegriffen gearbeitet, wodurch nicht sichergestellt werden konnte, dass alle für die Beantwortung der Fragestellung relevanten Studien gefunden werden konnten.

6.5 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung „Welches Bedürfnis an Begleitung und Betreuung beschreibt die Literatur bei Angehörigen von terminalen Patientinnen und Patienten im Akutspital?“ konnte anhand der Ergebnisse aus den einbezogenen Studien ausreichend beantwortet werden.

Symptommanagement, Respekt und Würde, Information, Kommunikation und Entscheidungsfindung, Erwartungen an die Pflege, Unterstützung über den Tod hinaus und Pflegeumgebung/Sterbeort kristallisierten sich als die sechs wichtigsten Bedürfniskategorien der Angehörigen von terminalen Menschen heraus. Diese sechs Kategorien lassen sich hervorragend in das Calgary Familien-Modell einbetten und sind in einzelnen Subkategorien des Modells bereits erwähnt. Der Zusammenhang der Ergebnisse mit dem Calgary-Modell zeigt, wie wichtig eine ausführliche Anamnese und das Angebot an passenden Interventionen für Angehörige von

terminalen Patientensituationen ist. Belastende Situationen können dadurch gezielt reduziert oder eliminiert werden. Zusätzlich dient es dem Beziehungsaufbau zwischen den Pflegenden, den Angehörigen und den Patientinnen und Patienten.

6.6 Schlussfolgerung

Als Folge der nationalen Strategie für Palliative Care des Bundes sind terminale Situationen in der Schweiz Teil der Pflegepraxis in Akutspitälern. Daher ist die evidenzbasierte Pflege Sterbender und ihrer Familien sehr wichtig. Die wissenschaftliche Literatur zum Thema *terminale Pflege* ist ausführlich, vielseitig und aufschlussreich. Im Rahmen dieser Arbeit konnte durch die Einteilung relevanter Forschungsergebnisse in Kategorien ein Überblick der Bedürfnisse von Angehörigen terminaler Menschen vermittelt werden. Dabei zeichnet sich eine Kohärenz der geäußerten Bedürfnisse klar ab. Es bedarf keiner spezialisierten Ausbildung um diesen Bedürfnissen im Pflegealltag Rechnung zu tragen. Jedoch ist das Bewusstsein um die Notwendigkeit des Einbezugs und der Begleitung von Angehörigen von grosser Bedeutung. Unsicherheiten und herausfordernde Situationen sollten in Fallbesprechungen thematisiert und erörtert werden. So können Konzepte und Richtlinien erarbeitet und eine gemeinsame Haltung gefördert werden. Das Calgary-Modell kann dabei als grundlegendes Hilfsmittel dienen. Ziel all dieser Bestrebungen sollte eine holistische und familienfreundliche Pflege sein, welche den Patientinnen und Patienten mitsamt ihren Angehörigen einen Platz im Spitalalltag zugesteht. Gelingt dies, könnte die Qualität des Sterbens und Todes verbessert werden. Die Trauer der Hinterbliebenen Angehörigen würde positiv beeinflusst und damit ihre Gesundheit gefördert werden.

Literaturverzeichnis

- Al-Qurainy, R., Collis, E., & Feuer, D. (2009). Dying in an acute hospital setting: the challenges and solutions. *International Journal of Clinical Practice*, 63(3), 508–515. <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2008.01991.x>
- Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie*. München: Urban & Fischer.
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Palliative Care. (2016). *Nationale Strategie Palliative Care 2013-2015 Kurzfassung & Massnahmen*. Retrived from <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-palliative-care.html>
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. Münschen: Urban & Fischer
- Bužgová, R., Špatenková, N., Fukasová-Hajnová, E., & Feltl, D. (2016). Assessing needs of family members of inpatients with advanced cancer. *European Journal of Cancer Care*, 25(4), 592–599. <https://doi.org/10.1111/ecc.12441>
- Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0>
- Clark, K., Cain, J., Campbell, L., & Byfieldt, N. (2015). Caring for people dying in acute hospitals: A mixed-methods study to examine relative's perceptions of care. *Palliative & Supportive Care*, 13(2), 335–343. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000066>
- DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). *Assessing pre-appraised evidence: fine-tuning 5S into a 6S model*. *Evid Based Nurse*, 12(4),99-101. doi: 10.1136/ebn.12.4.99-b
- Donnelly, S., & Dickson, M. (2013). Relatives' matched with staff's experience of the moment of death in a tertiary referral hospital. *QJM: Monthly Journal of the*

- Association of Physicians*, 106(8), 731–736.
<https://doi.org/10.1093/qjmed/hct095>
- Dosser, I., & Kennedy, C. (2012). Family carers' experiences of support at the end of life: carers' and health professionals' views. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(10).
- Duden. (n.d). In Duden-online. Retrived from
<http://www.duden.de/node646463/revision/1211301/view>
- Evans, N., Lasen, M., & Tsey, K. (2015). *A Systematic Review of Rural Development Research: Characteristics, Design Quality and Engagement with Sustainability*. Springer. Retrieved from
[https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Pc3zBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=%22sought+by+the%22+%22If+the+researcher+has+made+the+methods+explicit%22+%22been+adequately%22+%22Appraisal+Skills+Programme+\(CASP\)+Qualitative+Research+Checklist%22+%22If+approval+has+been+sought+from+the+ethics%22+%22&ots=oqeaDf8k0f&sig=uZbEa3ICZFuRLfM6YmK9gflfA_8](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Pc3zBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=%22sought+by+the%22+%22If+the+researcher+has+made+the+methods+explicit%22+%22been+adequately%22+%22Appraisal+Skills+Programme+(CASP)+Qualitative+Research+Checklist%22+%22If+approval+has+been+sought+from+the+ethics%22+%22&ots=oqeaDf8k0f&sig=uZbEa3ICZFuRLfM6YmK9gflfA_8)
- Feichtner, A., & Psswald, B. (2017). *Palliative Care: Unterstützung der Angehörigen* (1st ed.). Facultas.
- H+ Die Spitäler der Schweiz. (n.d). *Dossier Mortalität Sterben im Spital* (1. Version). Retrived from
http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Medien/Mediendossier/Dossier_komplett/Dossier_komplett_D.pdf
- Haagen, M., & Möller, B. (2013). *Sterben und Tod im Familienleben: Beratung und Therapie von Angehörigen von Sterbenskranken* (1st ed.). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Knipping, C. (2008). *Lehrbuch Palliative Care* (1. Nachdr. der 2., durchges. korr. A.). Bern: Huber, Bern.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. London/New Delhi: Sage.
- LoBiondo-Wood, G., & Harber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/h0054346>

- McNamara, B., & Rosenwax, L. (2010). Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why? *Social Science & Medicine*, 70(7), 1035–1041. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.029>
- Mossin, H., & Landmark, B. T. (2011). Being present in hospital when the patient is dying - A grounded theory study of spouses experiences. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 382–389. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.11.005>
- Naef, R. (2017). Familien einen Raum zum Trauern eröffnen: Implikationen für eine relationale Trauerbegleitung in der Pflege. *Pflege*, 30(1), 5–7. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000524>
- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels. Departement Gesundheit zhaw.
- Spichiger, E. (2008). Living with terminal illness: patient and family experiences of hospital end-of-life care. (cover story). *International Journal of Palliative Nursing*, 14(5), 220–228.
- Virdun, C., Lockett, T., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2015). Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliative Medicine*, 29(9), 774–796. <https://doi.org/10.1177/0269216315583032>
- Williams, B. R., Lewis, D. R., Burgio, K. L., & Goode, P. S. (2012). ‘Wrapped in Their Arms’: Next-of-Kin’s Perceptions of How Hospital Nursing Staff Support Family Presence Before, During, and After the Death of a Loved One. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 14(8), 541. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e31825d2af1>
- Witkamp, E., Droger, M., Janssens, R., van Zuylen, L., & van der Heide, A. (2016). How to Deal With Relatives of Patients Dying in the Hospital? Qualitative Content Analysis of Relatives’ Experiences. *Journal of Pain and Symptom Management*, 52(2), 235–242. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.009>
- Witkamp, F. E., van Zuylen, L., Borsboom, G., van der Rijt, C. C. D., & van der Heide, A. (2015). Dying in the Hospital: What Happens and What Matters,

According to Bereaved Relatives. *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(2), 203–213. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.06.013>

Wright, L. M., & Leahey, M. (2013). *Familienzentrierte Pflege: Lehrbuch für Familien-Assessment und Intervention* (2nd ed.). Bern: Hogrefe, vorm. Verlag Hans Huber.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	<i>Weg zu den Suchbegriffen</i>	12
Tabelle 2	<i>Verwendete Suchbegriffe für Recherche</i>	13
Tabelle 3	<i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	14
Tabelle 4	<i>Überblick der Ergebnisse</i>	18

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	<i>Baumdiagramm CFAM</i>	8
Abbildung 2	<i>CFIM: Die Schnittstellen zwischen den Bereichen Familienfunktion und Intervention</i>	9
Abbildung 3	<i>Bedürfnispyramide nach Maslow</i>	11
Abbildung 4	<i>Flowchart</i>	15
Abbildung 5	<i>Strukturelles-Assessment; Ausschnitt aus dem Baumdiagramm CFAM</i>	35
Abbildung 6	<i>Entwicklungs-Assessment; Ausschnitt aus dem Baumdiagramm CFAM</i>	39
Abbildung 7	<i>Funktionelles-Assessment; Ausschnitt aus dem Baumdiagramm CFAM</i>	42

Anzahl Wörter

Abstract	166
Arbeit	10175

Danksagung

Während der Erarbeitung unserer Bachelorarbeit von September 2017 bis April 2018 wurden wir von verschiedenen Personen unterstützt und begleitet.

Für ihre Motivation, ihren Einsatz und ihre Geduld möchten wir uns ganz herzlich bedanken.

Ein grosses Dankeschön geht an unsere Begleitperson Dr. Veronika Waldböth, die uns mit Rat und Tat beiseite stand und unsere Fragen geduldig beantwortet hat. Ein weiteres Dankeschön geht an alle Peerfeedbackpartnerinnen und -partner die uns im aktiven und angeregten Austausch und mit konstruktiven Vorschlägen unterstützten. Für die Unterstützung bei der Formatierung möchten wir uns bei David und Jonas Schnyder ganz herzlich bedanken. Sie halfen uns weiter, wenn der Computer mal wieder nicht so wollte wie wir. Ein spezieller Dank geht an Manuel Kaufmann, Silja Kaufmann und Anja Peyer, die unsere Arbeit gelesen, kritisch kommentiert, hinterfragt und mit ihren Denkanstössen Türen geöffnet haben die ansonsten geschlossen geblieben wären. Für die Korrektur der Arbeit möchten wir uns ganz herzlich bei Marèse Schnyder und Hermine Sidler bedanken. Ihr habt unsere Schlangensätze in leserliche Sätze verwandelt.

Vielen Dank auch an unsere Familien, Freunde, und Mitstudierende für die Unterstützung in dieser, für uns sehr intensiven Zeit.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit erklären wir, dass wir die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Kaufmann Judith

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Kaufmann' with a stylized flourish at the end.

Schnyder Lea

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'L. Schnyder' with a long horizontal stroke extending to the right.

Winterthur, 10. April 2018

Anhang

Anhang A – Suchstrategie CINAHL

Datenbank	Suchwörter	Limitationen	Suchergebnisse	Gefundene relevante Studien
CINAHL Complete	palliative care AND family AND hospital AND needs	2007-2018 englische Studien	357	<ul style="list-style-type: none"> • Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. • Being present in hospital when the patient is dying - A grounded theory study of spouses experiences.
CINAHL Complete	Dying patient AND relatives or family AND hospital	2007-2018 englische Studien	247	<ul style="list-style-type: none"> • Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study.
CINAHL Complete	Terminal Care AND family, hospital AND needs	2007-2018 englische Studien	175	<ul style="list-style-type: none"> • Family carers' experiences of support at the end of life: carers' and health professionals' views. • 'Wrapped in Their Arms': Next-of-Kin's Perceptions of How Hospital Nursing Staff Support Family Presence Before, During, and After the Death of a Loved One. • Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why?
CINAHL Complete	Terminal Care AND relatives AND hospital	2007-2018 englische Studien	91	<ul style="list-style-type: none"> • How to Deal With Relatives of Patients Dying in the Hospital? Qualitative Content Analysis of Relatives' Experiences. • Dying in the hospital: what happens and what matters, according to bereaved relatives.
CINAHL Complete	palliative care AND relatives AND hospital	2007-2018 englische Studien	48	<ul style="list-style-type: none"> • Assessing needs of family members of inpatients with advanced cancer.

Anhang B – Suchstrategie PubMed

Datenbank	Suchwörter	Limitationen	Suchergebnisse	Gefundene relevante Studien
PubMed	Family or spouses AND hospitals AND terminal care	2007-2018 englische Studien	105	<ul style="list-style-type: none"> Relatives' matched with staff's experience of the moment of death in a tertiary referral hospital.

Anhang C – Suchstrategie Hand-Suche

Datenbank	Suchwörter	Limitationen	Suchergebnisse	Gefundene relevante Studien
Hand-Suche	-	2007-2018 englische Studien	-	<ul style="list-style-type: none"> Living with terminal illness: patient and family experiences of hospital end-of-life care.
Hand-Suche	-	2007-2018 englische Studien	-	<ul style="list-style-type: none"> Caring for people dying in acute hospitals: A mixed-methods study to examine relative's perceptions of care.

Anhang D – Critical Appraisal nach AICA

Referenz			
Bužgová, R., Špatenková, N., Fukasová-Hajnová, E., & Feltl, D. (2016). Assessing needs of family members of inpatients with advanced cancer. <i>European Journal of Cancer Care</i> , 25(4), 592–599. https://doi.org/10.1111/ecc.12441			
Zusammenfassung			
Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Krebs kann einen bedeutenden Einfluss auf die primären Bezugspersonen der Betroffenen haben. Sie erfahren kaum Unterstützung und stellen ihre eigenen Bedürfnisse zurück. Daraus resultiert eine schlechte Lebensqualität für die Angehörigen. Durch diesen Mangel an Unterstützung können die effektive Kommunikation, die Kooperation mit dem Pflegepersonal und die emotionale und psychosoziale Unterstützung der Betroffenen negativ beeinflusst werden. Das Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Bedeutung der befriedigten und unbefriedigten Bedürfnisse der Bezugspersonen der Patientinnen und Patienten mit	Diese <i>observational, cross-sectional Study</i> war Teil des <i>Identification of Patient and Family Needs in Palliative Care Related to Quality of Life</i> des tschechischen Gesundheitsministeriums. Es wurden 270 Angehörige von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs, deren Therapie abgeschlossen war, befragt. Die Daten wurde mittels eines 20 Items umfassenden Fragebogens, angelehnt an den <i>Family Inventory of Needs (FIN)</i> erhoben. Die Daten wurden mit der STATA v.10 Software analysiert. Bei den Resultaten handelt es sich um eine deskriptive Statistik. Zum Bestimmen der Unterschiede in der Bedeutung und Zufriedenheit der Bedürfnisse der Angehörigen unter Einbezug der demografischen Daten und Diagnosen. Es wurden der Wilcoxon und der Kruskal-Wallis Test angewandt. Zusätzlich wurde aufgrund der nichtnormalen Datenverteilung der Kolmogorov-Smirnov Test verwendet.	Die 20 Items des Fragebogens wurden in die Bedürfniskategorien: <i>Basic information, Information on treatment and care, Support</i> und <i>Patient comfort</i> aufgeteilt. Die Ergebnisse dieser Bedürfnisse wurden in vier Abschnitten dargestellt. <ul style="list-style-type: none"> • Assessing the importance of needs and unmet needs • Assessing differences in family members' needs importance and unmet needs with respect to their sociodemographic characteristics • Assessing differences in needs importance and unmet needs with respect to the patients' condition • Correlation between importance of needs, unmet needs and selected factors 	Die vorliegende erste in Zentraleuropa durchgeführte Studie liefert Ergebnisse zu den wahrgenommenen und unerfüllten Bedürfnissen der Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs während ihres Klinikaufenthaltes. Die Ergebnisse wurden mit einer in Island durchgeführten Studie verglichen. Es wurde festgestellt, dass die Bedürfnisse der Angehörigen von ihnen selbst als weniger wichtig wahrgenommen wurden, als die der Betroffenen. Die Hauptsorge der Angehörigen ist es, genügend Informationen zu erhalten und den Krankheits- und Behandlungsprozess zu verstehen. Dies und ein gewisser Platz für

<p>Krebs im Endstadium, während des Klinikaufenthalts zu identifizieren. Dies im Hinblick auf die soziodemografischen Eigenschaften im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand und der gesamten Lebensqualität, Alter und Bildung der Bezugspersonen.</p>	<p>Die Beziehung zwischen den einzelnen Variablen wurde mit dem Spearman's correlation coefficient bewertet. Das Signifikanzlevel für alle Analysen wurde bei einem $p < 0.05$ festgelegt. Die Studie wurde vom Ethics committees of University Hospital Ostrava genehmigt.</p>	<p>Durchschnittlich wurden 15.9 der 20 erforschten Bedürfnisse als wichtig eingestuft. Die Bedürfnisse <i>patient comfort</i> und <i>basic information</i> wurden mit einem FIN score von 91.3 und 87.1 als am wichtigsten angesehen. Weniger wichtig wurde das Bedürfnis <i>support</i> (FIN score 73.2) eingestuft.</p>	<p>Diskussionen hilft ihnen mit der Situation umzugehen und reduziert Gefühle wie Furcht, Angst und Stress. Die Ergebnisse zeigen, dass die Angehörigen der Patientinnen und Patienten die sich in einem besseren Gesundheitszustand befanden und verbal kommunizieren konnten zufriedener waren als diejenigen, deren Angehörige nicht dazu in der Lage waren.</p>
---	---	---	---

<p>Kritische Würdigung Anhand der AICA-Hilfstabelle</p>			
<p>Einleitung</p>	<p>Methode</p>	<p>Ergebnisse</p>	<p>Diskussion</p>
<p>Die Fragestellung der Bachelorarbeit wird beantwortet. Das Phänomen wird mit Fachartikeln aus den Jahren 2002-2014 untermauert und erläutert. Es wird darauf hingewiesen, dass dies die erste Facharbeit in Zentraleuropa ist, die die Bedürfnisse der Angehörigen von Patientinnen und Patienten mit Krebs im Endstadium im Akutspital, erforschen. Diese Studie zielt darauf ab, die Wichtigkeit der</p>	<p>Es handelt sich um eine observational, cross-sectional Study. Das gewählte Design scheint passend, da es um die Einschätzung der Wichtigkeit der Bedürfnisse der Angehörigen der sterbenden Patientinnen und Patienten und um die Einschätzung ihrer Zufriedenheit geht. Die Resonanz von 270 ausgefüllten Fragebögen entspricht einer Rücklaufquote von 69%, somit konnte eine ausreichende Datensättigung erreicht werden. Die Daten wurden anhand des FIN Fragebogens erhoben. Der wurde mit der Erlaubnis der Originalautorin, für diese Studie angepasst und ins</p>	<p>Anhand des Fragebogens können vier Bedürfniskategorien abgeleitet werden. Diese werden in einer Tabelle mit den dazugehörigen Fragen genauer erläutert. In den Ergebnissen wird die Wichtigkeit der Bedürfnisse einander gegenübergestellt. Dies findet unter anderem im Zusammenhang mit den erhobenen soziodemografischen Daten statt. Daraus kann abgeleitet werden, welche Bedürfnisse am Wichtigsten eingestuft werden</p>	<p>Die Wichtigsten Bedürfnisse konnten durch die Forschenden eruiert und anhand der Priorisierung der Angehörigen eingestuft werden. Die Ergebnisse werden mit bereits vorhandener Literatur verglichen, mit dem Verweis, dass dies die Erste Studie ist, die die Bedürfnisse der Angehörigen erfragt. Ein kritischer Punkt ist, dass die Angehörigen der Patientinnen und Patienten die nicht in der Lage waren,</p>

<p>befriedigten und unbefriedigten Bedürfnisse der Angehörigen, unter Miteinbezug ihres soziodemografischen Hintergrundes und des Gesundheitszustandes der Patientinnen und Patienten zu erfassen. Dies im Zusammenhang mit der Lebensqualität, der Bildung und dem Alter der Angehörigen.</p>	<p>Tschechische übersetzt. Der Fragebogen zeigte in den Tests eine hohe Reliabilität und Validität. Die Datenerhebung scheint plausibel, da die Fragen anhand von Skalen eingeschätzt werden konnten. Die Datenanalyse wird klar, ausführlich und plausibel beschrieben. Die Studie wurde von einem ethischen Institut genehmigt und entspricht den Bestimmungen der Erklärung von Helsinki.</p>	<p>und wie diese im Zusammenhang z.B. mit dem Gesundheitszustand der Patientinnen, der Patienten stehen. Übergreifend werden die Bedürfniskategorien <i>basic information</i> und <i>patient comfort</i> als am wichtigsten angesehen. Die eingefügten Tabellen erscheinen verständlich und aussagekräftig, zudem wird im Text darauf verwiesen.</p>	<p>sich verbal auszudrücken unzufriedener waren. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Patientinnen und Patienten zu einer Risikogruppe werden könnten, da sie weniger Aufmerksamkeit vom Pflegepersonal erhalten. Es kristallisiert sich heraus, dass das Thema <i>Information</i> für die Angehörigen sehr wichtig ist. Dies wird von den Forschenden aufgenommen und diskutiert.</p>
<p>Evidenz / Güte Nach Bartholomeyczik (2008)</p>			
<p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel, da primär erhobene Daten bearbeitet wurden. Das European Journal of Cancer Care weist einen Impact Faktor von 2.104 auf. Das verwendete Datenerfassungsinstrument ist reliabel und valide. Zudem beschreiben die Autoren einen detaillierten Analyseprozess der erhobenen Daten. Damit wird die Zuverlässigkeit der Studie gefördert. Die Studie wirkt insgesamt glaubwürdig und die Ergebnisse sind für die Pflege relevant und anwendbar.</p>			

Referenz Caswell, G., Pollock, K., Harwood, R., & Porock, D. (2015). Communication between family carers and health professionals about end-of-life care for older people in the acute hospital setting: a qualitative study. <i>BMC Palliative Care</i> , 14(1), 1–14. https://doi.org/10.1186/s12904-015-0032-0			
Zusammenfassung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Gemäss Literatur, werden künftig mehr Patientinnen und Patienten im Spital sterben. Dies aufgrund des steigenden Alters der Bevölkerung mit daraus resultierender Schwäche, Gebrechlichkeit, und eventueller Verwirrtheit. Diese Faktoren zeigen, dass die Spitalumgebung nicht dazu geeignet ist Palliative Care zur Verfügung zu stellen. Effektive Kommunikation ist ein Kernaspekt der end-of-life care und ermöglicht den Betroffenen und ihren Familien, zu verstehen was passiert zu verstehen und sich der neuen Situation anzupassen. Die Kommunikation wird oft als schlecht und unverständlich beschrieben, mit einem Mangel an Fähigkeiten schlechte Nachrichten zu überbringen. Zudem sehen die Angehörigen das Spitalpersonal als zu beschäftigt um für Gespräche	Es wurde ein qualitativer, ethnografischer Forschungsansatz genutzt. Das Mixed-Methods Design mit non-participant observation, review of medical and nursing notes und semi-strukturierte Interviews wurde gewählt. Die Stichprobe umfasste 42 Personen die auf den vier teilnehmenden Abteilungen verstorben sind. Bei 33 Sterbenden lag der Fokus auf Beobachtungen. Bei neun wurden Fallnotizen geprüft. Es wurden Interviews von 13 Angehörigen von 11 Sterbenden und 32 Personen des Gesundheitspersonals aufgenommen und transkribiert. Darunter ein Fokusgruppeninterview (N=5, Mitglieder des Palliative Care Teams). 245 Stunden, rund um die Uhr, <i>nicht Teilnehmer</i> Beobachtung mit Feldnotizen fanden statt, mit spezieller Aufmerksamkeit auf die Interaktionen zwischen dem Gesundheitspersonal und den Angehörigen. Jeder Patientenfall setzte sich aus zwei verschiedenen Datentypen zusammen (Fallnotizen, Beobachtungen oder Interviews). Die	Die Kommunikation in dieser Studie fand meistens verbal und face to face statt. Die an der Studie teilnehmenden Patientinnen und Patienten waren meist nicht mehr in der Lage zu kommunizieren. Daher verschob sich die Perspektive der Forschenden auf die Angehörigen. Die Ergebnisse wurden aus den verschiedenen Sichtweisen mit einzelnen Unterkategorien dargestellt. Sie wurden mit Zitaten aus den Interviews gestützt. <ul style="list-style-type: none"> • Das Setting • Staff Perspectives <ul style="list-style-type: none"> • Giving bad news • Role of the nurse <ul style="list-style-type: none"> • perceived limitations to carers' understanding • Carers' perspectives <ul style="list-style-type: none"> • Receiving bad 	Die Forscher stellen die Ergebnisse nochmals zusammenfassend dar und setzten sie in Bezug zu bereits vorhandener Literatur. Anhand der Ergebnisse wird ersichtlich, dass die Kommunikation ein wichtiges Mittel im Umgang mit den Angehörigen von Sterbenden ist. Die vorliegende Studie beschreibt die Kommunikationsprozesse zwischen dem Spitalpersonal und den Angehörigen von sterbenden Patientinnen und Patienten und wie diese (negativ) beeinflusst werden können. Das Krankenhauspersonal wirkt nicht nur bei den kommunikativen Prozessen mit, sie haben auch eine Verantwortung dafür, die effektive Kommunikation zu sichern. Die Angehörigen haben einen signifikanten Anteil an der Kommunikation. Der damit verbundene Aufwand, bestimmt

<p>abkömmlich zu sein. Das Forschungsziel dieser Studie ist es zu verstehen, welche Faktoren und Prozesse die Pflege von gebrechlichen, alten, im Spital versterbenden Patientinnen und Patienten, sowie deren familiären Bezugspersonen beeinflussen.</p>	<p>Daten wurden zur Analyse ins NVivo 10 importiert und codiert. Dieser Prozess basiert auf der constant comparative method. Die Durchführung der Studie wurde durch das Nottingham 1 NHS Research Ethics Committee und das National Information Governance Board genehmigt.</p>	<p>news: Clarity</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receiving bad news: Lacking clarity • Seeking a hearing • Misdirection from external cues • Feeling abandoned <ul style="list-style-type: none"> • Case study 	<p>das Ergebnis. Wie etwas verstanden wird, welche Erfahrungen sie mitbringen und welche Fähigkeiten sie besitzen kann das Ergebnis der Kommunikation massiv beeinflussen.</p>
--	--	--	--

Kritische Würdigung
Anhand der AICA-Hilfstabelle

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie deckt Mängel in der Kommunikation zwischen dem Spitalpersonal und den Angehörigen der sterbenden Patientinnen und Patienten auf. Daraus kann geschlossen werden, dass sich diese eine bessere Kommunikation wünschen, welches als Bedürfnis ausgelegt werden kann und somit die Forschungsfrage der Bachelorarbeit deckt. Als Phänomen wird die Kommunikation beschreiben, die ganz klar eine hohe Relevanz für die Pflege aufweist. Sie wird mit Literatur aus den Jahren 1994 bis 2014 bestärkt. Es wird keine explizite</p>	<p>Der qualitative Forschungsansatz gründet auf den Erfahrungen der Angehörigen die sie während des Spitalaufenthalts der sterbenden Patientinnen und Patienten machen und wie sie davon beeinflusst werden. Für die Stichprobe wurde einerseits Spitalpersonal gewählt und andererseits Angehörige von terminalen Patientinnen und Patienten die während der Studiendauer auf den teilnehmenden Abteilungen verstorben sind. Die Stichprobe kann als repräsentativ für die Zielpopulation angesehen werden. Die Grösse der Stichprobe scheint für das gewählte Forschungsdesign angemessen. Auf das Setting wird detailliert eingegangen. Die verschiedenen Teilnehmergruppen werden kurz erläutert und können als geeignet betrachtet werden. Auf die</p>	<p>Da der Analyseprozess nicht genau beschreiben wurde, aber klar ist, dass eine Kodierung stattgefunden hat, kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse aufgrund einer genauen Analyse entstanden sind. Da die Ergebnisse reichhaltig sind und verschiedene Sichtweisen repräsentieren, kann von einer reichhaltigen Datenmenge ausgegangen werden. Die Ergebnisse beziehen sich auf das Ziel der Forschung und wirken differenziert. Die gebildeten Kategorien scheinen nachvollziehbar und lassen sich inhaltlich unterscheiden. Die</p>	<p>Die Diskussion fasst die Ergebnisse zusammen, was einen kompakten Überblick bietet. Die Kommunikation kann als Hauptthema herausgelesen werden. Das Phänomen und die Faktoren welche sie beeinflusst werden prägnant dargestellt. Die Forschungsfrage kann durch die Ergebnisse umfassend beantwortet werden. Diese werden auf ein Kommunikationsmodell gestützt, aber nur mit wenig, bereits vorhandener Literatur, verglichen. Die Ergebnisse zeigen Schwachpunkte der Pflege oder insbesondere des Gesundheitspersonals auf. Dadurch können</p>

<p>Forschungsfrage, dafür nachfolgendes Ziel definiert. Die Forschungsarbeit soll aufdecken, welche Faktoren die Kommunikation zwischen dem Spitalpersonal und den Angehörigen der sterbenden Patientinnen und Patienten beeinflussen. Die Indikation für die Forschung wird damit gestellt, dass noch keine genauen Studien zu diesem Thema vorhanden sind.</p>	<p>genaue Vorgehensweise der Datenerhebung und die Datensättigung wird nicht eingegangen. Sie scheint jedoch mit dem Forschungsansatz übereinzustimmen. Das Vorgehen bei der Datenanalyse wurde kurz beschrieben und das Analyseprogramm referenziert. Auf die einzelnen Analyseschritte wird nicht detailliert eingegangen. Die Datenanalyse kann als glaubwürdig angesehen werden, da mit verschiedenen Erfassungsmethoden gearbeitet wurde. Auf die ethischen Prozesse wurde ausreichend eingegangen.</p>	<p>Kategorien werden in die verschiedenen Blickwinkel der Teilnehmenden (Spitalpersonal und familiäre Bezugspersonen) sowie in die Fallstudie, die Beobachtungen und das Setting unterteilt. Die Beziehungen zwischen den Kategorien sind fundiert. Die Daten lassen sich interpretieren.</p>	<p>Verbesserungsmassnahmen für die Praxis abgeleitet werden. Anhand der Schlussfolgerungen wird ersichtlich, dass sowohl das Spitalpersonal, als auch die Angehörigen einen signifikanten Beitrag zu einer gelungenen Kommunikation leisten. Anhand der Ergebnisse lassen sich Massnahmen ableiten, die in der Praxis umgesetzt werden können.</p>
<p>Evidenz / Güte Nach Lincoln & Guba (1985)</p>			
<p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel. Das BMC Palliative Care weist einen zwei Jahres Impact Faktor von 1.602 auf. Der qualitative Forschungsansatz mit den verschiedenen Datenerfassungsmethoden kann für die Fragestellung als passend angesehen werden. Die Studie erscheint zuverlässig.</p>			

Referenz Clark, K., Cain, J., Campbell, L., & Byfieldt, N. (2015). Caring for people dying in acute hospitals: A mixed-methods study to examine relative's perceptions of care. <i>Palliative & Supportive Care</i> , 13(2), 335–343.			
Zusammenfassung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
50% der australischen Todesfälle werden in Akutspitälern verzeichnet. Das Ziel dieser Studie ist die Dokumentation der Erlebnisse von Personen welche den Tod eines Angehörigen auf einer medizinischen Abteilung im Akutspital miterlebt haben. Damit wollen die Autorinnen Lücken zwischen Erwartungen der Angehörigen und der üblichen Pflegepraxis aufdecken.	Es handelt sich um eine mixed-method Studie. Der quantitative Anteil besteht aus der Befragung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer (N=10) anhand des validierten Quality of Dying and Death (QoDD) Fragebogens. Der quantitative Anteil besteht aus den Erzählungen welche die Befragten zum QoDD Fragebogen ergänzen konnten. Die Interviews wurden einmalig geführt und dauerten von 45 Minuten bis zu zwei Stunden. Die Charakteristik der Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer sowie die Ergebnisse der QoDD Befragung wurden mit beschreibender Statistik zusammengefasst. Die Transkripte welche die Dokumente präzisieren wurden durchgelesen und im Detail betrachtet um Kategorien aus den erzählten Erlebnisse der Studienteilnehmerinnen und Teilnehmer zu erarbeiten. Die Genehmigung wurde durch das lokale human research ethics committee erteilt.	Neun der Zehn teilnehmenden Personen waren Frauen, davon war die Hälfte mit der verstorbenen Person verheiratet. Der QoDD Scores lag bei 68.64 mit einer Standartabweichung von ± 16.41. Aus den Kommentaren die zu den einzelnen QoDD Fragen gemacht wurden, konnten sechs spezifische Themen herausgearbeitet werden; <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikationen mit der Familie über die Pflegeziele • Kommunikation mit der Familie über den bevorstehenden Tod • Sterbeort • Sorgen der Familie über den Verlust der Würde • Symptomkontrolle • Unterstützung der Familie nach dem Tod 	Trotz der detaillierten Beschreibung von Sorgen und Ängsten, widerspiegeln die QoDD Ergebnisse positive Erfahrungen. Diese Abweichung kann mit der Schwierigkeit komplexe Erlebnisse mit einem Score anzugeben begründet werden. Die Untersuchung der Kommentare welche zu den QoDD Fragen gemacht wurden zeigt, dass die befragten Personen versucht haben, aus der Perspektive der verstorbenen Angehörigen zu erzählen. Dabei wurde der Wunsch der sterbenden Personen nach Zeit mit Angehörigen und Freunden durch die Interviewten betont. Dies zeigt die Wichtigkeit der rechtzeitigen Information der Patientinnen und Patienten sowie deren Familien über die Prognose und den bevorstehenden Tod.

Kritische Würdigung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Der qualitative Anteil der Studie beantwortet die Fragestellung der Bachelor Arbeit. Die beschriebene Versorgungslücke von sterbenden Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen wird mit unterschiedlichen Studien hergeleitet und begründet die Fragestellung nachvollziehbar. Die Forschungsfrage ist klar formuliert.	Der qualitative Ansatz der Forschung ist nachvollziehbar, der quantitative Teil ist weniger informativ. Obschon der validierte QoDD Fragebogen einen guten Interviewleitfaden bietet. Die Stichprobe ist mit zehn Teilnehmerinnen und Teilnehmern sehr klein und nicht repräsentativ zumal neun Frauen befragt wurden. Die Forscherinnen beschreiben selber, dass keine Datensättigung erreicht werden konnte. Die erhobenen Daten seien trotzdem sehr gehaltvoll gewesen. Da nur Personen interviewt wurden, welche sich auf die schriftliche Anfrage gemeldet haben, ist der ethische Rigor gewährleistet. Die Datenanalyse wird von den Forscherinnen nur kurz umrissen und nicht ausführlich beschrieben. Die Interviews wurden nicht verbatim transkribiert.	Da die Datenanalyse nicht genau beschrieben ist, kann nicht verifiziert werden wie präzise sie durchgeführt wurde. Die Auflistung der Fragen aus dem QoDD Fragebogen die die Kommentare der Interviewten ausgelöst haben und ob diese positiv oder negativ ausgefallen sind, unterstützt die Nachvollziehbarkeit der Kategorienbildung nicht. Die Kategorien sind in sich logisch gegliedert und werden mit Zitaten aus den Interviews untermauert.	Die Interpretation und die Auseinandersetzung mit weiterer empirischer Literatur erweitern das Verständnis der Ergebnisse. Den Autorinnen gelingt es, ihre Ergebnisse zu untermauern und somit die Glaubwürdigkeit zu verstärken. Auch die kritische Auseinandersetzung mit der kleinen Stichprobe und der daraus resultierenden ungenügenden Datensättigung stärkt die Glaubwürdigkeit der Arbeit. Empfehlungen für die Praxis werden gemacht und stichhaltig begründet.
Evidenz / Güte Nach Lincoln & Guba (1985)			
Die Studie weist das höchste Evidenzlevel auf, da sie aus primär gesammelten Daten entstanden ist. Das Journal Palliative & Supportive Care ist peer-reviewed und hat einen Impact Faktor von 1,119. Die Zuverlässigkeit der Datenerhebung und Datenanalyse kann nicht beurteilt werden da die Forscherinnen keine Angaben dazu machen. Die Glaubwürdigkeit wird durch die Kombination des QoDD Fragebogens mit den Interviewergebnissen gefördert. Unterschiede der beiden Erhebungsverfahren werden diskutiert und mögliche Begründungen formuliert. Da die Ergebnisse detailliert beschrieben und mit Zitaten untermauert sind, sind sie übertragbar. Die kleine Teilnehmerzahl (N=10) sowie die homogene Gruppe (neun Frauen) muss dabei berücksichtigt werden.			

Referenz Donnelly, S., & Dickson, M. (2013). Relatives' matched with staff's experience of the moment of death in a tertiary referral hospital. <i>QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians</i> , 106(8), 731–736. https://doi.org/10.1093/qjmed/hct095			
Zusammenfassung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die meisten Patientinnen und Patienten sterben aktuell im Spital. Dies ist nicht immer eine gute Erfahrung, da die Bedürfnisse der Betroffenen meist nicht mit der Pflegekultur grösserer Spitäler übereinstimmt. Die Literatur zum Sterben in Spitälern zeigt, dass die Angehörigen darum kämpfen, ihre Empfehlungen für die Betroffenen anzubringen, die Pflegenden aber die Betreuung der sterbenden Personen managen. Dass eine Patientin oder ein Patient zuhause sterben möchte ist eher eine Ausnahme, die Präferenz der Betroffenen liegt aktuell beim Sterben im Spital oder sie haben keine Präferenz. Jedoch unterscheiden sich die Präferenzen der Pflegenden von jenen der Patientinnen und Patienten. Das Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen	Es handelt sich um eine qualitative Studie und als Forschungsdesign wurde die Grounded Theory gewählt. Bei er Stichprobe handelt es sich um 12 Patientinnen und Patienten, bei denen der Tod während des Klinikaufenthalts absehbar war. Die Familien wurden vor dem Tod der Betroffenen durch das Forschungsteam (nicht Teil des Palliative Care Teams) besucht. Dabei erhielten die Forschenden die Erlaubnis, die Familien zwei Wochen nach dem Tod ihres Angehörigen telefonisch zu kontaktieren und einen Interviewtermin auszumachen. Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie die Pflegenden wurden innerhalb von 48 Stunden nach dem Versterben der betroffenen Person interviewt. Die Interviewpartner konnten in drei Kategorien (Angehörige, Pflegende und Ärzteschaft) aufgeteilt werden. Die Rekrutierung wurde solange durchgeführt, bis bei den Interviews eine suffiziente Datensättigung erreicht wurde (N=12). Alle Interviews wurden von einer forschenden Person	Die Resultate können in die drei Kategorien <i>Family themes</i> , <i>Nurses themes</i> und <i>Doctors themes</i> aufgeteilt werden. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Family themes</i> Die Familien verwiesen häufig auf die Qualität des Personals, das Feingefühl und die Empathie für die Situation der Familie. Die Informationsweitergabe und wie die Kommunikation angepasst wurde sowie die Professionalität wurden geschätzt. Der Mangel an Aufmerksamkeit wurde mit dem Mangel an Pflege gleichgesetzt. • <i>Nurses themes</i> Die Pflegenden schätzten es Zeit mit den Angehörigen und mit den sterbenden Personen zu verbringen und in Kontakt zu kommen und auf ihre individuellen Bedürfnisse eingehen zu können. • <i>Doctors themes</i> Die Ärzte bemühten sich, den 	Die Forschenden verglichen die Ergebnisse der einzelnen Interviews. Diese beschreiben differenziert, welche Erfahrungen die Pflegenden, die Ärzteschaft und die Angehörigen vor, während und nach dem Sterben der betroffenen Person gemacht haben. Mittels der Ergebnisse der vorliegenden Studie lässt sich die Forschungsfrage beantworten. Es wird darauf hingewiesen, dass Palliative Care eine genaue und differenzierte Einführung auf der Abteilung bedarf und es wird davor gewarnt sie ohne ausführliche Schulung einzuführen. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie werfen viele weitere Fragen, die im Zusammenhang mit der Spitalpflege und den sterbenden Patientinnen und Patienten erforscht werden

<p>der Angehörigen, der Ärzte und den Pflegenden von sterbenden Patientinnen und Patienten zu erforschen und herauszufinden, ob sich die Pflege und Betreuung sterbender verändert hat. Zudem sollen die Ergebnisse der Studien aus den Jahren 1983 und 2003 untermauert oder widerlegt werden.</p>	<p>durchgeführt und transkribiert. Dazu wurde parallel die verbatim Transkription und eine constant comparative analysis durchgeführt. Die ethische Genehmigung wurde vom Central Regional Ethics Committee gegeben.</p>	<p>Familien Erklärungen zu liefern und waren dankbar dafür, wenn die Familien ihre Dankbarkeit ausdrückten. Die Ergebnisse wurden mit einzelnen Passagen aus den Interviews untermauert.</p>	<p>müssen, auf.</p>
<p>Kritische Würdigung Anhand der AICA-Hilfstabelle</p>			
<p>Einleitung</p>	<p>Methode</p>	<p>Ergebnisse</p>	<p>Diskussion</p>
<p>Die Studie zeigt aus drei Perspektiven Erfahrungen auf, die während der Begleitung und Betreuung sterbender Personen im Akutspital gemacht wurden. Beim Phänomen handelt es sich um die gemachten Erfahrungen der Familien, der Pflegenden und der Ärzteschaft. Dies ist ein relevantes Thema für die Pflege. Anhand der Erfahrungen lassen sich Mängel in der Versorgung der sterbenden Personen erkennen. Es ist keine klare Forschungsfrage definiert, jedoch folgendes Ziel</p>	<p>Da es sich um eine qualitative Forschung handelt lässt sich diese problemlos mit dem gewählten Design vereinbaren. Die Stichprobe erscheint für den gewählten Ansatz und das gewählte Design nachvollziehbar und ist repräsentativ. Es handelt sich um eine kleine Stichprobe. Die Grösse ist mit der ausreichenden Datensättigung begründet. Auf das Setting und die Teilnehmenden wird oberflächlich eingegangen. Sie scheinen als Informanten geeignet, da sie alle mit verstorbenen Personen in Kontakt waren und terminale Situationen miterlebt hatten. Die Vorgehensweise der Datenerhebung wird beschrieben. Auf die Sättigung</p>	<p>Da eine constant comparative analysis durchgeführt wurde, kann von einer genauen Datenanalyse ausgegangen werden. Anhand der Ergebnisse kann das Ziel der Forschung als erreicht betrachtet werden. Die Ergebnisse scheinen präzise in ihrer Bedeutung, stehen miteinander in Verbindung und werden aus drei verschiedenen Perspektiven dargestellt. Die geformten Kategorien scheinen logisch, nachvollziehbar und stehen miteinander in Verbindung.</p>	<p>Das Ziel der Studie kann anhand der Ergebnisse als erreicht betrachtet werden. Die Ergebnisse leisten ihren Beitrag dazu, das Phänomen besser zu verstehen und nachvollziehen zu können. Sie werden weder mit Literatur verglichen noch kritisch betrachtet. Es wird lediglich auf bereits vorhandene Konzepte verwiesen. Die erforschten Ergebnisse sind für die Pflege relevant und es lassen sich Massnahmen für die Praxis ableiten.</p>

<p>formuliert. Das Ziel der Arbeit ist es die Erfahrungen der Ärzteschaft, der Familien und der Pflegenden in der Begleitung und Betreuung von sterbenden Personen zu erforschen. Das Thema wird mit zwei bereits durchgeführten Studien begründet. Die Ergebnisse dieser Studien werden erklärt und in Relation zum aktuellen Stand der Pflege gesetzt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Arbeit signifikant ist. Jedoch wird nicht explizit darauf eingegangen.</p>	<p>derer wird aber nicht explizit eingegangen. Das methodische Vorgehen stimmt mit der Datenerhebung und -analyse überein. Diese wird oberflächlich beschrieben. Es wurde eine constant comparative analysis durchgeführt. Auf die ethischen Fragen wurden im Ansatz eingegangen. Die Einwilligung seitens der teilnehmenden Familien wurden eingeholt. Die ethische Bewilligung zur Durchführung der Studie wurde ebenfalls gegeben. Kritisch kann betrachtet werden, dass die Forschenden eine Beziehung zu den teilnehmenden Familien aufgebaut haben, da sie mehrfach mit ihnen in Kontakt standen.</p>		
<p>Evidenz / Güte Nach Lincoln & Guba (1985)</p>			
<p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel. Das QJM: Monthly Journal of the Association of Physicians weist einen Impact Faktor von 3.131 auf. Der qualitative Forschungsansatz und die <i>constant comparative analysis</i>, lassen die Studie zuverlässig erscheinen.</p>			

Referenz Dossier, I., & Kennedy, C. (2012). Family carers' experiences of support at the end of life: carers' and health professionals' views. <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 18(10).			
Zusammenfassung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Verschiedene Studien im Vereinigten Königreich (UK) zeigen, dass 57% der palliativ betreuten Patientinnen und Patienten, im Akutspital versterben. Die Begleitung und Betreuung der Angehörigen ist wichtig. Besonders dann, wenn sich der Zustand der Patientinnen und Patienten schnell verschlechtert und sie im Spital versterben. Ziel der Studie ist es, die gegenwärtige Praxis der Begleitung und Betreuung von Angehörigen zu untersuchen und Verbesserungen zu implementieren.	Die beiden Autorinnen wählten die Phänomenologie um ein tiefes Verständnis der Gefühle und des Erlebens der Hinterbliebenen sowie des Fachpersonals zu erforschen. Es wurde eine Zufallsstichprobe mit 13 Hinterbliebenen, drei Fachpersonen der Palliativpflege, 23 Pflegefachpersonen aus zwei Akutstation-Teams sowie den Stationsleitungen beider Abteilungen gezogen (N=41). Die Hinterbliebenen und die drei Fachpersonen der Palliativpflege wurden mittels Interview befragt. Mit den Pflegefachpersonen und den Stationsleitungen wurden fünf Fokusgruppen gebildet. Zur Datenanalyse wurde das System nach Braun und Clark (2006) verwendet. Mit dem ersten Interview begann eine fortlaufende Reflexion der Ergebnisse. Die verbatim Transkriptionen wurden genau geprüft und in Abschnitte und Themen aufgeteilt. Die Studie wurde von der Edinburgh Napier University sowie von einem regionalen Integrated	Es konnten fünf Hauptkategorien definiert werden. <ul style="list-style-type: none"> • Wertschätzung und Respekt • In Würde sterben • Abgleichung von Kenntnissen und Wissen • Moral des Personals • Nachbetreuung Alle fünf Hauptkategorien stehen mit dem Schlüsselthema <i>Kommunikation</i> in enger Verbindung. Angehörige werden zu wenig in die Prozesse der Entscheidungsfindung miteinbezogen und informiert.	Die Studie konnte zeigen, dass die Bedürfnisse der Angehörigen während der terminalen Lebensphase nur teilweise erfüllt werden. Viele der terminalen Patientinnen und Patienten kommen nie in Kontakt mit speziell ausgebildetem Palliativ-Personal. Die befragten Hinterbliebenen erinnerten sich detailliert an die Umgebung im Spital, an die geringe Privatsphäre und an ihre Verzweiflung, weil sie nicht völlig verstanden was vor sich geht. Einige fühlten sich nicht wertgeschätzt und in die Situation miteinbezogen. Das Pflegepersonal beschrieb Schwierigkeiten in der Kommunikation am Lebensende und verwies dabei auf die Hektik der Pflegestationen. Dies als Hindernis sowie auch Strategie um Gespräche mit der Familie zu vermeiden.

	Research Approval System und einem lokalen Hospiz Ethikkomitee genehmigt.		
Kritische Würdigung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Fragestellung der Bachelorarbeit wird beantwortet. Das Phänomen ist erläutert und mit Fachartikeln vom Jahr 2000-2018 untermauert. Das Ziel der Studie wird mit der hohen Anzahl der im Spital versterbenden Patientinnen und Patienten die zuvor palliativ zu Hause begleitet wurden, begründet. Damit lässt sich auch die Relevanz für die Pflege ableiten. Das Ziel, einen Ausgangspunkt für die geplante Aktionsforschung zu beschreiben, wird nachvollziehbar erläutert. Die Forschungsfrage ist klar formuliert.	Der phänomenologische Ansatz scheint geeignet und ist ausführlich begründet. Die Stichprobe ist breit gezogen. Das Missverhältnis zwischen der Anzahl der befragten Angehörigen und der Anzahl der befragten Pflegenden wird durch die Wahl der Interviewführung ausgeglichen. Nur mit den Angehörigen und den drei Palliativ Care Fachpersonen wurden persönliche Interviews geführt. Mit den restlichen Pflegefachpersonen wurden Fokusgruppeninterviews geführt. Das Setting, die Population und das Vorgehen bei der Rekrutierung sind ausführlich beschrieben. Die Datenanalyse wurde nach Braun & Clark (2006) durchgeführt und ist genau beschrieben. Dadurch kann von einer präzisen und glaubwürdigen Datenanalyse ausgegangen werden. Die Studie wurde von drei unterschiedlichen Instituten genehmigt.	Die Autorinnen haben fünf Hauptkategorien aus den Daten herausgearbeitet. Im Artikel beschreiben sie diese nicht genauer. Das Thema Kommunikation wird als Schlüsselthema, welches mit allen Hauptkategorien in enger Verbindung steht, beschreiben und ausführlich erläutert. Die Aussagen sind mit Zitaten aus den Interviews untermauert.	Die Forschungsfrage wird von den Autorinnen beantwortet. Die Ergebnisse werden mit bereits bestehender Literatur aus den Jahren 2002- 2009 verglichen. Das übergeordnete Thema Kommunikation wird von den Autorinnen diskutiert. Auf die fünf herausgearbeiteten Hauptkategorien gehen sie nicht mehr ein. Die diskutierten Ergebnisse sind für die Pflege relevant und einfach anwendbar. Die Studie ist glaubwürdig. Sie wurde von den beiden Autorinnen fortlaufend diskutiert und alle Schritte des Prozesses sind beschrieben.
Evidenz / Güte Nach Lincoln & Guba (1985)			
Es handelt sich um eine Studie des ersten Evidenzlevels, da primär erhobene Daten bearbeitet wurden. Das International Journal of			

Palliative Nursing weist einen Impact Faktor von 0,51 auf. Die Autorinnen beschreiben einen fortlaufenden Prozess der Reflexion vom ersten Interview an, womit die Zuverlässigkeit der Ergebnisse gefördert wird. Die verschiedenen Interviewformen unterstützen eine Triangulation der Ergebnisse was die Glaubwürdigkeit stärkt. Die Untermauerung der Ergebnisse mit Zitaten erlaubt deren Reflexion für die Praxis und ist somit übertragbar.

Referenz McNamara, B., & Rosenwax, L. (2010). Which carers of family members at the end of life need more support from health services and why? <i>Social Science & Medicine</i> , 70(7), 1035–1041. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.029			
Zusammenfassung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Diverse zitierte Studien zeigen eine hohe Prävalenz von pflegenden Angehörigen (pA). Die Pflege am Lebensende kann für Angehörige stressvoll sein und das Wohlbefinden sowie die physische Gesundheit beeinflussen. Ziel der Studie ist, die Bedürfnisse dieser pA am Lebensende der Patientinnen und Patienten zu beschreiben.	Das Studiendesign ist eine populationsbasierte Querschnittstudie mit einem retrospektiven cohort Design. Befragt wurden (N=1071) pA welche aus dem Todesfallregister erhoben und brieflich für die Studienteilnahme angefragt wurden. Von August 2005 bis Juni 2006 wurden telefonische Leitfadeninterviews mit offenen und geschlossenen Fragen durchgeführt. Zudem wurden Daten über Hospitalisation sowie die Unterstützung durch die kommunale Palliative Pflege erhoben. Deskriptive und zusammenfassende Statistiken wurden benutzt um die soziodemographischen Details der pA sowie der Patientinnen und Patienten zu beschreiben. Die Korrelation dieser Daten mit diversen Variablen wurden mittels multipler logistischer Regressionsmodelle dargestellt. Die Studie wurde durch das Human Research Ethics Committee der Universität von West Australien und vom Confidentiality of Health Information Committee at the Western Australian Health Department genehmigt. Die Befragten gaben ihr Einverständnis und hatten zu jeder Zeit die Möglichkeit, ihre Teilnahmebestätigung zurückzuziehen.	Es konnten 1110 Interviews beendet werden. Die Ergebnisse wurden in verschiedene Unterthemen eingeteilt: <ul style="list-style-type: none"> • Was die pA wussten und wollten • Rolle der pA und erhaltene Hilfestellung • Gesundheitszustand und Umgang nach dem Tod der Patientin, des Patienten 	Die Studie konnte auf einige Lücken in der Begleitung der Angehörigen in der end-of-life (EOL) Care hinweisen. Die Höhe der Symptomlast der sterbenden Person beeinflusst das Bedürfnis nach professioneller Hilfe, nicht die Diagnose. Eine signifikante Verbindung zwischen der zu gering empfundenen Hilfestellung und der Gesundheit der pA sowie dem Umgang mit dem Tod konnte nachgewiesen werden. Daher sollten die Bedürfnisse zeitnah erfasst werden. Zielorientierte Edukation sowie praktische Hilfestellung sollten in der EOL Care erweitert werden.

Kritische Würdigung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Obwohl die Studie in verschiedenen Settings erhoben wurde, kann sie Fragen nach dem Bedarf an Begleitung und Betreuung bei Angehörigen von terminalen Patientinnen und Patienten beantworten. Das Ziel der vorliegenden Studie ist klar definiert und begründet sich mit der zentralen Rolle welche pflegende Angehörige (pA) bei der Pflege von Patientinnen und Patienten einnehmen.	Das Forschungsdesign ist sinnvoll gewählt. Die Stichprobenziehung ist mit 1110 Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern für eine populationsbasierte Querschnittstudie gross genug. Die Drop-Outs von 320 Personen beeinflussen die Ergebnisse nicht und werden begründet. Die Datenerhebung ist ausführlich beschrieben und umfangreich. Neben Informationen aus zwei verschiedenen Datenbanken wurden semi-strukturierte Interviews verwendet. Einige der Befragten haben nicht alle Fragen der Interviews beantwortet, dies wird allerdings nachvollziehbar beschrieben. Die Messinstrumente sind ausführlich dargestellt und die Wahl ist nachvollziehbar. Die Datenanalyse wurde ebenfalls kurz erläutert. Die verwendeten Verfahren sind für die Forschungsfrage nachvollziehbar gewählt. Das Konfidenzintervall wird mit 95% angegeben. Die freiwillige Teilnahme und die Möglichkeit jederzeit von dieser abzusehen wird als einziges ethisches Thema beschrieben.	Die Ergebnisse sind ausführlich und präzise beschrieben und werden durch aussagekräftige Tabellen untermauert.	Alle Ergebnisse werden kurz diskutiert und teilweise mit anderen Studien in Bezug gesetzt. Die Studie konnte einige signifikante Resultate erzielen welche in verschiedenen Pflegesettings zum Tragen kommen könnten.
Evidenz / Güte Nach Bartholomeyczik (2008)			
Es handelt sich um eine Studie des ersten Evidenzlevels, da primär erhobene Daten bearbeitet wurden. Das Journal of Social Science & Medicine ist peer-reviewed und weist einen Impact Faktor von 2.733 vor. Die Fragebögen wurden von einem anderen Messinstrument adaptiert, die Validität kann daher nicht beurteilt werden. Die ausführliche Beschreibung der Datenerhebung sowie Analysen lässt die Forschung reliabel erscheinen. Die Forschungsfrage konnte beantwortet werden, was für die Validität der Ergebnisse spricht.			

Referenz Mossin, H., & Landmark, B. T. (2011). Being present in hospital when the patient is dying - A grounded theory study of spouses experiences. <i>European Journal of Oncology Nursing</i> , 15(5), 382–389. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2010.11.005			
Zusammenfassung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Hälfte aller Krebserkrankten in Norwegen, versterben im Akutspital. Daher braucht es gut ausgebildete Pflegefachpersonen im Bereich der Palliative Care. Studien zeigen, dass das Sein einer Bezugsperson für die Angehörigen in dieser Zeit stressig sein kann, da ihnen nicht mit der nötigen Würde und Respekt begegnet wird. Sie fühlen sich ängstlich, entmenschlicht und nicht als Teil des Behandlungsteams. Trotzdem stellen sie ihre eigenen Bedürfnisse hinter die ihrer Angehörigen, obwohl sie selbst ebenfalls Unterstützung benötigen würden. Studien zeigen, dass Familien Informationen benötigen und die Kommunikation zwischen dem Gesundheitspersonal, den Betroffenen und ihren Angehörigen wichtig ist. Ziel der Studie ist ein vertieftes Verständnis betreffend der	Es wurde die Grounded Theory gewählt, um empirisches Wissen über die Erfahrungen der Ehefrauen im Spital zu generieren, dies ohne primäre Hypothese. Es nahmen Ehefrauen (N=8) teil, deren Ehemänner nach einem Aufenthalt von mindestens zwei Tagen im Spital verstorben sind. Potentielle Teilnehmende wurden identifiziert und erhielten direkt nach dem Versterben ihres Ehemannes schriftliche Informationen über die Studie. Später wurden sie per Post und nach erteilter Einwilligung telefonisch für einen Interviewtermin zuhause konsultiert. Das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen lag bei 66 Jahren. Es wurde ein semi-strukturiertes Interview durchgeführt welches im Durchschnitt 77 Minuten andauerte. Der Interviewleitfaden wurde laufend angepasst um die Datendichte zu sichern. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und anhand von Corbin und Strauss (1998) codiert. Zusätzlich wurde mit Memos gearbeitet.	Die Ergebnisse wurden in ineinander überfließende, nicht klar voneinander abgrenzbare Kategorien eingeteilt. <i>Maintaining presence</i> wurde als Hauptkategorie benannt. Diese Kategorie repräsentiert das Bedürfnis nach physischer als auch emotionaler Kontinuität. Zudem ist seitens der Ehefrauen das Bedürfnis vorhanden, involviert zu werden um den Ehemann unterstützten zu können. Präsent zu sein wurde für die Ehefrauen als Notwendigkeit angesehen, und half ihnen, in der aktuellen Situation zusammenzuhalten. Weitere Kategorien sind: - <i>to find one's place</i> - <i>to know</i> - <i>to support each other</i> - <i>to terminate</i> Alle Ehefrauen hoben hervor, dass die Erfahrung, im Spital	Die Ergebnisse dieser Studie tragen zum Verständnis des Empfindens der Ehefrauen während der Hospitalisation ihres Ehemannes bei. Zudem zeigen sie auf, was den Frauen wichtig ist. Trotz der Verwirrung und Unsicherheit die sie durch den Spitalalltag empfinden, bleiben sie bei ihren Partnern. Dies hilft ihnen, sich mit der bevorstehenden Situation abzufinden. Zudem wollen sie offen und ehrlich informiert und miteinbezogen werden. Die Kommunikation bereitet vor allem dem Pflegepersonal Schwierigkeiten, da diese Wörter wie <i>Tod</i> und <i>Sterben</i> in den Gesprächen kaum verwenden. Es wird als positiv betrachtet, wenn die Familie darauf vorbereitet ist, was auf sie zukommt. Ihre starke Präsenz hatte positive Auswirkungen auf ihren

<p>Erfahrungen der Angehörigen um in diesem Zusammenhang ein vertieftes Wissen in der Palliative Care zu generieren.</p>	<p>Die Studie wurde vom regional committee for medical research ethics and local hospital genehmigt.</p>	<p>präsent zu sein, eine Erfahrung ist, die sie nicht missen möchten. Die Episoden der Unzufriedenheit waren der totalen Erfahrung gegenüber untergeordnet. Sie reflektierten positiv, dass sie bei ihrem Ehemann sein konnten als er starb. Dies machte es für sie einfacher sich an die Situation anzupassen und dessen Tod zu akzeptieren.</p>	<p>Trauerprozess. Pflegende müssen die Bedürfnisse der Angehörigen erfassen, da sie diese oftmals hintenanstellen. Zudem haben sie eine wichtige Rolle im Arrangieren der Präsenzzeiten der Bezugspersonen.</p>
--	--	---	---

Kritische Würdigung
Anhand der AICA-Hilfstabelle

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Fragestellung der Bachelorarbeit wird durch die Ergebnisse der Studie beantwortet. Es wird ausführlich, mittels Literatur aus den Jahren 1999 bis 2009 in das Thema eingeführt. Das Phänomen, die Erfahrungen und Erwartungen der Ehefrauen wird beschrieben und zeigt sich für die Pflege relevant. Es ist bereits bekannt, dass sich die Angehörigen in einer verletzlichen Position befinden und ihre eigenen Bedürfnisse oftmals</p>	<p>Es wurde die Grounded Theory als Forschungsansatz gewählt, da es um die Erfahrungen der Ehefrauen während des Spitalaufenthaltes ihrer Ehemänner geht. Die gezogene Stichprobe kann als sinnvoll und repräsentativ für das Phänomen erachtet werden. Kritisch zu betrachten ist jedoch, dass nur Frauen an den Interviews teilgenommen hatten. Es handelt sich um ein kleines Sample, jedoch konnte mittels der Interviews eine ausreichende Datensättigung erreicht werden. Für die Datenerhebung wurden semi-strukturierte Einzelinterviews von unterschiedlicher Zeitdauer geführt.</p>	<p>Die Ergebnisse wurden nach Corbin und Strauss codiert. Es wurden fünf Kategorien gebildet, die die Erfahrungen der Ehefrauen während des Spitalaufenthaltes ihres Ehemannes beschreiben. Als Hauptkategorie kann <i>Maintaining presence</i> angesehen werden. Diese repräsentiert das Bedürfnis der Ehefrauen, für ihre Ehemänner da zu sein und ihre Beziehung, trotz des Spitalaufenthaltes aufrechtzuerhalten. In diesen Kategorien wird auf</p>	<p>Die Ergebnisse dienen dazu die Erfahrungen die die Ehefrauen während des Spitalaufenthaltes ihres Ehemannes gemacht haben zu verstehen. Die Forschungsfrage kann beantwortet werden. Es muss angeführt werden, dass es sich um eine reine Frauenperspektive handelt. Für künftige Forschungen ist es wichtig, dass auch Erfahrungen von Männern erforscht werden. Die Ergebnisse wurden mit bereits vorhandener Literatur</p>

<p>zurückstellen. Somit können die Bedürfnisse der Ehefrauen erforscht werden. Es wird keine genaue Forschungsfrage definiert, jedoch folgendes Ziel formuliert: ein vertieftes Verständnis betreffend der Erfahrungen der Angehörigen um in diesem Zusammenhang ein vertieftes Wissen in der Palliative Care zu generieren. Die Signifikanz der Arbeit zeigt sich darin, dass das Sterben im Spital nicht als <i>gutes Sterben</i> angesehen wird und das Ausführen einer gute Palliative Care schwierig ist.</p>	<p>Der Interviewleitfaden wurde von Zeit zu Zeit entsprechend angepasst um eine ausreichende Datensättigung zu erreichen. Die erhobenen Daten wurden nach Corbin und Strauss codiert und kategorisiert. Zusätzlich wurde mit Memos gearbeitet. Die analytischen Schritte werden genau beschrieben und erscheinen plausibel. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Forschenden und die Teilnehmerinnen keine Beziehung zueinander hatten. Sie kamen jedoch aufgrund des Prozesses der Stichprobenziehung mehrfach miteinander in Kontakt. Die Einwilligung für die Studie wurde vom regional committee for medical research ethics and local hospital gegeben.</p>	<p>die spezifischen Erfahrungen welche die Ehefrauen gemacht haben eingegangen. Die Reichhaltigkeit der Daten, kann anhand der Ergebnisse gemessen werden. Die gebildeten Kategorien können grob voneinander unterschieden werden. Die Ergebnisse fließen immer wieder ineinander über. Die Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien sind nachvollziehbar.</p>	<p>verglichen. Übereinstimmungen sind erkennbar. In der Kategorie <i>ausreichende Information</i> wurde eine Zufriedenheit festgestellt, die durch früher bereits durchgeführte Studien nicht bestätigt werden konnte. Die Ergebnisse sind für die Pflegenden relevant und zeigen, dass den Bedürfnissen der Angehörigen mehr Aufmerksamkeit entgegengebracht werden muss.</p>
<p>Evidenz / Güte Nach Lincoln & Guba (1985)</p>			
<p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel, da primär erhobene Daten bearbeitet wurden. Das European Journal of Oncology Nursing weist einen Impact Faktor von 1.826 aus dem Jahre 2016 auf. Die Grounded Theory und die semi-strukturierten Interviews können als passend angesehen werden. Zudem beschreiben die Autoren einen detaillierten Analyseprozess der erhobenen Daten, damit wird die Zuverlässigkeit der Studie gefördert.</p>			

Referenz			
Spichiger, E. (2008). Living with terminal illness: patient and family experiences of hospital end-of-life care. (cover story). <i>International Journal of Palliative Nursing</i> , 14(5), 220–228.			
Zusammenfassung			
Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Palliative Care ist eine geeignete Methode Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Krankheit zu versorgen. Viele terminal erkrankte Menschen sind hospitalisiert und werden nicht von Pflegefachpersonen mit einer speziellen Palliative Care Ausbildung gepflegt. Ziel dieser Studie ist es, aktuelles Erleben von Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen in Bezug auf die end-of-life (EOL) Care während der Hospitalisation zu beschreiben, da es wenige Studien dazu gibt.	Für diese Studie wurde das Design der interpretativen Phänomenologie nach Benner (1994) und Chesla (1995) gewählt. In die Studie eingeschlossen wurden Patientinnen und Patienten im Alter zwischen 38 und 85 Jahren. Sowie zehn Angehörige im Alter zwischen 41 und 82 Jahren (N=20). Die Forscherin erhob die Daten mittels Beobachtungen, Gesprächen mit Patientinnen und Patienten, Interviews mit den Angehörigen sowie mit der Durchsicht von Patientenakten für Hintergrundinformationen. Die Gespräche und Interviews wurden aufgenommen und verbatim transkribiert. Der zu analysierende Text enthielt 22 Feldnotizen sowie 36 Transkripte. Die Datenanalyse enthielt Fall- und Thematische Analysen und die Suche nach Beispielen. Die Forscherin besprach ihre Interpretationen fortlaufend mit anderen Forschenden. Es bestand ein Informed Consent aller Studienteilnehmenden. Das Forschungsprojekt wurde von der Spital- und Klinikleitung sowie vom Institutional Review Board of the university of California in San Francisco genehmigt.	Die Ergebnisse wurden durch die Forscherin in verschiedene Themenblöcke eingeteilt: <ul style="list-style-type: none"> • Leben mit einer terminalen Erkrankung • Erleben der Hospitalisation • Engagement und Pflege der Fachpersonen • Erleben der Pflegeinterventionen 	Das Erleben der EOL Care im Spital wird eingebettet in die Krankengeschichte wahrgenommen und als Krankheitsepisode gesehen. Die kontinuierliche Information und die Symptomkontrolle werden als relevant beschrieben. Der empathische und menschliche Umgang beeinflusst das Erleben des Spitalaufenthalts massgeblich und kann einen grossen Unterschied im Erleben der Patientinnen und Patienten sowie deren Familien ausmachen. Eine befriedigende EOL Care korrespondiert mit den Zielen der Palliative Care. Aus diesem Grund ist spezifisches Wissen der Fachpersonen über Palliative Care zentral. Die Ergebnisse können aufgrund der kleinen Stichprobe nur lokal übertragen werden.
Kritische Würdigung			

Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie beantwortet die Fragestellung der Bachelorarbeit. Die Autorin sieht die Relevanz für die Pflege in der Tatsache, dass nicht alle Patientinnen und Patienten sowie deren Familien durch speziell ausgebildetes Palliative Care Personal gepflegt werden können. Die Forscherin zitiert verschiedene Forschungsberichte, die über Lücken in der Versorgung der sterbenden Patientinnen und Patienten sowie ihrer Familien berichten. Damit begründet sie ihr Ziel, eine <i>Gegenwarts-Aufnahme</i> des aktuellen Erlebens dieser Population zu beschreiben, anstatt eine retrospektive Sicht zu erforschen.</p>	<p>Der Forschungsansatz der interpretativen Phänomenologie ist für die Forschungsfrage nachvollziehbar. Mit zehn Patientinnen und Patienten sowie jeweils einem Angehörigen war die Stichprobe klein, jedoch für die Forschungsfrage richtig gewählt, da sie das zu erforschende Phänomen in ihrer aktuellen Situation erlebten. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden im derselben, Schweizer Klinik rekrutiert. Aus diesem Grund kann von einer Zufallsstichprobe ausgegangen werden, obwohl die Forscherin dies nicht beschreibt. Die Datensättigung wurde durch die Forscherin nicht diskutiert. Die Datenerhebung, erfolgte nach den Forschungsschritten der Phänomenologie wie sie nach Benner (1994); Chesla (1995) beschrieben wird, und ist nachvollziehbar geschildert. Um den Rigor der Forschung zu verbessern, wurden die Ergebnisse und deren Interpretation mit anderen Forscherinnen und Forschern und den an der Studie teilnehmenden Personen diskutiert. Die Forschung wurde durch die Spital- und Klinikleitung sowie vom Institutional Review Board of the university of California in San Francisco genehmigt.</p>	<p>Die Ergebnisse sind übersichtlich gegliedert und mit passenden Zitaten untermauert. Die Forscherin beschreibt ein präzises und reichhaltiges Bild ihrer Beobachtungen und Interviews. Dadurch sind die Ergebnisse glaubhaft und plausibel. Die Forscherin hat kein Konzept erstellt.</p>	<p>Die Ergebnisse werden durch die Forscherin kohärent dargestellt und mit anderen Forschungen verglichen und in Verbindung gebracht. Die Forscherin berücksichtigt in der Diskussion die kleine Stichprobengröße und weist darauf hin, dass die Ergebnisse daher nur lokal übertragbar sind. Sie geht auch auf die methodologischen Limitationen der Phänomenologie ein, dass ein Phänomen nie vollumfänglich artikuliert werden kann. Die Forschungsfrage wird durch die Ergebnisse beantwortet.</p>
Evidenz / Güte			

Nach Lincoln & Guba (1985)

Die Studie weist das erste Evidenzlevel auf, da es sich um eine Originalforschung handelt. Das International Journal of Palliative Nursing wies im 2015 einen Impact Faktor von 0.51 auf, die Studie wurde 54 Mal zitiert. Die Zuverlässigkeit der Ergebnisse wurde durch die fortlaufende Diskussion mit anderen Forscherinnen und Forschern gefördert. Durch die Kombination von Interviews und Beobachtungssequenzen mit Feldnotizen wurde eine Triangulation der Ergebnisse unterstützt und deren Glaubwürdigkeit gestärkt. Die reichhaltige und präzise Beschreibung des Phänomens fördert die Übertragbarkeit.

Referenz			
Viridun, C., Luckett, T., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2015). Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. <i>Palliative Medicine</i> , 29(9), 774-796.			
Zusammenfassung			
Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Trotz des hohen Anteils, der im Spital sterbenden stationären Patientinnen und Patienten erhalten nicht alle die beste evidence-based Palliative Care. Der Fokus der kurativen Behandlung, macht es zur Herausforderung, eine personenzentrierte, ganzheitliche, auf Comfort und Würde basierende Pflege zu gewährleisten. Eine sterbende Person wird als <i>Fehler</i> angesehen, welcher eine ehrliche Kommunikation zwischen Ärzteschaft, Betroffenen und ihren Familien verhindert. Ziel dieser Review ist es die fünf wichtigsten Elemente der end-of-life (EOL) Care aus quantitativen Studien zu identifizieren. Zudem sollen es für die Sterbenden und ihre Familien die wichtigsten Bedürfniselemente in der Palliative Care sein.	Die primären Daten wurden durch quantitative Studien generiert in englischen peer-reviewed Fachzeitschriften zwischen 1990 und 2014 veröffentlicht wurden. Die Stichprobe umfasst acht Artikel die in überwiegend descriptive Designs durchgeführt wurden. Es konnten Daten von 3117 Familien und 1141 Sterbenden generiert werden. Quantitative Studien wurden gewählt um ein Ranking betreffend der Bedeutung der Ergebnisse durchführen zu können. Es wurden jene Studien eingeschlossen, die über Erfahrungen von Betroffenen und Familien im Zusammenhang mit EOL Care berichten. Die Recherche wurde im März 2014 in diversen elektronischen Datenbanken durchgeführt. Die Artikel welche aus der Suche resultierten wurden ins Endnote (Version X5) importiert. Titel und Abstracts dieser Studien wurden auf die Einschlusskriterien geprüft. Es wurde eine qualitative Bewertung der Studien durchgeführt. Das Evidenzlevel der eingeschlossenen Studien war gegeben. Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte	Die Patientendaten wurden in sechs Domänen, die Familiendaten in fünf Domänen dargestellt. Vier Domänen wurden sowohl von den Betroffenen als auch von den Familien als gleich wichtig erachtet. Diese sind: <ul style="list-style-type: none"> - <i>effective communication and shared decision making</i> - <i>expert care</i> <ul style="list-style-type: none"> o <i>good physical care</i> o <i>symptom management</i> o <i>integrated care</i> - <i>respectful and compassionate care</i> - <i>trust and confidence in clinicians</i> Die Betroffenen werteten die Domänen <i>adequate environment for care</i> und <i>minimising burden</i> zusätzlich als wichtig und die Familien die Domäne <i>financial affairs</i> . Die Domänen <i>effective communication and shared decision making</i> sowie <i>expert</i>	Die aufgedeckten Domänen die für die EOL Care als wichtig erachtet werden, wurden vor 25 Jahren schon als ebendiese identifiziert. Neu hinzu kommt die Einsicht, dass für die Betroffenen und die Familien eine respektvolle, einfühlsame Pflege sowie das Vertrauen in die Ärzteschaft als ebenso wichtig und hoch angesehen wird wie die bereits bekannten Domänen. Die Domäne <i>financial affairs</i> kam besonders in den US Studien zum Tragen. In den anderen Studien, deren Länder (England und Canada) ein gesichertes Gesundheitssystem haben, wurde diese Domäne als nicht wichtig erachtet. Die Ergebnisse dieser Review stimmen mit den Ergebnissen einer australischen Studie überein. Diese Review zeigt, dass Pflegemodelle basierend auf

		anhand der Auswertung und Inhaltsanalyse nach Popay et al. (2006) Die Inhaltsanalyse fand mittels Organisation der Daten in Care Domains oder allübergreifende Kategorien statt.	care wurden in allen Studien am höchsten gewertet und haben somit grösste Wichtigkeit für die Betroffenen und die Familien.	diesen Informationen implementiert, getestet und geprüft werden müssen um Verbesserungen über längere Zeit messen zu können.
Kritische Würdigung				
Anhand des Critical Appraisal Skills Programme (CASP): Making Sense Of Evidence (2006)				
Did the review ask a clearly-focused question?	Yes	Es geht darum die fünf wichtigsten Elemente der end-of-life care für die Betroffenen und die Familien zu erfassen.		
Did the review include the right type of study?	Yes	Die Review schliesst quantitative Studien ein. Dies mit der Begründung, dass so ein Ranking der entsprechenden Elemente durchgeführt werden kann, um die wichtigsten Bedürfnisselemente zu identifizieren.		
Did the reviewers try to identify all relevant studies?	Yes	Die Forscher haben in verschiedenen elektronischen Datenbanken eine Suche mit definierten Suchbegriffen durchgeführt. Die gefundenen Ergebnisse wurden ins Endnote importiert und jeder Titel und jedes Abstract wurde auf die definierten Einschlusskriterien für die aktuelle Review geprüft.		
Did the reviewers assess the quality of the included studies?	Yes	Die qualitative Bewertung der Studien wurde durch zwei unabhängige Forscher durchgeführt und mittels dem Australian Palliative Residential Aged Care (APRAC) Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care: Evidence evaluation tool for quantitative studies vervollständigt. Anhand dessen wurde die definitive Entscheidung betreffend dem Einschliessen der Studien getroffen. Das Evidenzlevel der verwendeten Studien wurde vom (Australian) National Health and Medical Research Council gegeben.		
If the results of the studies have been combined, was it reasonable to do so?	Yes	Die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien konnten problemlos miteinander kombiniert werden. Wenn es beim Zusammenfügen der Ergebnisse Abweichungen gab, wurde von den Forschern darauf hingewiesen. Da alle Studien, die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie deren Familien erforschten schien das Zusammenfügen der Ergebnisse keine Probleme zu bereiten.		
How are the results presented and what is the main result?		Die Resultate wurden in verschiedenen Domänen präsentiert. Die ersten vier Domänen wurden sowohl von den Patientinnen und Patienten als auch von ihren Familien als wichtig erachtet. Nachfolgend wurden die zwei Domänen präsentiert die nur von den Betroffenen als wichtig angesehen wurden und zum Schluss die einzelne Domäne die für die Familien von Bedeutung waren.		
How precise are these results?		Es wird erwähnt, dass sich die Resultate mit Ergebnissen aus einer Studie von vor 25 Jahren decken. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse präzise sind. Da eine ähnliche Studie bereits durchgeführt wurde, könnte der Verdacht aufkommen, dass nur minimale Forschung betrieben wurde um		

		<p>die Ergebnisse der früheren Studie zu bestätigen, aber nicht weiter in die Tiefe gegangen wurde um zu erforschen wo es zu Überschneidungen kommen könnte.</p> <p>Es wird auch erwähnt, dass bei der aktuellen Forschung die Komponente der einfühlsamen Pflege neu dazu kam.</p>
Can the results be applied to the local population?	Yes	Die einzelnen Domänen die beschrieben werden sind nicht nur in der Palliative Care oder EOL Care wichtig, sondern spielen auch im sonstigen Spitalalltag eine wichtige Rolle. Dementsprechend können die Resultate auf alle Situationen im Pflegealltag übertragen werden.
Were all important outcomes considered?	Yes	Es wird darauf hingewiesen, dass anhand der Ergebnisse Modelle in die Praxis integriert werden können, diese aber genau geprüft und evaluiert werden müssen.
Should policy or practice change as a result of the evidence contained in this review?	Yes	Es sollte in der Palliative und EOL Care vermehrt auf die Patientinnen und Patienten sowie auf deren Familien eingegangen werden. Als Leitfaden dafür können die einzelnen Domänen angesehen werden, die in den Ergebnissen aufgelistet wurden. Diese geben einen Hinweis darauf, in welchen Bereichen Verbesserungspotential herrscht und woran gearbeitet werden muss.
Evidenz / Güte Nach Lincoln & Guba (1985)		
Die Studie befindet sich auf dem drittuntersten Evidenzlevel, da sekundäre Daten bearbeitet wurden. Das Palliative Medicine weist einen Impact Faktor von 4.220 auf. Die Inhaltsanalyse wurde nach Popay et al. (2006) durchgeführt, daher erscheint die Studie als zuverlässig.		

Referenz Williams, B. R., Lewis, D. R., Burgio, K. L., & Goode, P. S. (2012). "Wrapped in Their Arms": Next-of-Kin's Perceptions of How Hospital Nursing Staff Support Family Presence Before, During, and After the Death of a Loved One. <i>Journal of Hospice & Palliative Nursing</i> , 14(8), 541.			
Zusammenfassung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Anwesenheit der Familie in der Sterbephase der Patientinnen und Patienten ist ein Qualitätsmerkmal der end-of-life (EOL) Care. Der vorliegende Artikel will die Integration von EOL Standards aufzeigen und ihren Gehalt für die Angehörigen evaluieren. Dabei fokussieren sich Williams und ihr Team im Besonderen auf Interventionen welche die Anwesenheit der Familie am Sterbebett unterstützen. Die Forscherinnen wollen damit den Diskurs über Pflegeinterventionen die Wohlbefinden und Trost im Angesicht des Todes eines geliebten Menschen zum Ziel haben, anregen.	Die Forscherinnen haben retrospektive, qualitative, in depth, face to face Interviews geführt. Angehörige von verstorbenen Veteraninnen und Veteranen wurden aus den Patientenakten der teilnehmenden Kliniken identifiziert und drei bis sechs Monate nach dem Todesfall per Mail kontaktiert. Von total 362 angefragten Hinterbliebenen konnten 61,9% (N=78) interviewt werden. Es wurden persönliche Interviews mit offenen Fragen geführt, aufgenommen und später transkribiert. Alle Hinterbliebenen wurden einmalig interviewt, die Gespräche dauerten durchschnittlich zwei Stunden. Die transkribierten Interviews wurden systematisch gelesen um Kategorien und Codes zu bilden. Die Forscherinnen hielten sich an die ethischen Prinzipien: Respekt vor der Person, Gerechtigkeit und Wohlwollen. Genehmigt wurde die Forschung durch die Institutionellen review boards aller sechs Kliniken welche an der Forschung teilnahmen.	Es konnten fünf Pflegeinterventionen herausgearbeitet werden, welche die Angehörigen dabei unterstützen während der Sterbephase im Spital anwesend zu sein. Diese sind: <ul style="list-style-type: none"> • Die Familie informieren • Beruhigende Aufmerksamkeit bieten • Mitgefühl zeigen • Letzte Aufgaben/ Handlungen erleichtern • Wahrung der Patientenwürde 	Die kurze Zeitspanne zwischen dem Tod der Patientinnen und Patienten und den Interviews ist eine Stärke der Studie. Dadurch sind die Erinnerungen bei den hinterbliebenen Angehörigen noch präsent. Die Anwesenheit der Familie während der Sterbephase ist ein Prozess welcher eine koordinierte und einfühlsame Pflege benötigt. Konzentrieren sich Pflegefachpersonen ausschliesslich auf die Pflege der Patientinnen und Patienten, entgeht ihnen die Möglichkeit in entscheidenden Momenten ihre Interventionen auf die Angehörigen zu erweitern. Daher ist es wichtig, die Bedürfnisse der Angehörigen in der EOL Care in Standards und in die Ausbildung zu integrieren.

Kritische Würdigung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die Studie beantwortet die Fragestellung der Bachelorarbeit. Das Phänomen ist klar definiert und relevant für die Pflege. Das Ziel ist klar formuliert. Das Thema ist mit einer separat beschriebenen Literaturreview eingeführt. In der darin beschriebenen Forschungslücke besteht die Signifikanz der Arbeit.	Das gewählte Design und die Stichprobenziehung sind sinnvoll gewählt. Da es sich bei der gewählten Population ausschliesslich um Angehörige von Veteraninnen und Veteranen handelt muss die Übertragbarkeit der Ergebnisse kritisch beurteilt werden. Die Stichprobengrösse ist angemessen, wird jedoch nicht begründet. Die Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben und durch die Darstellung der Interviewfragen explizit aufgezeigt. Die Datensättigung wird nicht erwähnt und die analytischen Schritte nicht ausführlich beschrieben. Ethische Überlegungen sind erörtert. Die Studie ist durch verschiedene Ethikkomitees genehmigt.	Die Autorinnen beschreiben ein präzises Vorgehen bei der Datenanalyse obschon diese nur in wenigen Sätzen erwähnt wird. Das dargestellte Codierungsschema und die Zitate aus den Interviews, lassen auf reichhaltige Daten schliessen. Die Kategorien werden kurz und aussagekräftig beschrieben und sind mit Zitaten untermauert, was sie glaubwürdig macht.	Die Ergebnisse werden mit der in der Einleitung erwähnten Literatur diskutiert, was zur Beantwortung der Forschungsfrage führt. Die Relevanz für die Pflege ist explizit beschrieben und es werden Empfehlungen für die Praxisimplikation und die Pflegeausbildung gemacht. Die Kategorien werden nicht im Einzelnen, sondern in einem übergeordneten Kontext diskutiert.
Evidenz / Güte Nach Lincoln & Guba (1985)			
Da primäre Daten erhoben wurden, weist diese Studie das erste Evidenzlevel auf. Das Journal of Hospice & Palliative Nursing weist einen Impact Faktor von 0.672 auf und ist peer-reviewed. Die Forscherinnen beschreiben, dass der analytische Rigor durch Verdichtung und Reduktion der Ergebnisse gefördert wurde. Ob die Analyse regelmässig reflektiert worden ist, wird nicht beschrieben. Auch die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse lässt sich nicht einschätzen da die Autorinnen wenig über den Prozess der Datenanalyse schreiben. Die ausführliche Beschreibung der Ergebnisse und die Einbettung dieser in bereits bestehende Richtlinien fördert die Übertragbarkeit in die eigene Praxis.			

Referenz			
Witkamp, E., Droger, M., Janssens, R., van Zuylen, L., & van der Heide, A. (2016). How to Deal With Relatives of Patients Dying in the Hospital? Qualitative Content Analysis of Relatives' Experiences. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 52(2), 235–242. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.02.009			
Zusammenfassung			
Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
In der vorliegenden Studie geht es darum, wie die Angehörigen von Patientinnen und Patienten in der end-of-life (EOL) Care in die Pflege und Entscheidungsfindung miteinbezogen werden. Das Phänomen wird anhand von Literatur begründet. Es wird die Hypothese aufgestellt, dass in den westlichen Spitälern die Pflege auf individuelle, autonome und selbstständige Patientinnen und Patienten ausgelegt ist und dass die Familie oder das soziale Umfeld nur miteinbezogen wird, wenn es notwendig ist. <u>Forschungsfrage:</u> <i>In dieser Studie wird untersucht wie die Angehörigen von Patientinnen und Patienten im Akutspital in der letzten Lebensphase der Sterbenden miteinbezogen werden und welche Erfahrungen die Angehörigen machen.</i>	Es handelt sich um eine <i>retrospective questionnaire study</i> bei palliativer und terminaler Pflege im Akutspital. Die Originalstudie wurde mit einem 93 Fragen umfassenden Fragebogen im Erasmus University Medical Center in Holland durchgeführt. Für diesen Artikel wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt um zehn offene Fragen zum Thema hospital care in den letzten Lebensstagen zu erforschen. Es wurden 951 Fragebögen verschickt. Die Rücklaufquote betrug 51%. Es wurden Angehörige von Patientinnen und Patienten eingeschlossen, die zwischen Juni 2009 und Juli 2012 im Spital verstarben. Die qualitative inductive method wurde gewählt um die erhobenen Daten zu analysieren. Die Daten wurden anhand der open coding method codiert. Es konnten 26 Codes extrahiert werden. Diese wurden in Kategorien unterteilt und in fünf übergreifende Themen gegliedert. Die Genehmigung für diese Studie wurde vom Medical Ethical Research	Es kamen 451 ausgefüllte Fragebögen zurück. Daraus konnten für die zehn Fragen 1931 Kommentare und Erklärungen entnommen werden. Die Erfahrungen und daraus resultierenden Ergebnisse der Angehörigen, im Hinblick auf ihre Position und Rolle, konnten in fünf Kategorien unterteilt werden. Wobei die erste Kategorie Information und Kommunikation drei Subkategorien beinhaltet. <ul style="list-style-type: none"> • Information und Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> • Verständlichkeit • Aktualität • Sensibilität • Einbindung und Entscheidungsfindung • Anerkennung • Vertrauen • Ruhe und Privatsphäre Die Ergebnisse wurden mit Passagen aus den Interviews verständlicher gemacht, verstärkt und untermauert.	Die Ergebnisse dieser Studie zeigen auf, dass die Angehörigen in der terminalen Phase des Sterbenden zwei Rollen einnehmen. Einerseits die der primären Bezugsperson und zum andern die Rolle der pflegenden Angehörigen und Berater oder Vertreter bei schwierigen Entscheidungen, wenn es den Sterbenden nicht mehr möglich war, diese selbst zu treffen. Um die Interessen der sterbenden Person im Entscheidungsprozess zu vertreten, ist es erforderlich, dass die Angehörigen die nötigen Informationen bezüglich der Krankheit und der Therapiemöglichkeiten zeitgerecht erhalten und in Diskussionen miteinbezogen werden. Zudem muss ihnen Ruhe, Privatsphäre und praktische Hilfestellung

<p>Zweck der Vorliegenden Studie ist es, die Erfahrungen der Angehörigen in der EOL Care im Akutspital zu eruieren und zu sehen wie sie in die Pflege und Entscheidungsfindung miteinbezogen werden.</p>	<p>Committee of the Erasmus MC gegeben. Gemäss dem holländischen Recht war kein schriftlicher Informed Consent seitens der Betroffenen oder deren Angehörigen erforderlich, da die verwendeten Daten nach dem Ableben der Patientinnen und Patienten erfasst wurden. Über die Anonymisierung er Daten wurde informiert.</p>		<p>geboten werden. Dies dient dazu, dass die Angehörigen positive Erfahrungen sammeln und in ihrer Rolle als Experten in Bezug auf die EOL Care der Sterbenden Akzeptanz finden. Die Ergebnisse dieser Studie wurden mit anderen verglichen und decken sich überwiegend.</p>
--	---	--	--

Kritische Würdigung
Anhand der AICA-Hilfstabelle

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Das Ziel der Studie ist es herauszufinden, welche Erfahrungen die Angehörigen von sterbenden Patientinnen und Patienten im Akutspital machen und wie sie miteinbezogen werden. Dahingehend beantwortet diese Forschungsfrage die Frage der Bachelorarbeit. Es wird mittels Literatur aus den Jahren 1989 bis 2016 in das Thema eingeführt und somit das Phänomen literarisch untermauert. Es ist eine klare Forschungsfrage definiert, aus der sich das Ziel der Studie ableiten lässt. Es wird darauf hingewiesen, dass eine Lücke</p>	<p>Es handelt sich um eine <i>retrospective questionnaire study</i> mit einer qualitativen Fragestellung. Die gezogene Stichprobe kann als sinnvoll und repräsentativ erachtet werden. Es handelt sich um eine grosse Stichprobe, die Rücklaufquote der Fragebogen betrug 51%. Trotzdem scheint die Stichprobengösse angemessen und es konnte eine grosse Datensättigung erreicht werden. Das Setting und die Teilnehmenden werden kurz beschrieben. Die Teilnehmenden können als geeignete Informanten für das Thema angesehen werden, da sie vor kurzer Zeit selbst in die EOL Care eines Angehörigen involviert waren und dessen Pflege und Betreuung erlebt haben. Das Vorgehen der Datenerhebung passt zum gewählten</p>	<p>Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten und stehen im Kontext mit der Fragestellung. Die Prägnanz der Ergebnisse wird mit einzelnen Antworten aus den Fragebogen untermauert. Die anhand der reichhaltigen Ergebnisse gebildeten fünf Kategorien wirken logisch und nachvollziehbar. Der Bereich <i>Information und Kommunikation</i> mit ihren drei Untergruppen kann als Hauptkategorie herausgelesen werden. Grundsätzlich können die einzelnen Rubriken voneinander unterschieden werden. Ja nach Kategorie besteht aber trotzdem die Möglichkeit, dass sie</p>	<p>Die Forschungsfrage wird vollständig beantwortet. Anhand der einzelnen Ergebnisse aus den verschiedenen Kategorien wird ersichtlich, welche Erfahrungen die Hinterbliebenen während der EOL Care im Akutspital gemacht haben. Zudem wird ersichtlich wie und ob auf ihre Bedürfnisse eingegangen wurde und was sie sich vermehrt gewünscht hätten. Die Ergebnisse werden mit bereits vorhandener Literatur verglichen und es kann festgestellt werden, dass sie sich decken. Die Bedeutung für die Praxis wird kurz</p>

<p>in der empirischen Forschung, bezüglich dem Involvieren von Patientinnen, Patienten und deren Angehörigen in die end-of-life Care besteht und den daraus resultierenden Konsequenzen für das Gesundheitspersonal. Daraus lässt sich die Signifikanz für die Pflege ableiten.</p>	<p>Forschungsdesign und das methodische Vorgehen zur Datenerhebung und Analyse kann als stimmig angesehen werden. Die im Fragebogen enthaltenen Fragen waren offen gestellt. Auf den Analyseprozess wird kurz eingegangen und die einzelnen Schritte werden oberflächlich beschrieben. Trotzdem kann die Analyse als präzise und glaubwürdig angesehen werden, da das Codierungsverfahren anhand wissenschaftlicher Analysen (Boeije, 2010) durchgeführt wurde. Dies widerspiegelt sich auch in den Ergebnissen. Die Studie wurde genehmigt und die Daten anonymisiert.</p>	<p>ineinander überlaufen und nicht mehr klar voneinander abgetrennt werden können. Die Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien sind klar erkennbar. Die Ergebnisse wirken plausibel und lassen sich aufgrund ihrer Untermauerung mit einzelnen Antworten aus den Fragebogen, klar interpretieren.</p>	<p>angesprochen, könnte aber ausführlicher diskutiert werden. Die Schlussfolgerung stellt dar, dass die Angehörigen in ihrer Rolle mehr Anerkennung benötigen und genauer informiert werden müssen.</p>
<p>Evidenz / Güte Nach Lincoln & Guba (1985)</p>			
<p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Evidenzlevel, da primär erhobene Daten bearbeitet wurden. Das Journal of Pain and Symptom Management weist einen Impact Faktor von 2.905 aus dem Jahre 2016 auf. Der Analyseprozess erfolgte nach offen gelegten, wissenschaftlichen Analyseverfahren (Boeije, 2010). Die suffiziente Datensättigung fördern die Zuverlässigkeit der Studie.</p>			

Referenz Witkamp, F. E., van Zuylen, L., Borsboom, G., van der Rijt, C. C. D., & van der Heide, A. (2015). Dying in the Hospital: What Happens and What Matters, According to Bereaved Relatives. <i>Journal of Pain and Symptom Management</i> , 49(2), 203–213.			
Zusammenfassung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
In den meisten westlichen Ländern sterben mehr als 50% der Patientinnen und Patienten im Akutspital. Während einige Studien über die Zufriedenheit der Angehörigen und der Fachpersonen mit der end-of-life (EOL) Care berichten, weisen andere Studien auf Lücken hin. Die vorliegende Studie möchte daher zu einem besseren Verständnis über das Erleben von Angehörigen sowie Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase beitragen und herausfinden welche Faktoren die Qualität der EOL Care beeinflussen.	Es handelt sich um eine retrospektive cross-sectional Interviewstudie mit hinterbliebenen Angehörigen (N= 249) von Patientinnen und Patienten welche nach sechs Stunden oder später im Akutspital verstorben sind. Zwischen Juni 2009 und März 2011 wurden Daten aus einem Universitätsspital in Rotterdam erfasst. Jeweils eine hinterbliebene Person pro Todesfall wurde gebeten an der Studie teilzunehmen und nach 13 Wochen einen schriftlichen Interviewbogen auszufüllen. Erfragt wurde die Qualität des Sterbens und des Todes (QOD) in den letzten 24 Lebensstunden der Patientinnen und Patienten. Der Interviewbogen bestand aus ordinalskalierten Fragen und wurde von allen Teilnehmenden einmalig ausgefüllt. Alle Analysen wurden mit Hilfe des SPSS 20 durchgeführt. Das Ziel war, eine Verbindung zwischen der erlebten QOD und der gebotenen Pflege herstellen zu können. Die Studie wurde durch das Medical Ethical Research Committee of the Erasmus MC genehmigt.	Es konnten sechs Komponenten ausgearbeitet werden welche signifikant mit der empfundenen QOD in Verbindung gebracht werden konnten; <ul style="list-style-type: none"> • Akzeptanz des bevorstehenden Todes • Medizinische Versorgung und Symptom-management • Vorbereitung auf die Todesumstände • Geteilte Entscheidungsfindung • Persönliche Pflege • Unterstützung der Angehörigen 	Die Zusammenarbeit zwischen den Angehörigen und den Pflegefachpersonen wirkt sich zentral auf die empfundene QOD aus. Wie auch in anderen Studien konnten Lücken im Symptommanagement sowie in der Kommunikation aufgezeigt und die Multidimensionalität der QOD nachgewiesen werden. Das Symptommanagement zur Erfassung der Verschlechterung des Gesundheitszustands sind in der Pflege von terminalen Patientinnen und Patienten essentiell. Als Limitationen beschreiben die Autorinnen und Autoren, dass die Daten nur in einem Universitätsspital erhoben wurden und dass das Instrument zur Erfassung der QOD zuvor nicht wissenschaftlich untersucht worden ist.

Kritische Würdigung Anhand der AICA-Hilfstabelle			
Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
Die vorliegende Studie verfolgt das klar formulierte Ziel, beeinflussende Faktoren der QOD anhand des Erlebens der Angehörigen zu erfassen. Die Forschungsfrage wird vor allem mit der hohen Inzidenz an, in Spitälern sterbenden Patientinnen und Patienten, begründet. Als weiterer Grund werden diverse Studien zitiert welche die QOD erforscht haben, ohne diese im Zusammenhang mit dem Erleben der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen zu betrachten. Die Fragestellung der Bachelorarbeit kann beantwortet werden obwohl die Autorinnen und Autoren noch weitere Resultate präsentieren.	Das Forschungsdesign ist nachvollziehbar gewählt. Aufgrund der belastenden Situation in der sich Angehörige während der EOL Phase befinden, ist ein retrospektives Design sinnvoll. Die Stichprobe ist mit 249 Teilnehmenden für eine quantitative Forschung nicht sehr gross gewählt. Da alle Daten im selben Universitätsspital erhoben wurden, sind diese nicht vorbehaltlos auf die Population aller Spitäler (zum Beispiel Regionalspitäler) anwendbar. Die Stichprobengrösse wird nicht begründet. Ob und wie es zu allfälligen Drop-Outs gekommen ist, wird nicht beschrieben. Die Datenerhebung erfolgte bei allen teilnehmenden Angehörigen mit denselben ordinalskalierten Interviewfragen, was im Rahmen des Studiendesigns sinnvoll scheint. In den Limitationen wird erwähnt, dass die Erhebung der QOD nicht auf einem validen Messinstrument basiert. Die Datenanalyse ist klar beschrieben, das Signifikanzniveau wurde bei einem α 0,1 festgelegt und ist im Artikel nicht begründet. Die	Die Ergebnisse sind ausführlich beschreiben und mit Tabellen und Grafiken untermauert. Diese Grafiken und Tabellen sind vollständig, stehen mit dem Text in Verbindung und ergänzen ihn.	Es wurden alle Resultate diskutiert und interpretiert. Ein Vergleich mit anderen Studien wird gemacht, alternative Erklärungen fehlen. Stärken und Schwächen werden erwähnt und stehen im Gleichgewicht. Die Ergebnisse sind umsetzbar, die Forscherinnen und Forscher machen jedoch keine Angaben welche Massnahmen dazu notwendig wären. Die Studie könnte in einem anderen klinischen Setting wiederholt werden.

	Forschung wurde genehmigt, ethische Überlegungen wurden gemacht.		
Evidenz / Güte			
Nach Bartholomeyczik (2008)			
Die Zeitschrift in der dieser Artikel veröffentlicht wurde, ist peer-reviewed und weist einen Impact Faktor von 2.905 auf. Da es sich bei dieser Forschung um primär erhobene Daten handelt, weist sie das erste Evidenzlevel auf. Die Forschung ist Objektiv, da der verwendete Fragebogen standardisiert angewendet wurde. Störvariablen wie die Verzerrungen der Wahrnehmung durch die Zeit oder die Trauer der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer wurden berücksichtigt. Da der verwendete Fragebogen nicht validiert wurde, ist die Validität der Ergebnisse nicht nachweisbar. Durch die Standardisierung des Fragebogens und die genaue Beschreibung wie dieser angewendet wurde, kann von der Reliabilität der Ergebnisse ausgegangen werden.			

Anhang E – Auszug aus dem AICA; quantitative Fragen

	Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
Einführung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage (Hypothese)	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Konzepte / Problem handelt es sich? • Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie? • Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf? • Mit welchen Argumenten wurde der Forschungsbedarf begründet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? • sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt? • Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?
Methode	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Design handelt es sich? • Wie wird das Design begründet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? • Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert?
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? • Welches ist die Stichprobe? <ul style="list-style-type: none"> – Wer? Wieviel? Charakterisierungen? • Wie wurde die Stichprobe gezogen? <ul style="list-style-type: none"> – Probability sampling? – Non-probability sampling? • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet • Gibt es verschiedene Studiengruppen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? <ul style="list-style-type: none"> – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? • Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? • Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? • Werden Drop-Outs angegeben und begründet?
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Art von Daten wurde erhoben? <ul style="list-style-type: none"> – physiologische Messungen – Beobachtung – schriftliche Befragung, – Interview • Wie häufig wurden Daten erhoben? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? • Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? • Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben?
	Messverfahren & oder Intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Messinstrumente wurden verwendet (Begründung)? • Welche Intervention wird getestet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? • Sind die Messinstrumente valide (validity)? • Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? • Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt?
	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variable auf? • Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet (deskriptive und / oder schliessende)? • Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? • Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? • Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? • Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? • Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet?
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? • Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?
m	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Ergebnisse werden präsentiert? • Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie? • Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Sind die Ergebnisse präzise? • Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien? <ul style="list-style-type: none"> • Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden..) • Sind sie eine Ergänzung zum Text?

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie Interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? • Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden? • Werden Limitationen diskutiert? • Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? 	<ul style="list-style-type: none"> • Werden alle Resultate diskutiert? • Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? • Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? • Wird nach alternativen Erklärungen gesucht?
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? • Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar? • Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?

Anhang F – Auszug aus dem AICA; qualitative Fragen

	Forschungsschritte	Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung	Leitfragen zur Würdigung
Einleitung	Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfrage	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? • Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? • Wie lautet die Forschungsfrage? • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? • Sind die Forschungsfragen klar formuliert? • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?
Methode	Ansatz/Design	<ul style="list-style-type: none"> • Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? • Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? • Welches ist die Stichprobe? <ul style="list-style-type: none"> – Wer? Wieviel? Charakterisierungen? • Wie wurde die Stichprobe gezogen? <ul style="list-style-type: none"> – Probability sampling? – Non-probability sampling? • Gibt es verschiedene Studiengruppen? • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? <ul style="list-style-type: none"> – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? • Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? • Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? • Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? • Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen?
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? <ul style="list-style-type: none"> – Interview – Beobachtung – Fokus Gruppe – Schriftstücke & Kunstformen • Wie häufig wurden Daten erhoben? • Wie wurden die Daten verarbeitet (z. B. verbatim Transkription)? 	<ul style="list-style-type: none"> • Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? • Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? • Wird die Datensättigung diskutiert? • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)?
	Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? <ul style="list-style-type: none"> – Phänomenologie, Grounded Theory, Ethnographie etc., oder „qualitativ-deskriptiv“, „qualitativ-explorativ“ - mit Bezug zu einer allgemein akzeptierten Vorgehensweise oder Begründung weshalb anders. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? • Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie? • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z.B.: Ist die Methode für das Phänomen geeignet?
	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? • Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? 	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? • Analysemethoden nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? • Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? • Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? • Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? • Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)?
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? • Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? 	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden?

Diskussion	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? • Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmergeschichten? 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? • Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? • Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? • Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? • Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? • Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten?
	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? <ul style="list-style-type: none"> – Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? – Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? – Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? 	<ul style="list-style-type: none"> • Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? • Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? • Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? • Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)?
	Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? 	<ul style="list-style-type: none"> • Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? • Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? • Welches ist der Evidence-Level der Studie?