



(Un)bewusst in den Tod schlafen – Auswirkungen der kontinuierlichen Palliativen Sedation auf das Pflege- personal und wie dieses damit um- geht

Laura Frey
17-667-387

Sara Frunz
17-667-197

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF17
Eingereicht am: 01.05.2020
Begleitende Lehrperson: Doris Ruhmann

**Bachelorarbeit
Pflege**

Abstract

Einleitung: Die Pflege von Menschen in ihrer terminalen Phase kann eine emotionale Belastung für Pflegende sein. Besonders, wenn sterbende Menschen als symptomreduzierende Therapie eine kontinuierliche Palliative Sedation erhalten. Für Pflegende ist dies oftmals eine Herausforderung, weil sie diese Therapieform als Sterbehilfe erachten und Schuldgefühle entwickeln.

Ziel: Die Auswirkungen der kontinuierlichen Palliativen Sedation auf das Pflegepersonal werden untersucht und Coping Strategien werden gesucht, die in anspruchsvollen Situationen unterstützend wirken.

Methodik: Im Zeitraum vom 17.07. - 26.07.2019 wurde in den Datenbanken CINAHL Complete und Medline eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt. Mit dem Modell der Salutogenese (Antonovsky & Franke, 1997) werden gesundheitsfördernde Aspekte der Ergebnisse der Studien hervorgehoben.

Ergebnisse: Durch sechs qualitative, eine quantitative und eine Mixed-Method Studie wurden drei Themenbereiche zusammengetragen: Die *Auswirkung des pflegerischen Fachwissens* auf die Selbstsicherheit, die *emotionale Auswirkung auf Pflegende* (positive und negative, Beziehungsqualität und moralische Sichtweisen) und *Coping Strategien* (Metaphern, physische Selbstsorge, soziale und emotionale Unterstützung) zur Bewältigung der kontinuierlichen Palliativen Sedation.

Schlussfolgerungen: Ein kompetentes Fachwissen zur kontinuierlichen Palliativen Sedation bereichert die Selbstsicherheit der Pflegenden und den professionellen Umgang mit emotional belastenden Situationen. Zur Selbstsorge erscheinen gesundheitsfördernde Aspekte der Salutogenese und Coping Strategien essentiell.

Keywords: palliative sedation, nurse, impact, effect, influence

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
2	Fragestellung, Zielsetzung	7
3	Theoretischer Hintergrund.....	8
3.1	Palliative Care	8
3.2	Palliative Sedation.....	9
3.3	Vorübergehende, intermittierende und kontinuierliche Palliative Sedation	9
3.4	Refraktäre Symptome.....	10
3.5	Coping Strategien.....	10
3.6	Aktive und passive Sterbehilfe	10
3.7	Salutogenese	11
4	Methodik.....	15
4.1	Durchführung der Literaturrecherche.....	15
4.1.1	<i>Keywords</i>	15
4.1.2	<i>Limitationen</i>	15
4.1.3	<i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	16
4.2	Auswahl und Beurteilung der Studien.....	18
5	Ergebnisse	19
5.1	Übersicht der Studien	20
5.2	Vorstellung der Ergebnisse	22
5.2.1	<i>Emotionale Belastung des Pflegefachpersonals</i>	22
5.2.2	<i>Fachwissen des Pflegefachpersonals zur kPS</i>	23
5.2.3	<i>Coping Strategien</i>	25
5.3	Beurteilung der Gütekriterien der verwendeten Studien	29
6	Diskussion	33
6.1	Vergleich der Studien	33
6.1.1	<i>Gemeinsamkeiten</i>	33
6.1.2	<i>Unterschiede</i>	37
6.2	Bezug zum Modell der Salutogenese	38
6.3	Fazit, Beantwortung der Fragestellung.....	40
6.4	Limitationen.....	40
7	Schlussfolgerungen	43
7.1	Empfehlung für die Praxis in der Schweiz	43
7.2	Offene weiterführende Fragen und Ideen für Forschungsprojekte.....	44
	Literaturverzeichnis.....	45

Abbildungsverzeichnis	49
Tabellenverzeichnis	49
Anzahl der Wörter	50
Danksagung.....	51
Eigenständigkeitserklärung	52
Anhänge	53
Anhang A: Protokolle Datenbankrecherche	53
Anhang B: Zusammenfassung der Studien.....	54

1 Einleitung

Die moderne Medizin fokussiert sich hauptsächlich darauf, Krankheiten zu vermeiden, zu heilen und den Tod zu verhindern. Jedoch gibt es trotz moderner Medizin bei fortgeschrittener Krankheit die Situation, in der keine Heilung mehr möglich ist. Das ist der Zeitpunkt, in der die Palliative Care zum Einsatz kommt. (Neuenschwander & Cina, 2015) Der Begriff *Palliative Care* setzt sich aus dem lateinischen Wort *palliare*, was *mit einem Mantel bedecken* bedeutet und dem englischen Wort *care*, was *Fürsorge, Betreuung, Aufmerksamkeit* heisst (Duden, 1998). In der Palliative Care wird das Leiden eines unheilbaren Menschen gelindert und verschafft ihm die bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende. Sie beugt Komplikationen vor und schliesst medizinische Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie psychologische, soziale und spirituelle Unterstützung mit ein. (Neuenschwander & Cina, 2015)

Bei einer Schweizer Befragung waren 91% der Schweizer Bevölkerung der Meinung, dass Palliative Care allen schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz zur Verfügung stehen sollte (Bundesamt für Gesundheit, 2009). Das Bundesamt für Gesundheit untersuchte bei einer weiteren Befragung zwischen 2006-2011 die Sterbeorte der Schweizer Bevölkerung. Daraus wird ersichtlich, dass sich 75% der Bevölkerung wünscht, zu Hause zu sterben. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die meisten Menschen in der Schweiz im Alters- und Pflegeheim, am zweithäufigsten im Spital und am dritthäufigsten zu Hause oder an einem anderen Ort sterben. Aus diesen Befragungen ist zu schliessen, dass sich die Schweizer Bevölkerung wünscht, in vertrauter Umgebung zu sterben und die Palliative Care in Betracht ziehen würde. Damit diese vertraute und vor allem auch wohltuende Umgebung stattfinden kann, ist in der Palliative Care die Symptomkontrolle essentiell. Am Lebensende können Betroffene an Symptomen, wie beispielsweise unerträglichen Schmerzen, Atemnot aber auch unerträglicher Angst oder Unruhe leiden. Deshalb ist die Kontrolle dieser Symptome ausschlaggebend. (Häusermann, 2019) Ohne Symptomkontrolle hilft auch keine vertraute Umgebung. Aus diesem Grund besteht in der Palliative Care die Möglichkeit unerträgliche Symptome, die mit allen anderen Mitteln nicht zu bewältigen sind, eine Palliative Sedierung durchzuführen. Solche Symptome werden refraktäre (nicht beeinflussbare, siehe Seite 10) Symptome genannt. Der Begriff Palliative Sedierung wurde erstmals 1991 verwendet (Enck, 1991).

Die Palliative Sedierung ist die bewusste Verabreichung von Medikamenten, die eine Distanzierung oder einen künstlichen Schlaf bewirken. Die Sedation geschieht in der kleinsten wirksamen Dosis und wirkt weder lebensverkürzend noch -verlängernd.

(palliative ch, 2019) Somit ist die oberste Priorität eine nachhaltige Erleichterung und Linderung der Symptome sowohl für die sterbende Person als auch für die Angehörigen (Eychmüller, 2015).

Voraussetzungen, die eine Patientin oder ein Patient für eine Palliative Sedation erfüllen muss, sind nach Neuenschwander & Cina (2015) folgende:

- refraktäre fortschreitende Atemnot und/oder
- refraktärer Schmerz und/oder
- psychomotorische Verwirrtheit aufgrund refraktärem Delirs und/oder
- refraktäre Einschlafstörung.

Zu den strittigen Voraussetzungen gehören

- seelisches/ geistiges Leid, existenzielle Not und/oder
- Angstzustände und/oder
- Depression und/oder
- Sinnverlust.

(Neuenschwander & Cina, 2015)

Die Entscheidung zur Palliativen Sedation wird immer durch mehrere Fachpersonen getroffen. Ein interdisziplinäres Team beschliesst die Verabreichung einer Palliativen Sedation gemeinsam mit dem sterbenden Menschen und dessen Angehörigen.

(Neuenschwander & Cina, 2015)

Es gibt verschiedene Arten einer Palliativen Sedation. Es wird zwischen der kontinuierlichen und der intermittierenden Palliativen Sedation unterschieden.

(Neuenschwander & Cina, 2015) Im Folgenden wird auf die kontinuierliche Palliative Sedation (kPS) eingegangen, da sich die Bachelorarbeit auf diese Art von Sedierung beschränkt. Im theoretischen Hintergrund wird der Unterschied beider Sedierungsarten erläutert.

Die Prävalenz der kPS in Europa liegt zwischen 2.5 - 17.5%. Die Zahlen variieren zwischen Ländern, Setting und der Patientenpopulation. In der Schweiz wurden 2001 4,7% und 2013 17,5% der sterbenden Menschen sediert. Diese Daten wurden für eine Studie gesammelt, in dem 70% der Todesscheine der Deutschschweizer Bevölkerung angefordert wurden. Von diesen wurden 63.5% der Todesscheine von 2001 und 2013 retourniert. (Bosshard et al., 2016) Somit ist eine Steigerung von 12,8% der Anwendung der kPS innerhalb von zwölf Jahren ersichtlich. Den Zahlen ist zu entnehmen, dass in Zukunft die Verwendung der kPS weiter steigen wird.

Die beschriebene Situation zeigt die Prävalenz der kPS. Daraus ist zu schliessen, dass Pflegefachpersonen regelmässig Patientinnen und Patienten betreuen, welche an ihrem Lebensende kontinuierlich sediert werden. Pflegefachpersonen sind somit zentral in die kPS involviert. Nach Neitzke et al. (2010) hat eine Pflegefachperson folgende Aufgaben bei der kPS:

- Vor- und Aufklärungsgespräche im Team, mit dem sterbenden Menschen und dessen Angehörigen
- Entscheidung treffen und kommunizieren (eventuell Versuchsphase einer Palliativen Sedation)
- Gestaltung der Zeit vor der kPS: Abschied und Rituale
- Beginn, Durchführung (Verabreichung der Medikamente) und Überwachung der Sedierung
- Reflexion des Gesamtprozesses

Mit Hilfe der Studien und der oben aufgeführten Literatur wird die Expertise der Forschung veranschaulicht. Aufgrund limitierten Literaturergebnissen, wurden keine Schweizer Studien gefunden. Damit auch ein Einblick in die Situation der kPS in der Schweiz möglich ist, wird die Expertise von Fachleuten aus der Schweiz hinzugezogen. (Rycroft-Malone et al., 2004)

Es wurde ein Gespräch mit dem Palliative Care Experten, Ivo Duerr, des Palliativen Brückendienstes der Krebsliga Ostschweiz (26.02.2020), geführt. Er macht deutlich, dass vor allem im ambulanten Setting Ärztinnen und Ärzte Medikamente mit fixen Dosierungen, ohne Anpassung an das Körpergewicht der Betroffenen, verschreiben. Dazu gehören Medikamente, wie Morphin, welche in der terminalen Phase regelmässig verabreicht werden. Diese Medikamente können abhängig von Körpergewicht

und Verträglichkeit eine sedierende Wirkung haben. Somit sedieren Pflegende oft nicht gezielt und unbewusst. Dies geschieht vor allem im ambulanten Bereich, da dort das ärztliche und pflegerische Fachpersonal über ein breites Fachwissen über die Allgemeinmedizin besitzt. Jedoch ist das spezifische Fachwissen in der Palliative Care nicht in allen Bereichen ausreichend und vertieft. Ivo Duerr macht deutlich, weswegen ein vertieftes kompetentes Fachwissen in der Palliative Care zur kPS grundlegend ist. Dies ermöglicht zudem eine angenehme Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Team. Pflegefachpersonen können Entscheidungen seitens des ärztlichen Teams besser nachvollziehen und verstehen. Somit ist eine effiziente interprofessionelle Zusammenarbeit möglich und es kann eine optimale Lösung für Betroffene gefunden werden. Ausserdem wird in Studien ersichtlich, dass ein kompetentes Fachwissen essentiell für das Selbstbewusstsein im Arbeitsalltag von Pflegenden ist (Leboul et al., 2017; Lokker et al., 2018; Zuleta-Benjumea et al., 2018). Dies wird bei einem Gespräch mit dem Klinischen Pflegespezialisten, Ralf Schiemer des Kompetenzzentrums Pflege und Gesundheit in Bassersdorf (26.3.2020), bestätigt. Zu den Stärken von Pflegenden soll ein kompetentes Fachwissen in der Palliative Care grundlegend sein, mit Fokus auf die Familienzentrierte Pflege. Ralf Schiemer beschreibt, dass die Familienzentrierte Pflege sich darauf fokussiert, die Familie des sterbenden Menschen von Anfang an in den Therapieplan einzubeziehen. Je klarer die Auseinandersetzung aller Beteiligten vor einer kPS stattfindet, desto weniger Fragen oder belastende Situationen werden auftreten.

Durch die Literaturrecherche wird ersichtlich, dass sich mehrere Studien mit den belastenden Situationen und Auswirkungen der kPS auf Pflegende auseinandersetzen. Laut Dwyer & McCarthy (2016) wird der Einfluss der kPS auf das Pflegefachpersonal und deren Sichtweise wenig wahrgenommen. Dies wird den Autorinnen durch die Literaturrecherche bestätigt, da auffallend mehr Studien über die Auswirkung der kPS auf Angehörige oder das ärztliche Team existieren. Bekanntlich hat aber vor allem das ärztliche Team weniger mit den Betroffenen zu tun. Welche Folgen die Ignoranz gegenüber dem Pflegepersonal haben kann, zeigen Morita et al. (2004). In dieser quantitativen Studie wurden japanische Pflegende auf Palliative Care Abteilungen befragt, die onkologische Patientinnen und Patienten in ihren terminalen Phasen betreuten. 2607 Pflegende nahmen an der Studie teil. 12% der Teilnehmenden fühlen

sich bei der Verabreichung der Sedierung hilflos. 11% würden, wenn möglich, Situationen, in denen eine Verabreichung der Sedierung indiziert ist, vermeiden. 4% fühlen sich während der Verabreichung unerfüllt und empfinden ihre ausführende Arbeit nicht von Nutzen. 30% der Teilnehmenden haben sich aufgrund der erwähnten Punkte schon Gedanken gemacht, ihre Arbeit aufzugeben.

Andere Publikationen zeigen positive Aspekte. Raus et al. (2014) befragten in einer qualitativen Studie 164 Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und Angehörige, welche kürzlich in die Pflege eines sedierten Menschen involviert waren, über ihre Erfahrungen mit der kPS. Die Studie wurde in Palliativen Settings des Vereinigten Königreichs, den Niederlanden und Belgien durchgeführt. Dabei äusserten die Teilnehmenden, dass sie die kPS als zufriedenstellend und erlösend erachten, da sie das Leid des sterbenden Menschen vermindern können.

Die gleichzeitig zufriedenstellende und erlösende, aber auch belastende und erschöpfende Arbeit im Palliativen Setting, hat für das Pflegefachpersonal unterschiedliche Ursachen. Eine zentrale Ursache erscheint der professionelle Umgang mit gemischten Emotionen. Gefühle, wie Zufriedenheit, Erlösung aber auch Erfolg in der kPS, stärken das Selbstbewusstsein und die Sicherheit in der Arbeit. Andererseits können Gefühle, welche Traurigkeit, Angst oder Schuld hervorrufen, Pflegefachpersonen verunsichern und sie in ihrer Arbeit beeinträchtigen. Die Herausforderung ist es, eine stimmige Balance zwischen dem Zulassen und Vermeiden von solchen Gefühlen zu finden. (Lexa, 2013)

Dass eine stimmige Gefühls-Balance gefunden werden kann, trägt das Umgebungsklima auf einer Abteilung bei. Palliativabteilungen sind meistens klein und verfügen über eine kleine Bettenanzahl. (Lexa, 2013) Ein Beispiel ist das Universitätsspital Zürich, in dem es bis 2018 acht Palliativbetten gab. 2018 hat sich die Zahl verdoppelt und ist bis zum heutigen Stand auf 16 Palliativbetten gestiegen. Das gesamte Spital umfasst mehr als 900 Betten. (Häusermann, 2019) Laut Pallnetz des Zürcher Oberlands (2019) wird die Palliative Care nie ein lukratives Geschäft für ein Spital sein. Lexa (2013) erläutert dies ebenfalls und äussert, dass dies einer der Gründe sei, weshalb ein Stellenabbau droht. Dies hat wiederum Auswirkungen auf die Betroffenen und das Pflegefachpersonal. Aufgrund des Personalmangels und des Zeitdrucks

erhalten die Betroffenen weniger Zuwendung, Pflege und Sicherheit. Ralf Schiemer kennt dieses Problem in seinem Pflegealltag auch. Wenn eine kPS unter Zeitdruck entschieden werden muss, wirkt sich dies belastend auf alle Beteiligten aus. Zudem sind die Angehörigen belastet und deren Betreuungsaufwand ist für Pflegende hoch und emotional.

Eine wohltuende Palliative Versorgung für sterbende Menschen kann nur mit gesundem Personal und guten Arbeitsbedingungen gewährleistet werden. Deswegen brauchen Pflegefachpersonen genauso Zuwendung und Schutz von ihrer Umwelt, wie die Menschen, die sie betreuen. (Lexa, 2013)

Möglichkeiten für das Pflegefachpersonal, gesund zu bleiben, stellen Coping Strategien dar (Perez et al., 2015). In mehreren Studien wird aufgezeigt, wie sich das Pflegefachpersonal mit verschiedenen Strategien von belastenden Situationen bei der Arbeit abgrenzt und sich gesund hält. Dies bestätigen auch Perez et al. (2015). Sie führten eine qualitative Studie in einem Spital in Boston, mit 15 Palliative Care Mitarbeitenden durch. Durch die Interviews werden in den Ergebnissen verschiedene Coping Strategien aufgezeigt, welche auf den vier verschiedenen Ebenen: physische, psychische, soziale und spirituelle Ebene, basieren.

Als angehende Pflegefachpersonen besteht der Wunsch, die Arbeit langjährig und gesund ausführen zu können. Für das kompetente Handeln in belastenden Situationen, wie die kPS, erscheint die vollumfängliche Gesundheit von Pflegefachpersonen grundlegend.

Daher stellt sich aus pflegewissenschaftlicher Sicht die Frage, welche Auswirkungen, sowohl positive als auch negative, eine kPS auf das Pflegefachpersonal haben und wie allfällige negative Auswirkungen mit Coping Strategien präventiv umgangen werden können.

2 Fragestellung, Zielsetzung

Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, die Auswirkung der kPS auf das Pflegefachpersonal zu beschreiben. Zudem sollen präventive Interventionen, *Coping Strategien*, zur Gesundheitsförderung des Pflegefachpersonals aufgezeigt werden. Der Zweck ist, dass das Pflegefachpersonal auf die Wichtigkeit der Entstehung und Erhaltung der eigenen Gesundheit im Beruf, der Salutogenese, sensibilisiert wird. Somit sollen Pflegende motiviert werden, im Beruf zu bleiben.

Um dieses Ziel zu erreichen, ergibt sich folgende Fragestellung: Was sagt die Literatur zur physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Gesundheit des Pflegefachpersonals bei belastenden Situationen, wie der kPS? *und* Welche Coping Strategien gibt es, dass Pflegefachpersonen in anspruchsvollen Situationen, wie der kPS, gesund bleiben?

3 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden zentrale Begriffe der Thematik sowie das Modell der Salutogenese von Antonovsky & Franke (1997) definiert. Die Betreuung von Palliativ sediten Menschen kann emotional belastend sein (Morita et al., 2004). Deswegen ist es essentiell ein Modell zu verwenden, welches gesundheitsfördernde Aspekte beinhaltet. Die Salutogenese ist für das Pflegepersonal von Bedeutung, da nur gesundes Pflegepersonal in der Lage ist, langjährig im Beruf tätig zu sein.

3.1 Palliative Care

palliative ch (2019) beschreibt die Palliative Care, als Betreuung und die Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/ oder chronisch fortschreitenden Krankheiten. Wie in der Einleitung erwähnt, werden Interventionen, die das Leiden des sterbenden Menschen lindern, durchgeführt. Es wird angestrebt, Betroffenen eine ihrer Situation angepasste optimale Lebensqualität bis zum Tode zu gewährleisten und die nahestehenden Bezugspersonen individuell zu unterstützen. Die Palliative Care gibt es schon seit dem Mittelalter. Zu dieser Zeit wurden kranke und sterbende Menschen in Häusern, sogenannten Hospizen, aufgenommen und von Pflegenden respektvoll umsorgt und in den Tod begleitet. Eines der berühmtesten Hospize war das "Hôtel Dieu" in Beaune, Frankreich. 1967 gründete Cicely Saunders, eine Pflegefachfrau und Ärztin, das St. Christopher's Hospice in London (England), in dem unheilbar kranke und sterbende Menschen sowohl physisch als auch psychisch, sozial und spirituell gepflegt und umsorgt werden. Cicely Saunders gilt als Begründerin der modernen Hospizbewegung. (palliative ch, 2019)

In der Schweiz gründete Dr. Elisabeth Kübler Ross, eine Psychiaterin, in der deutschen Schweiz Freiwilligengruppen am Kantonsspital Baden, in Zürich und das Hospiz Aargau. Die erste konsequente Umsetzung der Palliative Care fand 1979 am Centre des Soins Continus in Genf, unter Anleitung von Balfour Mount statt. Er ist ein kanadischer Chirurg und Urologe, gründete ebenfalls die erste Palliativstation in Nordamerika und wird daher der *Vater der Palliative Care* genannt. 1988 wurde ein gesamtschweizerisches Netzwerk, die *Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung* gegründet. Sie nennt sich heute *palliative ch* und setzt sich gemeinsam mit Bund, Kantonen und anderen Interessenvertretern, Massstäbe

für Versorgung, Bildung, Forschung und Finanzierungen im Bereich der Palliative Care fest. (palliative ch, 2019)

3.2 Palliative Sedation

Neuenschwander & Cina (2015) definieren die Palliative Sedierung wie folgt:

Palliative Sedierung ist die absichtliche Verabreichung einer sedierenden Substanz in der geringsten erforderlichen Dosis, die auf die Linderung eines oder mehrerer refraktärer Symptome abzielt, indem die Zusammenarbeit mit einem kompetenten interdisziplinären Team bei einem Patienten mit fortgeschrittener Krankheit und limitierter Lebenserwartung (Tage oder wenige Wochen), eine vorübergehende oder definitive Bewusstseinsminderung vorgenommen wird. (S. 195)

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, wurde der Begriff Palliative Sedierung erstmals 1991 verwendet (Enck, 1991). Passend wären weitere geschichtliche Informationen zur Palliativen Sedation gewesen. Jedoch wurde nach intensiver Literaturrecherche keine Informationen zur Thematik gefunden.

3.3 Vorübergehende, intermittierende und kontinuierliche Palliative Sedation

In diesem Kapitel wird ausschliesslich die Literatur von Neuenschwander & Cina (2015) verwendet.

Die Palliative Sedierung kann vorübergehend, intermittierend oder kontinuierlich verabreicht werden.

Eine vorübergehende Palliative Sedierung soll dabei helfen, eine schwierige Phase zu überwinden, sei dies beispielsweise die Anpassung der Analgetika-Dosierung.

Die intermittierende Palliative Sedierung wird häufig über Nacht angewendet und ermöglicht der Patientin oder dem Patienten, sich zu erholen und den Tag leichter zu ertragen. Sie wird auch in Kombination mit Analgetika zum besseren Ertragen von belastenden Interventionen verabreicht.

Die kPS wird nur bei prognostizierter Lebensdauer von Stunden oder Tagen und endgültig refraktären Symptomen verabreicht. Sie kann in den Tod übergehen, ist jedoch nicht kausal und kann jederzeit reduziert oder gestoppt werden.

Jede Palliative Sedierung wird fortlaufend über ihre Notwendigkeit im interdisziplinären Team evaluiert.

3.4 Refraktäre Symptome

Ein Symptom wird gemäss Neuenschwander & Cina (2015) refraktär genannt, wenn es für die Patientin oder den Patienten in unerträglicher Weise persistiert, trotz intensiver symptomatischer Behandlung. Nur die Patientin oder der Patient selber urteilt darüber, ob die symptomatische Behandlung von Nutzen ist oder nicht. Ein Symptom wird erst durch die Überprüfung mehrerer Spezialisten refraktär genannt.

3.5 Coping Strategien

Der Begriff *Coping Strategie* stammt aus dem Englischen und kann ins Deutsche mit dem Begriff *Bewältigungsstrategie* übersetzt werden. Coping Strategien bezeichnen die Art des Umgangs von schwierig empfundenen Lebensereignissen. Somit erleichtern sie die Bewältigung von belastenden Situationen, wie beispielsweise Stress oder Angst. (Doccheck Medical Services GmbH, 2020)

3.6 Aktive und passive Sterbehilfe

Der Unterschied zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe ist von zentraler Bedeutung, da die Interventionen jeweils grundlegend verschiedene Absichten haben. Jedoch zeigt sich, dass medizinisches Fachpersonal diesen Unterschied oft nicht benennen kann (Leboul et al., 2017), (Lokker et al., 2018) & (Raus et al., 2014).

Husebø & Klaschik (2009) definieren die aktive Sterbehilfe oder auch Euthanasie, als «das aktive bewusste ärztliche Eingreifen zur Beendigung des Lebens auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten. Ziel der Handlung ist es den schnellen Tod des Patienten herbeizuführen – zu töten.» (S.88) Dies ist nach dem Strafgesetzbuch, Artikel 115, in der Schweiz nicht zugelassen (Stratenwerth & Wohlers, 1913). Die Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid), ist mit Organisationen wie EXIT und Dignitas zugelassen. Die Organisation darf die tödliche Substanz vermitteln, wenn keine selbstsüchtigen Beweggründe vorliegen. Die suizidwillige Person, muss die tödliche Substanz ohne Fremdeinwirkung selber einnehmen. (Bundesamt für Statistik, 2014)

Die passive Sterbehilfe ist der Verzicht auf kurative Therapie und künstliche Verlängerung des Sterbevorganges. Das Ziel der Massnahme ist es, einem schwerkranken

Menschen die Möglichkeit zu geben, an seiner Krankheit zu sterben. (Husebø & Klanschik, 2009) Dies ist nach dem Strafgesetzbuch, Artikel 115, in der Schweiz zugelassen (Stratenwerth & Wohlers, 1913).

Durch die oben aufgeführte Literatur wird ersichtlich, dass die kPS weder zur aktiven noch passiven Sterbehilfe gehört. Sie ist eine davon unabhängige (leidenslindernde, nicht lebensverkürzende) Intervention in der Palliative Care (Neuenschwander & Cina, 2015).

3.7 Salutogenese

Wie erwähnt, kann die kPS eine Belastung für Pflegende sein. Auf der Suche nach einem gesundheitsfördernden Ansatz in dieser Situation, ist das Modell der Salutogenese von Antonovsky & Franke (1997) für diese Arbeit passend. Das Modell befasst sich mit dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, Stressoren, Widerstandsressourcen und dem Kohärenzgefühl. Diese Begriffe lehnen sich an die Erfahrungen, Auswirkungen der kPS auf Pflegende und den Coping Strategien, welche in dieser Arbeit erforscht werden. Zuerst werden alle Begriffe und das Konzept der Salutogenese erläutert und letztlich wird in Abbildung 1 auf Seite 14 das Modell bildlich dargestellt.

Der Begriff *Salutogenese* setzt sich aus *Salus* und *Genese* zusammen. *Salus* ist lateinisch und bedeutet Unverletzbarkeit, Heil und Glück und *Genese* steht für die Entstehung und Erhaltung. Somit bedeutet Salutogenese übersetzt *Gesundheitsentstehung* oder *Gesundheitsdynamik* und ist der Gegenbegriff zur Pathogenese, der Krankheitsdynamik. (Schewior-Popp et al., 2017)

Das Ziel von Antonovsky & Franke (1997) war es zu klären, warum Menschen trotz potenziell gesundheitsgefährdender Einflüsse gesund bleiben. Er betrachtet eine Krankheit nicht als Abweichung der Norm, sondern als eine dazugehörige Normalität im menschlichen Leben. (Schewior-Popp et al., 2017)

Das Modell der Salutogenese (Antonovsky & Franke, 1997) setzt sich aus den bereits erwähnten Bestandteilen auseinander:

- Gesundheits-Krankheits-Kontinuum
- Stressoren
- Widerstandsressourcen

- Kohärenzgefühl

Gesundheit und Krankheit werden aus salutogenetischer Perspektive von Antonovsky & Franke (1997) als zwei sich ergänzende Zustände gesehen und der absolute Zustand von *völliger* Gesundheit oder *völliger* Krankheit kann niemals erreicht werden. Somit muss die Gesundheit immer wieder von Neuem entwickelt werden. Diese Entwicklung der Gesundheit gelingt in dieser Arbeit durch Coping Strategien.

Stressoren sind im menschlichen Leben sowohl auf physischer, psychischer, sozialer als auch spiritueller Ebene präsent (Schewior-Popp et al., 2017). Antonovsky & Franke (1997) gehen davon aus, dass Menschen trotz der hohen Stressbelastung existieren können, da sie über eine angemessene Spannungsverarbeitung und über nachfolgend erläuternden Widerstandsressourcen verfügen. Als Stressoren werden in dieser Arbeit, die durch kPS belastenden Erfahrungen der Pflegefachpersonen verstanden. Diese werden von Antonovsky & Franke (1997) als lebensnotwendig angesehen. Sie gehen davon aus, dass die Konfrontation mit Stressoren einen Spannungszustand bewirkt. Es hängt von der Angemessenheit der Spannungsverarbeitung ab, ob das Ergebnis gesund, neutral oder pathologisch sein wird.

Antonovsky & Franke (1997) bezeichnen Widerstandsressourcen als Merkmale und Eigenschaften eines Menschen, die eine wirkungsvolle Spannungsverarbeitung ermöglichen. Diese Ressourcen, die ein Mensch gegenüber Belastungen besitzt, entscheiden, ob eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens und der Gesundheit stattfindet oder nicht. Die von Antonovsky & Franke (1997) bezeichneten Widerstandsressourcen sind sowohl in den Erfahrungen, Auswirkungen als auch in den Coping Strategien dieser Arbeit enthalten.

Die nachfolgenden Widerstandsressourcen bewirken, dass krankmachende Belastungsfaktoren gar nicht erst auftreten oder erfolgreich bekämpft werden.

- physisch/ biochemisch (Immunsystem)
- materiell (finanzielles Auskommen)
- kognitiv (Intelligenz, Wissen)
- emotional/ motivational (Lebenseinstellung, Selbstvertrauen)

- sozial (Einbindung in ein soziales Netzwerk)
- makrostrukturell (Kulturkreis)

(Schewior-Popp et al., 2017)

Durch den letzten Bestandteil der Salutogenese, das Kohärenzgefühl, werden vorhandene Ressourcen aktiviert und koordiniert. Diese Aktivierung führt zur Verbesserung der Spannungsregulation. Der Begriff Kohärenzgefühl (*Sense of Coherence*) beschreibt eine tief verankerte Zuversicht, das eigene Leben und die Lebenswelt im Wesentlichen für erklärbar und kontrollierbar zu halten, sodass auftretende Belastungen verschiedenster Art bewältigt werden können. (Schewior-Popp et al., 2017)

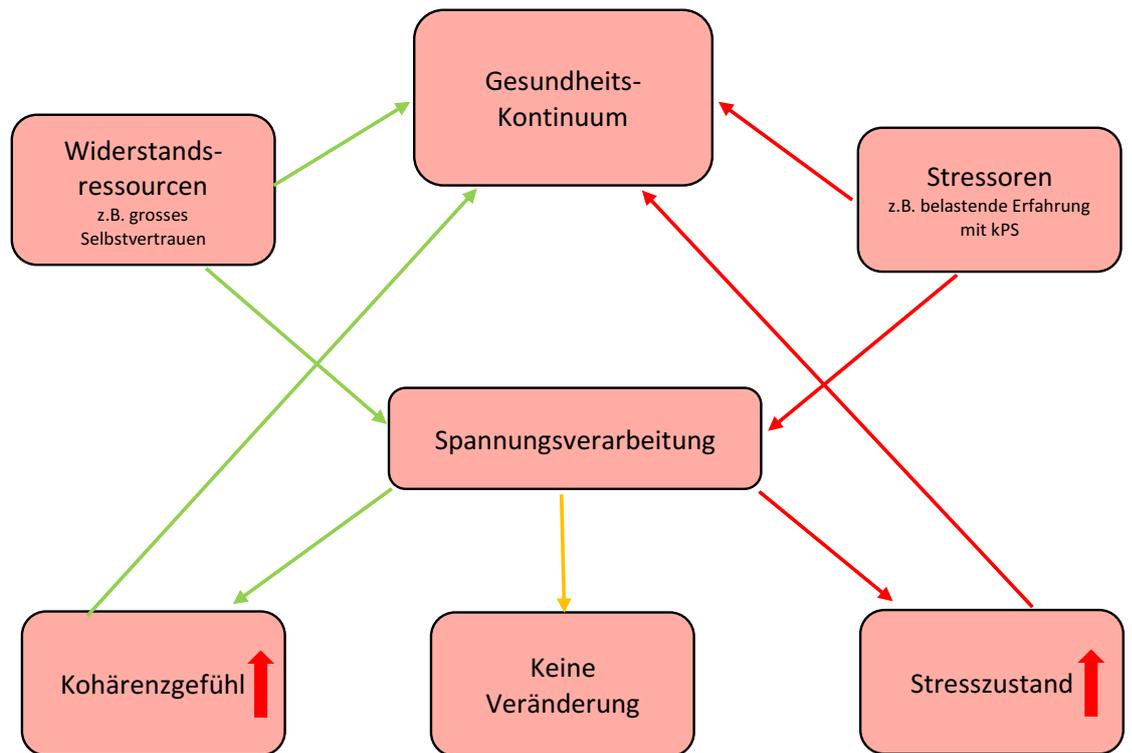
Das Kohärenzgefühl besteht nach Antonovsky & Franke (1997) aus drei Komponenten:

- das Gefühl von Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*) beinhaltet die kognitive Fähigkeit, bestimmte Zusammenhänge im Leben logisch herzustellen.
- das Gefühl von Bewältigbarkeit (*sense of manageability*) meint, Ressourcen zu erkennen, um sich den verschiedenen Anforderungen zu stellen. Anforderungen und Aufgaben lassen sich somit bewältigen.
- das Gefühl von Sinnhaftigkeit (*sense of meaningfulness*) beschäftigt sich mit der Sinnfrage; Anforderungen und Aufgaben haben einen Sinn.

Ob ein Mensch ein starkes oder schwaches Kohärenzgefühl entwickelt, hängt laut Antonovsky & Franke (1997) von persönlichen und gesellschaftlichen Gegebenheiten, also von Widerstandsfaktoren, die ein Mensch in der Kindheit und Jugend zur Verfügung hatte, ab. Die Ausprägung des Kohärenzgefühls hat eine direkte Verbindung zur individuellen Gesundheit.

Die Salutogenese (Antonovsky & Franke, 1997) bewirkt einen Perspektivenwechsel von einem pathogenetisch geprägten Wissenschaftsverständnis von Gesundheit und Krankheit, hin zu einem salutogenetischen. Dies soll auch die Absicht der Autorinnen dieser Arbeit sein. Mit den Studien sollen Erfahrungen, Auswirkungen der kPS und Coping Strategien aufgezeigt werden und damit Möglichkeiten, sich auf physischer, psychischer, sozialer und spiritueller Ebene gesund zu halten.

Abbildung 1. Salutogenese-Modell nach Antonovsky & Franke (1997). (Quelle: Eigene Darstellung).



positive Auswirkung
neutrale Auswirkung
negative Auswirkung

4 Methodik

4.1 Durchführung der Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine systematisierte Literaturrecherche vom 17.07. - 26.07.2019 in pflegerrelevanten Datenbanken, wie CINAHL Complete und Medline durchgeführt. Die Suche in den Datenbanken erfolgt mit Keywords, welche in der Tabelle 1 dargestellt sind. Ein detailliertes Suchprotokoll, befindet sich im Anhang auf Seite 53.

4.1.1 Keywords

Tabelle 1 *Keywords*

	Keywords Deutsch	Keywords English
Phänomen	kontinuierliche Palliative Sedation	palliative sedation, continuous sedation, deep sedation, terminal sedation
Population	Pflegefachpersonal	nurse, nursing, carer
Problem	Auswirkung	impact, effect, influence
Auswirkung	Wahrnehmung Einstellung Perspektive Meinung Erfahrung Sichtweise	perception attitude perspective opinion experience view

4.1.2 Limitationen

Zur Einschränkung der Suchergebnisse werden in den Datenbanken folgende Limits eingegeben:

- Studien, die in englischer Sprache verfasst wurden, damit das Verständnis gewährleistet ist.
- Studien, die nicht älter als 10 Jahre sind. Die Palliative Care, Interventionen und Präventionen entwickeln sich weiter, deshalb soll die Aktualität gewährleistet sein.

Die gefundenen Treffer werden anhand der Titel nach ihrer Relevanz beurteilt. Bei den relevanten Titeln werden die Abstracts gelesen und anhand Ein- und Ausschlusskriterien, welche in Tabelle 2 dargestellt sind, ein- oder ausgeschlossen. Die

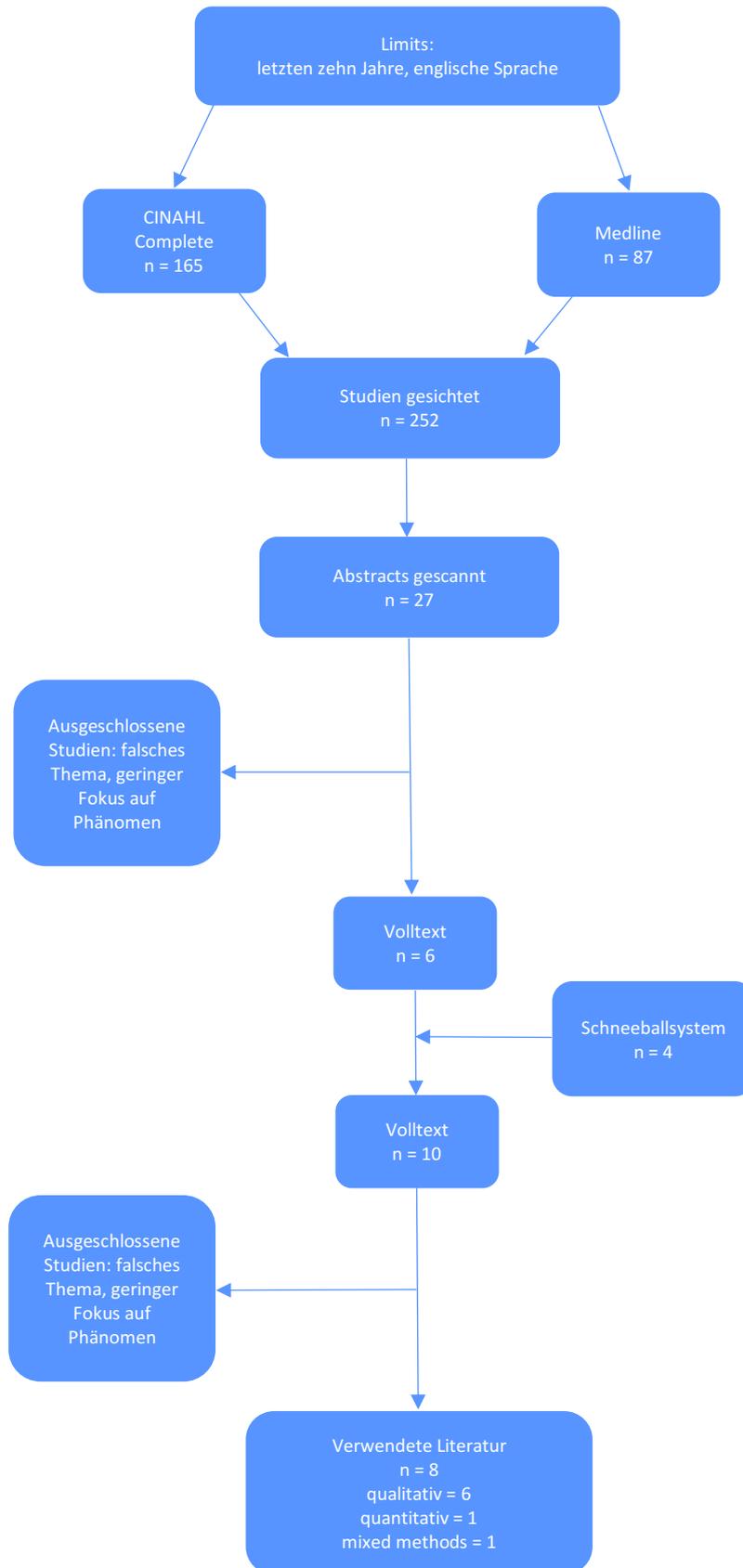
vollständige Suchstrategie in den Datenbanken ist im Anschluss an Tabelle 2 in Abbildung 2 (Seite 17) dargestellt.

4.1.3 Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 2 *Ein- und Ausschlusskriterien*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien	Begründung
kPS	vorübergehende/ intermittierende Palliative Sedation	Das Phänomen beschränkt sich auf die kPS
-	Symptomfokussierte Studien	Das Phänomen soll im Fokus sein und nicht ein spezifisches Symptom
Erwachsene	Kinder	Kinder können eventuell eine andere und auch intensivere Auswirkung auslösen
Alle Settings in denen kPS durchgeführt wird	-	Es hat keinen Einfluss auf die Fragestellung, ob das Setting ein Akutspital oder ein Hospiz ist

Abbildung 2. Flowchart. (Quelle: Eigene Darstellung).

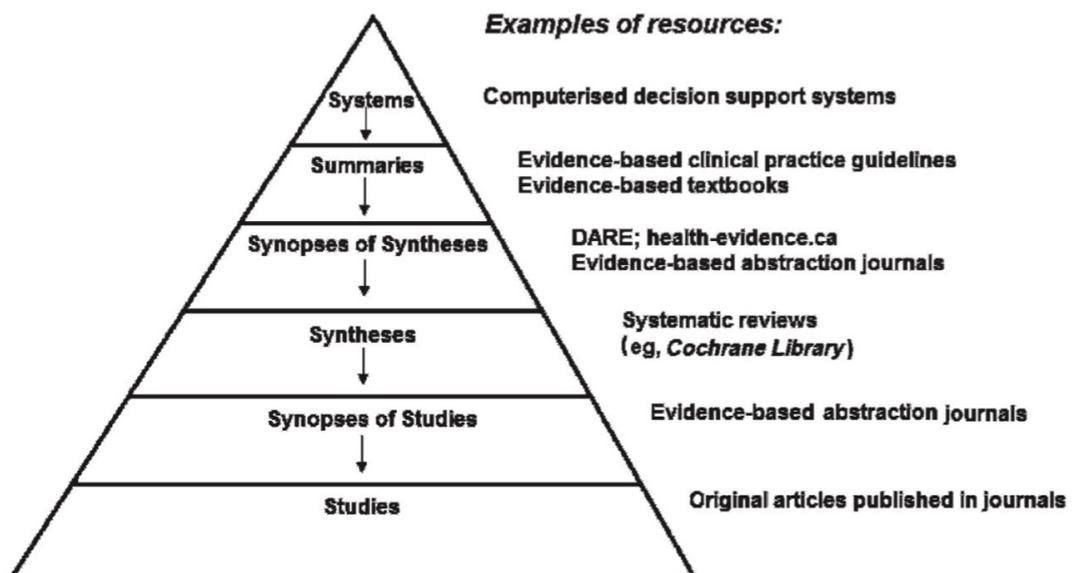


4.2 Auswahl und Beurteilung der Studien

Für die Herleitung des theoretischen Hintergrundes und der Begriffsdefinitionen, werden Bücher in der Hochschulbibliothek Winterthur gesucht. Die Auswahl der Bücher erfolgt in der Gruppe durch die gemeinsame Beurteilung des Inhaltsverzeichnisses. Die eingeschlossenen qualitativen Studien werden mit Hilfe der Gütekriterien von Lincoln & Guba (1985) und die quantitativen Studien von LoBiondo-Wood & Haber (2005) gewürdigt. Das Modell von Antonovsky & Franke (1997) zu der Salutogenese wird in die Diskussion miteingeschlossen und mit dem Inhalt der Studien verglichen. Der Evidenzlevel der Studien wird mit den Stufen der 6S Pyramide (Abbildung 3) von Di Censo et al. (2009) eingeschätzt. Die Güte ist in der Abbildung von oben nach unten aufsteigend.

Die Ergebnisse der Studien werden zusammengefasst und kritisch diskutiert. Eine Empfehlung für die Praxis in der Schweiz wird in der Schlussfolgerung aufgeführt.

Abbildung 3. 6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009).



5 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewählten Studien, die sich auf die Erfahrungen, Auswirkungen und Coping Strategien der Pflegefachpersonen, welche die kPS anwenden, vorgestellt. Zuerst sind die wichtigsten Daten der einzelnen Studien in der Tabelle 3 (Seiten 20-21) tabellarisch aufgeführt. Die Güte der Studie bewegt sich von *sehr gut* (++) über *gut* (+) über *ausgewogen* (+-) bis *eher schlecht* (-+). Dies bezieht sich auf die methodische und inhaltliche Güte der Studien. Im Anschluss an die Tabelle sind die relevanten Ergebnisse aus den Studien nach Unterkapiteln (Emotionale Belastung des Pflegefachpersonals, Fachwissen des Pflegefachpersonals zur kPS und Coping Strategien) gruppiert und erläutert. Zum Schluss werden in der Tabelle 4 (Seiten 29-31) die Güte der qualitativen Studien aufgezeigt und in Tabelle 5 (Seite 32) die Güte der quantitativen Studien. Die Studien haben jeweils die zugeteilten Nummern der Studien aus der Tabelle 3.

Eine detaillierte Zusammenfassung und Würdigung der Studien befindet sich im Anhang B ab Seite 54.

5.1 Übersicht der Studien

Tabelle 3 *Übersicht der Studien*

Nr.	Titel	Referenz	Design	Ergebnisse	Evidenzstufe	Güte
1	Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance	Arevalo, J. J., Rietjens, J. A., Swart, S. J., Perez, R. S. G. M. & van der Heide, A. (2012), Niederlande	Querschnittstudie mit quantitativem Ansatz	Unterschiede zu der Entscheidungsfindung und Durchführung der kPS in verschiedenen Settings	1	-+
2	Experiences of palliative care nurses in the utilisation of palliative sedation in a hospice setting.	Dwyer, I. & McCarthy, J. (2016), Irland	Qualitative Studie mit phänomenologischem Ansatz	Kommunikation mit Sterbenden und Angehörigen und wie sich das Fachwissen der kPS auf Pflegefachpersonen auswirkt	1	+
3	Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: a qualitative focus group and personal written narrative study.	Leboul, D., Aubry, R., Peter, J.-M., Royer, V., Richard, J.-F. & Guirimand, F. (2017), Frankreich	Qualitative Studie mit narrativer Forschung und Anwendung der Grounded Theory	Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegenden bezüglich der kPS	1	+
4	Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses.	Lokker, M.E., Swart S.J., Rietjens, J.A.C., van Zuylen, L., Perez, R. S. G. M. & van der Heide, A. (2018), Niederlande	Qualitative Studie mit semistrukturierten Interviews	Sichtweisen von Pflegefachpersonen zur hierarchischen Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Team und beeinflussende Faktoren, weswegen sie Distress im Zusammenhang mit der kPS verspüren	1	+/-

5	Promoting Resiliency among Palliative Care Clinicians: Stressors, Coping Strategies, and Training Needs	Perez, G.K., Haime, V., Jackson, V., Chittenden, E., Mehta, D.H. & Park, E.R. (2015), Vereinigte Staaten von Amerika	Single Arm Pilot Studie mit qualitativem Ansatz	Verschiedene Stressoren in der Palliative Care und Coping Strategien werden aufgezeigt. Schulungsbedarf und Präferenzen seitens der Teilnehmenden werden erläutert	1	+
6	Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium	Raus, K., Brown, J., Seale, C., Rietjens, J. AC., Janssens, R., Bruinsma, S., Mortier, F., Payne, S. & Sterckx, S. (2014), Vereinigtes Königreich, Niederlande und Belgien	Qualitative Studie mit semistrukturierten Interviews	Vier verschiedene Ebenen der Nähe und deren Erfahrungen in der kPS, Auswirkungen der kPS und Coping Strategien	1	+
7	The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists	Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A. & Crawford, G. B. (2013), Australien	Qualitative Studie mit thematisch analysierten Interviews	Unterscheidung von drei verschiedenen Stadien, welches medizinisches Fachpersonal mit Betroffenen in der Palliative Care durchleben. Erfahrungen, Auswirkungen und Coping Strategien werden aufgezeigt	1	++
8	Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation.	Zuleta-Benjumea, A., Muñoz, S. M., Vélez, M. C. & Krikorian, A. (2018), Kolumbien	Explorativ gemischte quantitative und qualitative mit phänomenologischem Ansatz beim qualitativen Teil	Quantitativer Ansatz repräsentiert Stand des Fachwissens und wie sicher sich Pflegende in der kPS fühlen. Qualitativer Ansatz ermittelt die Rolle der Pflegenden und den emotionalen Einfluss, welchen die kPS hat	1	Qual.: -+ Quan.: +-

5.2 Vorstellung der Ergebnisse

5.2.1 Emotionale Belastung des Pflegefachpersonals

Der Prozess vom Aufklärungsgespräch bis zur Reflexion der kPS, kann Pflegefachpersonen emotional beeinflussen. Da die sterbende Person bei der kPS in einen künstlichen Schlaf versetzt wird, ist sie nicht mehr in der Lage zu kommunizieren. Durch die kPS werden sie unbewusst in den Tod geführt und sind am Schluss des Lebens nicht mehr bei Bewusstsein. Deswegen hinterfragen Pflegefachpersonen ihre moralische Verantwortung beim Prozess der kPS. Dieser moralische Aspekt wird in der qualitativen Studie von Raus et al. (2014) erforscht. Es werden Ursachen zur moralischen Verantwortung von Pflegefachpersonen untersucht: emotionale, physische, entscheidungsfindende und kausale Aspekte.

Das Pflegefachpersonal ist aktiv in den Prozess der kPS involviert. Ihnen ist bewusst, dass die kPS gemeinsam mit dem ärztlichen Team, der sterbenden Person und deren Angehörigen entschieden wird. Pflegenden äussern in der Studie, eine intensive Beziehung zur sterbenden Person zu haben, da eine emotionale und physische Bindung besteht. Die Beziehung zwischen der sterbenden Person und dem ärztlichen Team hingegen, wird von den Pflegenden als distanzierter wahrgenommen. Die emotionale und physische Nähe hat einen Einfluss auf die psychische Auswirkung von Pflegenden. Ob die physische Nähe, wie beispielsweise die Hand des sterbenden Menschen halten, einen positiven oder negativen Effekt auf die Pflegefachperson hat, ist situationsabhängig. Pflegenden erleben physische Nähe als positiv, wenn die kPS für den Betroffenen erlösend und somit erfolgreich ist. Wenn die kPS keine Erlösung für die sterbende Person bewirkt, hat das Halten der Hand für Pflegenden einen belastenden Einfluss. Betroffene weiterhin leiden sehen zu müssen, trotz versuchter kPS, löst in Pflegenden negative Gefühle aus. (Raus et al., 2014)

Die emotionale Auswirkung ist auch von der Länge und Intensität der Beziehung zwischen Pflege und Betroffenen abhängig. Der Aufbau einer Beziehung mit der sterbenden Person ist für das Pflegefachpersonal herausfordernd. Die Schwierigkeit liegt im Abwägen der emotionalen Nähe und Distanz. Einen stimmigen Mittelweg zu finden, bewahrt Professionalität und kann Pflegenden vor emotionaler Belastung schützen. (Raus et al., 2014)

Zambrano et al. (2014) erforschen, dass emotionale Reaktionen von Teilnehmenden, wie Weinen, in passenden Situationen Empathie und Menschlichkeit zeigen können. Dies wird von Pflegenden als emotionale Reaktion auf professioneller Ebene empfunden. Eine passende Situation kann beispielsweise das Versterben einer Patientin oder eines Patienten sein. Pflegende versuchen in solch emotionalen Situationen positive Aspekte einer Palliativen Betreuung zu sehen. Das Ermöglichen einer Symptomkontrolle oder Erlösung des Leidens, werden als positive Aspekte empfunden.

Es gibt Pflegende, die glauben, dass die kPS eine lebensverkürzende Wirkung hat und stellen diese mit der Euthanasie gleich. In den Niederlanden und Belgien ist die Euthanasie legal. Es zeigt sich, dass Pflegende die kPS in diesen Ländern als weniger belastend empfinden. Im Gegensatz zu anderen Ländern, in denen die Euthanasie illegal ist, fühlen sich die Pflegenden durch diese Gedanken mitschuldig für den Tod der Verstorbenen. (Raus et al., 2014)

Zuleta-Benjumea et al. (2018) diskutieren den Zusammenhang von beschränktem Fachwissen der Pflegefachpersonen und der emotionalen Beeinflussung. Pflegende, welche in der Praxis negative Erfahrungen mit unzureichendem Fachwissen machen, sehen ihren Schulungsbedarf zu der kPS selber ein. Pflegefachpersonen entwickeln dadurch Zweifel an ihren Kenntnissen und Kompetenzen, welche Selbstzweifel und Unsicherheit zur Folge haben.

5.2.2 Fachwissen des Pflegefachpersonals zur kPS

In mehreren Studien wird das Fachwissen von Pflegefachpersonen zur kPS erforscht. Die Studien zeigen auf, wie das Fachwissen die Pflegenden in unterschiedlichen Aspekten beeinflusst: in der Selbstsicherheit bei der kPS und in der Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Team.

Vorhandenes Fachwissen der Pflegenden:

Zuleta-Benjumea et al. (2018) erforschen in ihrer Studie den Wissensstand des Pflegefachpersonals. Die Forschenden sind sich einig, dass ein kompetentes Fachwissen zur kPS grundlegend für die Betreuung der sterbenden Person und dessen An-

gehörig sind. Der quantitativ erforschte Abschnitt der Studie zeigt, dass Pflegefachpersonen in Ausbildung ein grösseres und aktuelleres Fachwissen über Medikamente haben, als ausgebildetes Pflegefachpersonal. Zudem wird untersucht, dass ausgebildetes Pflegefachpersonal auf onkologischen Abteilungen mehr pharmakologisches Wissen besitzt. Die Mehrheit der Teilnehmenden der Studie wünschen sich besser in der kPS ausgebildet zu werden. Die Teilnehmenden erhoffen, durch besseres Fachwissen mehr Selbstsicherheit bei der Arbeit und im Umgang mit der kPS zu erhalten und besser mit allfälliger emotionaler Belastung umgehen zu können.

Selbstsicherheit:

Die Selbstsicherheit entsteht bei Pflegenden durch Erfahrung. Pflegenden, welche mehr als 15 Menschen bei der kPS betreut haben, fühlen sich sicherer, als Fachpersonal, das weniger Menschen betreut hat. (Zuleta-Benjumea et al., 2018) In der Studie von Leboul et al. (2017) berichten Teilnehmende in qualitativen Interviews über ihre Unsicherheiten und dessen Einfluss auf ihre Arbeit mit der kPS. Die Schwierigkeiten bestehen darin, Einschätzungen von Symptomen und Leiden der Betroffenen abzuwägen. Aus der Unsicherheit, refraktäre Symptome richtig zu deuten, resultiert eine Unsicherheit zur Indikation der kPS. Beispielsweise fällt es Pflegenden leicht, Schmerzen zu beobachten und einzuschätzen. Angst hingegen wird von allen Pflegefachpersonen subjektiv wahrgenommen und ist für sie schwieriger zu erkennen.

Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Team:

Die unsicheren Gefühle und knappe Selbstsicherheit beeinflussen die Zusammenarbeit zwischen dem Pflegepersonal und dem ärztlichen Team. In der Studie von Lokker et al. (2018) werden qualitative Interviews durchgeführt, in denen Pflegefachpersonen und das ärztliche Team über die gemeinsame Zusammenarbeit berichten.

Die Sicht der Pflegefachpersonen:

- Pflegenden erleben das Leiden der sterbenden Person und können die Indikation einer kPS besser einschätzen. Daher würden sie die kPS häufig früher einsetzen, als das ärztliche Team.
- Damit Pflegefachpersonen den ärztlichen Dienst von ihrer Sichtweise und Meinung überzeugen können, müssen sie genügend Argumente haben, welche für die kPS sprechen.

- Wenn die pflegerische Sichtweise vom ärztlichen Dienst nicht unterstützt wird, hat das Pflegefachpersonal Mühe, Handlungen durchzuführen, die sie nicht befürworten. Pflegende erleben die Zusammenarbeit deswegen als hierarchisch.

Die Sicht des ärztlichen Teams:

- Das Pflegefachpersonal benötigt Edukation im Fachbereich der kPS, um ärztliche Interventionen besser nachvollziehen zu können. Aufgrund dessen ist ein ausreichendes Fachwissen zur kPS essentiell.
- Dadurch erlangt das Pflegefachpersonal mehr Selbstsicherheit und die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Team verbessert sich.

5.2.3 Coping Strategien

In der Mehrheit der Studien werden Coping Strategien erforscht, mit denen es dem Pflegefachpersonal gelingt, mit den Auswirkungen von anspruchsvollen Handlungen in der Palliative Care umzugehen. Die kPS kann zu den anspruchsvollen Handlungen miteingeschlossen werden, weswegen hier der Bezug direkt auf die kPS gemacht wird. Diese Ergebnisse werden im Folgenden erläutert.

In den Studie von Dwyer & McCarthy (2016) und Leboul et al. (2017) wird ersichtlich, dass Pflegefachpersonen Metaphern in der Kommunikation, sowohl mit der Patientin oder dem Patienten als auch mit den Angehörigen anwenden. Pflegende fühlen sich damit wohler und haben trotzdem das Gefühl ehrlich zu sein. So vermeiden sie Wörter wie *betäubt* oder *bewusstlos* und präferieren *erholsam*, *entspannend*, *bequem* und *mehr schlafen*. Durch die Metaphern werden die positiven Aspekte der kPS hervorgehoben. So verwenden sie umgangssprachliche Wörter, wie beispielsweise, dass sie der sterbenden Person durch die kPS *das Schlafen ermöglichen*.

Bei Dwyer & McCarthy (2016) wird ersichtlich, dass das Fachwissen von gut geschultem Pflegefachpersonal auch auf moralischer Ebene von Nutzen ist. So wissen sie, dass sie den Betroffenen das Sterben erleichtern, jedoch nicht dafür verantwortlich sind. Dass die kPS das Leben nicht verkürzt und dass es nicht mit der Euthanasie gleichzustellen ist, gilt als enorme emotionale Entlastung (Raus et al., 2014). Die kPS bewahrt lediglich die Würde der sterbenden Person (Dwyer & McCarthy, 2016).

Eine Coping Strategie von Perez et al. (2015) ist die *physische Selbstsorge*. Teilnehmende organisieren ihren Arbeitsplatz so, dass ein positives und ästhetisch ansprechendes Umfeld entsteht. Zu Hause bemühen sie sich, sich gesund und ausgewogen zu ernähren und ihren bevorzugten Freizeitbeschäftigungen zur Stressreduktion nachzugehen. Auch werden Schlafpläne angewendet, diese sind jedoch aufgrund des Schichtplans schwierig einzuhalten.

Weiter hilft die emotionale und physische Distanzierung. Für Teilnehmende ist es teilweise auch während der Arbeit notwendig, sich kurzzeitig davon zu lösen, um die Gelassenheit wiederzugewinnen und das psychologische Gleichgewicht zu bewahren. Techniken sind Spazieren gehen, Meditation, Atemübungen und Abschalten, indem sie beispielsweise über die Familie nachdenken. Zu diesem Bereich werden zusätzlich Coping Strategien erläutert, welche die Teilnehmenden gerne erlernen würden, da sie diese als hilfreich erachten. So würden sie gerne mehr Gehirn-Körper-Entspannungsübungen kennenlernen und auch ihre kognitiven Fähigkeiten, bezüglich des Umgangs mit Stress und negativ wiederkehrenden Gedanken, erlernen. Auch sind schnell anwendbare Techniken im Berufsalltag erwünscht, welche sie wieder ins Gleichgewicht und zu sich selbst bringen. Zuletzt besteht der Wunsch, der Förderung der Resilienz. Viele sehen die Resilienz als Grundlage, um mit belastenden Situationen, wie der kPS, umgehen zu können. (Perez et al., 2015)

Eine weitere Coping Strategie aus der qualitativen Studie von Perez et al. (2015) sind *soziale und emotionale Unterstützung*. Teilnehmende suchen sich Unterstützung bei Freunden oder Arbeitskollegen. Erfahrungen auszutauschen und somit emotionale Unterstützung von Mitarbeitenden zu erhalten, sehen viele als bereichernd. Dies wird auch in der Studie von Zambrano et al. (2014) erforscht. Hier helfen Nachbesprechungen im Team, um Erlebtes und Bedürfnisse äussern zu können. Das Bewusstsein des psychischen Wohlbefindens und das Streben nach Work-Life-Balance ist von grundlegender Bedeutung, um dieses zu erreichen. Viele Aktivitäten, wie Zeit für Recherchen, Teilen von gemeinsamen Aktivitäten nach der Arbeit oder einfach Freizeit, tragen dazu bei.

Einzelnen Teilnehmenden ist der persönliche Kontakt zu nahe und sie bevorzugen den Austausch per E-Mail oder bei einem Mittagessen in einer grösseren unpersönlichen Gruppe. Zuhause sind Familienmitglieder da, zur emotionalen Unterstützung oder als Ablenkung von beruflichen Gedanken. (Perez et al., 2015) Die Religion, das Beten und Besuche in der Kirche, spenden den gläubigen Teilnehmenden von Perez et al. (2015) und Zambrano et al. (2014) Trost und spirituelle Stärke.

In der Studie von Raus et al. (2014) wird aufgezeigt, dass vor allem das ärztliche Team davon betroffen ist, Entscheidungen zu fällen. Jedoch müssen auch Pflegefachpersonen Entscheidungen treffen. Teilnehmende sind der Meinung, dass die Entscheidung für eine kPS vor allem bei der sterbenden Person selbst liegt. Ihnen hilft es, dass sie als Team entscheiden und nicht selbst verantwortlich sind. Auch hilft die Betonung, dass es die letzte Möglichkeit für eine Linderung der refraktären Symptome ist und sie alles korrekt nach Vorschriften ausführen. Diese beiden letzten Aspekte werden in der Studie von Leboul et al. (2017) ebenfalls erhoben. Deshalb entwickelten sie eine Strategie, die den Pflegefachpersonen helfen soll. So sind bei der Verabreichung der sedierenden Medikamente immer zwei Pflegefachpersonen anwesend. Im Team wird mehrmals täglich Rapport abgegeben und Informationen ausgetauscht, dass niemand alleine Entscheidung treffen muss und das ganze Team involviert ist. Es gibt genaue Vorschriften und Beschreibungen, wie bei der kPS vorzugehen ist, so dass die Kontinuität der kPS und die Sicherheit des Pflegefachpersonals gewährleistet ist. Um Gefühle von Schuld, Not oder Angst zu verringern, stehen den Teilnehmenden jederzeit professionelle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Seite.

Zambrano et al. (2014) erforschen in ihrer qualitativen Studie, dass sich Teilnehmende durch eine Sinnfindung helfen. So erklären sie sich das refraktäre Leiden und die darauf verabreichte kPS aus medizinischer Sicht als vorgegebenen Verlauf der Krankheit. Auch in der Studie von Raus et al. (2014) wird erläutert, dass die Vorzüge der kPS hervorgehoben werden. Sie äussern, dass sie für sich selbst einen Weg gefunden haben, indem sie denken, dass es für die sterbende Person der richtige und einzige Weg ist. Zudem fühlen sie sich privilegiert, eine solche Arbeit durchführen zu

dürfen, bei der sie das refraktäre Leid ihrer Patientin oder ihres Patienten vermindern oder verhindern können.

5.3 Beurteilung der Gütekriterien der verwendeten Studien

Tabelle 4 *Beurteilung der Gütekriterien der qualitativen Studien nach Lincoln & Guba (1985)*

Nr.	Bestätigung (Confirmability)	Zuverlässigkeit (Dependability)	Glaubwürdigkeit (Credibility)	Übertragbarkeit (Transferability)
2	<ul style="list-style-type: none"> + Externe Forschende haben den Forschungsprozess begleitet 	<ul style="list-style-type: none"> + Ausführliche Beschreibung und Begründung des Forschungsdesigns + Datenanalyse wird nachvollziehbar beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> + Peer-reviewed von externen Forschenden + Beide Forschenden lesen zweimal unabhängig voneinander die Interviews und diskutieren anschliessend + Den Teilnehmenden werden die Transkripte zugesendet und durch sie validiert 	<ul style="list-style-type: none"> + Gewählte Methodik führt zu umfangreicher Datensättigung + Plausible Zitate mit entsprechender Referenz - Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse und Durchführung nur in einem Spital, nicht generalisierbar
3	<ul style="list-style-type: none"> + Multiprofessionelles Forschungsteam mit qualitativer Forschungserfahrung - Keine Begleitung durch externe Fachpersonen 	<ul style="list-style-type: none"> + Auswahl des Forschungsdesigns sinnvoll begründet + Analyse durch multiprofessionelles Forschungsteam 	<ul style="list-style-type: none"> + Anwendung unterschiedlicher Methodik (Narrative Erzählungen und Fokusgruppeninterviews) + Das Forschungsteam reflektiert Datenerhebung und Datenanalyse regelmässig und zeitnah + Gruppierung und Prüfung der Ergebnisse erfolgt unabhängig voneinander 	<ul style="list-style-type: none"> + Plausible Zitate mit entsprechender Referenz + Differenzierter Aufbau und sorgfältige Durchführung der qualitativen Methodik unterstützen Validität der Studie + Stichprobe und Setting mit ähnlich organisierten Strukturen - Keine Generalisierbarkeit der Daten. Nur auf französische Bevölkerung übertragbar
4	<ul style="list-style-type: none"> + Erfahrenes Forschungsteam in qualitativer Methodik + Erfahrene externe Personen übersetzen und transkribieren Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> + Präzise Beschreibung des Analyseverfahrens der Daten + Verwendung von qualitativen Interviews. Interviewfragen basieren auf Fragebogen einer bereits durchgeführten quantitativen Studie 	<ul style="list-style-type: none"> + Datenerhebung und -analyse werden monatlich vom Forschungsteam reflektiert. Vor Beginn der Studie haben die Forschenden einen Schulungstag zur Durchführung der Interviews 	<ul style="list-style-type: none"> + Plausible Zitate mit entsprechender Referenz - Keine Limitationen erwähnt - Knappe Datensättigung, hauptsächlich Bezug auf bisherige Literatur

			<ul style="list-style-type: none"> + Teilnehmende dürfen Zeitpunkt und Setting der Interviewdurchführung bestimmen + Aufnahme und Transkription der Daten 	
5	<ul style="list-style-type: none"> + Mehrere Forschende haben Erfahrung in qualitativer Forschung + Ein externes Überprüfungsinstitut begleitet und gibt Zustimmung der Prozessschritte 	<ul style="list-style-type: none"> + Durchführung der Interviews durch erfahrene Sozialarbeitende - Auswahl des Forschungsdesigns wird nicht begründet 	<ul style="list-style-type: none"> + Unabhängige Datenanalyse von drei Forschenden mit anschließender Diskussion über Diskrepanzen und Unklarheiten 	<ul style="list-style-type: none"> + Korrekt referenzierte Zitate in einer übersichtlichen Tabelle - Ergebnisse nicht generalisierbar, da Teilnehmende alle aus demselben Spital sind
6	<ul style="list-style-type: none"> + Interview wird mit Hilfe eines „aide-memoire“ geführt 	<ul style="list-style-type: none"> + Interviews werden von professionellen Übersetzenden transkribiert und übersetzt - Selbstkonstruiertes Datenanalyseschema. Keine Angaben zu externer Validität 	<ul style="list-style-type: none"> + Forschende überprüfen die Angaben initial individuell und diskutierten Verschiedenheiten - Keine Angaben, dass Teilnehmende die Transkripte validieren 	<ul style="list-style-type: none"> + Ergebnisse werden mit anderen verglichen und auf Ethik und Soziologie geprüft + Zitate werden erkennbar referenziert - Keine Implikationen, was Ergebnisse für weitere Forschung bedeuten und bringen. - Keine Limitationen erwähnt
7	<ul style="list-style-type: none"> + Führung eines „audit trail“ während des ganzen Forschungsprozesses 	<ul style="list-style-type: none"> + Datenanalyse der Verfassen wird von zwei unabhängigen Forschenden überprüft 	<ul style="list-style-type: none"> + Iterative Datenanalyse. Schlussendlich werden die Ergebnisse von allen Forschenden diskutiert und vereinbart + Den Teilnehmenden werden die Transkripte zugesendet und durch sie validiert 	<ul style="list-style-type: none"> + Ergebnisse spiegeln die Philosophie der Pflege und können als Leitfaden für künftige Forschungen in diesem Bereich genommen werden - Da Teilnehmende alle aus derselben Stadt sind, sind Ergebnisse nicht generalisierbar
8	<ul style="list-style-type: none"> + Eine Person aus dem Forschungsteam hat Expertise in qualitativer Forschung 	<ul style="list-style-type: none"> + Phänomenologischer Ansatz wird beschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> + “Triangulation of sources”: zwei Fokusgruppen aus verschiedenen Spitälern - Kein Member-Checking 	<ul style="list-style-type: none"> - Stichprobengröße ist klein und kann daher nicht generalisiert werden

- Keine Begleitung durch externe Forschende

+ Selbsterstellter Interviewleitfaden ist in einer Tabelle aufgeführt
- Datenanalyse wird lediglich oberflächlich beschrieben

- Keine Angaben zu Peer-Debriefing

- Ergebnisse über berufliche Kompetenzen sind Selbsteinschätzungen

Tabelle 5 Beurteilung der Gütekriterien der quantitativen Studien nach LoBiondo-Wood & Haber (2005)

Nr.	Objektivität	Reliabilität	Validität
1	<ul style="list-style-type: none"> + Die Daten werden als Fragebogen ermittelt, sind somit digital und objektiv + Ergebnisse stützen sich auf bereits bekannte Forschung + Strukturiert und umfassend in Informationen - Störvariablen können nicht ausgeschlossen werden, da Fragebogen im privaten Umfeld ausgefüllt wird 	<ul style="list-style-type: none"> + Fragebogen wird bereits in einer Pilotenstudie getestet, was Glaubwürdigkeit erhöht + Rekrutierung der Teilnehmenden kostengünstig und anonym + Gezielte Auswahl der Teilnehmenden (klare Ein- und Ausschlusskriterien) - Keine Aussagen über Qualität der Messinstrumente 	<ul style="list-style-type: none"> + Aussagekraft erhöht sich durch breite gezielte Wahl der Stichprobe und Settings + Passende Wahl des Designs bestätigt sich durch strukturierten Aufbau und Beantwortung der Forschungsfrage
8	<ul style="list-style-type: none"> + Ergebnisse stützen sich auf bereits bekannte Forschung - Fehlende Erklärung zu Variablen, welche zur Nachvollziehbarkeit essentiell wären 	<ul style="list-style-type: none"> + Klare Ein- und Ausschlusskriterien + Differenzierte tabellarische Darstellung der Ergebnisse - Eher kleines Sample aufgrund limitierten Settings 	<ul style="list-style-type: none"> + Eigenes Datenanalyseinstrument, wird von drei unabhängigen Forschenden auf ihre Angemessenheit, Reliabilität und Validität geprüft. - Für aufbauende Forschungen kann Datenanalyseinstrument nicht komplette Validität gewährleisten

6 Diskussion

Nachfolgend werden zuerst die einzelnen Studien hinsichtlich ihres Inhaltes über Gemeinsamkeiten und Unterschiede diskutiert. Zu den Gemeinsamkeiten in den Studien zählen die Gleichstellung der kPS mit der Euthanasie, emotionale Beeinflussung und Coping Strategien. In den Unterschieden werden Forschungsziele und Forschungsansätze der Studien diskutiert. Weiter werden die Ergebnisse mit Literatur der Einleitung und anhand des Modells der Salutogenese von Antonovsky & Franke (1997) erläutert. Letztlich wird ein Fazit mit Beantwortung der Fragestellung und Limitationen der Arbeit aufgezeigt.

6.1 Vergleich der Studien

6.1.1 Gemeinsamkeiten

Gleichstellung mit der Euthanasie:

Folgende Studien wurden in den Niederlanden und Belgien durchgeführt: Arevalo et al. (2012), Lokker et al. (2018) und Raus et al. (2014).

In den Niederlanden und Belgien können Ärztinnen und Ärzte seit 2002 straffrei töten und Unterstützung von Suizid leisten (Regionale toetsingscommissies euthanasie, 2011). In den Niederlanden sind die Voraussetzungen dafür:

- Bitte der Betroffenen muss freiwillig und ohne Aufforderung erfolgen.
- Verlangen von Sterbehilfe muss Ausdruck von Betroffenen selbst als aussichtsloses und unerträgliches Leid geäußert werden.
- Das ärztliche Team muss gemeinsam mit Betroffenen zur annehmbaren Lösung gelangen, dass es keine alternative Lösung gibt.
- Von ärztlicher Seite müssen die Betroffenen über die Situation und Aussichten aufgeklärt werden.

Dieser Prozess wird straffrei genehmigt, wenn

- eine zweite Ärztin oder ein zweiter Arzt dieselben Schritte mit den Betroffenen durchgeht und schriftlich bestätigt *und*
- die Vollziehung der Sterbehilfe einer Kontrollkommission gemeldet wird. Diese besteht aus juristischem, ethischem und ärztlichem Personal.

Wenn alle Sorgfaltskriterien eingehalten werden, darf eine straffreie Euthanasie durchgeführt werden. (Regionale toetsingscommissies euthanasie, 2011) Dieser Ablauf zeigt, dass die Euthanasie ein zeitaufwändiger Prozess ist.

Die anderen Studien wurden in Australien, den Vereinigten Staaten von Amerika, Kolumbien, Irland, dem Vereinigten Königreich und Frankreich durchgeführt. Im Gegensatz zu den Niederlanden und Belgien ist in diesen Ländern die Euthanasie nicht legal. Es gibt Pflegende, welche glauben, dass die kPS eine lebensverkürzende Wirkung hat. In den Ländern, in denen die Euthanasie illegal ist, fühlen sich Pflegende mit dieser Denkweise mitverantwortlich für den Tod der Betroffenen. In den Niederlanden und Belgien haben Pflegende durch die national legalisierte Euthanasie beim Gedanken an die lebensverkürzende Wirkung weniger Mühe mit der Anwendung der kPS. (Raus et al., 2014)

Arevalo et al. (2012) erforscht mit quantitativem Ansatz, ob vor der Verwendung der kPS die Euthanasie in Betracht gezogen wird und stellt Unterschiede in stationären, ambulanten und Langzeit-Settings auf. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass in den meisten Fällen die Euthanasie nicht in Betracht gezogen wird. Ursache dafür ist, dass die Symptomlinderung im Vordergrund steht. Somit wird durch den zeitlichen Aufwand der Euthanasie die kPS in Betracht gezogen.

Lokker et al. (2018) erforschen, dass die Ignoranz des ärztlichen Teams gegenüber der Euthanasie, Pflegenden Mühe bereitet. Wie vorhin erwähnt, ist der Prozess der Euthanasie zeitaufwändig und erscheint im Vergleich zum Prozess der kPS zeitintensiver. Pflegefachpersonen in der Studie vermuten, dass Ärztinnen und Ärzte deshalb die kPS bevorzugen. Dies bereitet ihnen Mühe, da so der Wunsch der Euthanasie von den Betroffenen ignoriert wird. Solche Handlungen sind mitverantwortlich für Irritationen bei Pflegenden im Unterscheiden der kPS und der Euthanasie. (Lokker et al., 2018)

Aus den obigen Informationen ist zu entnehmen, dass das ärztliche Team diese Entscheidung nicht aus vermuteten Gründen der Pflegenden, wie Bequemlichkeit und Ignoranz, trifft. Wenn die kPS in Betracht gezogen wird, stehen in der Regel Tage bis Stunden zur Verfügung. In dieser Situation macht die Euthanasie keinen Sinn, da für die verbleibende Zeit der Prozess der Euthanasie zu lange dauert. Deshalb entscheidet sich das ärztliche Team häufig für die kPS. Damit keine Missverständnisse zwischen Pflege und dem ärztlichen Team entstehen, müssten die Entscheidungen

dementsprechend begründet werden, damit diese von beiden Parteien nachvollziehbar sind.

Die Ergebnisse der Niederlande und Belgien können mit Studien aus anderen Ländern nicht verglichen werden. Es wird ersichtlich, dass sich durch die Legalisierung der Euthanasie die Auswirkungen der kPS auf die Pflegenden unterscheiden, wie beispielsweise die emotionale Belastung und die ärztliche Zusammenarbeit.

Einfluss des vorhandenen Fachwissens:

In Studien von Leboul et al. (2017), Lokker et al. (2018) und Zuleta-Benjumea et al. (2018) werden Ergebnisse zum Einfluss des vorhandenen Fachwissens von Pflegefachpersonen bezüglich der kPS aufgeführt.

Leboul et al. (2017) führt die Unsicherheit der Pflegenden bezüglich der Indikation der kPS auf. Pflegende fühlen sich in medizinischen, psychosozialen und ethischen Aspekten der kPS unsicher und nicht kompetent genug. Diese Unsicherheiten können laut Lokker et al. (2018) durch kompetentes Fachwissen reduziert werden.

Zuleta-Benjumea et al. (2018) verknüpfen die Unsicherheit der Pflegenden von Leboul et al. (2017) und das vorhandene Fachwissen von Lokker et al. (2018) und untersuchen im quantitativ erforschten Abschnitt der Studie die Korrelation zwischen Fachwissen der Pflegenden und der Selbstsicherheit bezüglich der kPS. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegende annehmen, durch Arbeitserfahrungen Fachwissen aneignen zu können. Da das angeeignete Fachwissen aus der Praxis nicht ausreichend ist, wünschen sie sich, besser und vertiefter ausgebildet zu werden.

Alle aufgeführten Studien bestätigen, dass Pflegende Schulungsbedarf zum Fachwissen der kPS haben. Hier entsteht eine Schnittstelle mit der Gleichstellung der Euthanasie und der kPS, wie anfangs erläutert wird. Ausserdem beeinflusst geringes Fachwissen die Selbstsicherheit von Pflegenden und somit auch den emotionalen Einfluss. (Leboul et al., 2017), (Lokker et al., 2018) & (Zuleta-Benjumea et al., 2018)

Emotionale Beeinflussung:

Der emotionale Einfluss der kPS wird in den Studien von Leboul et al. (2017), (Lokker et al. (2018), Raus et al. (2014), Zambrano et al. (2014) und Zuleta-

Benjumea et al. (2018) erläutert. In diesen Studien werden grösstenteils negative und belastende Aspekte, aber auch einzelne positive Einflüsse der kPS erforscht. Positive Aspekte werden in der Studie von Leboul et al. (2017), Zuleta-Benjumea et al. (2018) aufgeführt. Pflegende empfinden Erleichterung für sich selbst und für die Betroffenen aufgrund der Symptomlinderung. Auch schätzen Pflegende, dass sie mit ihrer Arbeit in der Lage sind, Symptome lindern zu können. (Raus et al., 2014) Der negative emotionale Einfluss zeigt viele Schnittstellen mit dem vorhandenen Fachwissen der Pflegenden: Eine negative Beeinflussung kann durch Unsicherheiten hervorgerufen werden. Dies wird bereits im vorherigen Abschnitt mit der Studie von Leboul et al. (2017) angedeutet. Somit hat die Unsicherheit auch einen negativen emotionalen Einfluss. Dasselbe wird in der Studie von Lokker et al. (2018) aufgezeigt. Das unzureichende Fachwissen bewirkt eine Unsicherheit bei den Pflegenden und schlussendlich bei der Indikation der kPS.

Laut Raus et al. (2014) ist der emotionale Einfluss abhängig von psychischer und physischer Nähe der Pflegenden zu den Betroffenen. Zambrano et al. (2014) belegen, dass der emotionale Einfluss zentral von der Länge und Intensität der Beziehung abhängig ist.

Coping Strategien:

Coping Strategien werden in Studien von Dwyer & McCarthy (2016), Leboul et al. (2017), Perez et al. (2015), Raus et al. (2014) und Zambrano et al. (2014) erforscht.

Dwyer & McCarthy (2016) und Leboul et al. (2017) gehen in den Studien auf die Anwendung von Metaphern ein. Deren Anwendung bringt die positive Sichtweise der kPS hervor und wirkt für die Betroffenen und deren Angehörige, aber auch für das Personal, angenehmer.

Perez et al. (2015) geht auf Coping Strategien zu physischer, sozialer, emotionaler und spiritueller Selbstfürsorge ein. Dabei bringt die Studie die Wichtigkeit der Unterstützung im Team auf. Dies deckt sich mit den Ergebnissen der Studie von Zambrano et al. (2014): Wenn Erlebtes und Bedürfnisse im Team geäußert und besprochen werden können, ist dies von grosser Bedeutung für die Work-Life-Balance.

In der Studie von Leboul et al. (2017) und Raus et al. (2014) wird die Wichtigkeit der gemeinsamen Entscheidungsfindung im Team aufgezeigt. Die Entscheidung für eine kPS liegt hauptsächlich bei den Betroffenen selber. Das Personal muss solche Entscheidungen nie alleine treffen. Es sind komplexe Situationen, die inter- und intraprofessionell diskutiert werden.

6.1.2 Unterschiede

Forschungsziel und Forschungsansatz der Studien:

Die Studien von Perez et al. (2015) und Zambrano et al. (2014) unterscheiden sich inhaltlich von den anderen und zeigen Diskrepanzen bezüglich des Zieles und des zu beforschenden Phänomens auf. Der Fokus liegt nicht bei der kPS. Perez et al.

(2015) erforschen in ihrer Studie Stressoren und Coping Strategien in der Palliative Care. In der Studie von Zambrano et al. (2014) werden verschiedene Stadien, welche Teilnehmende mit betroffenen Personen in der Palliative Care durchleben, aufgeführt. Darin werden Erfahrungen, Auswirkungen und Coping Strategien in der Palliative Care erforscht. Diese beiden Studien können den Ansatz der Coping Strategien der Fragestellung beantworten. Obwohl sich die Coping Strategien nicht spezifisch auf die kPS beziehen, kann angenommen werden, dass sie übertragbar sind. Die kPS ist eine komplexe Situation in der Palliative Care und kann wahrscheinlich mit denselben Coping Strategien bewältigt werden, wie andere anspruchsvolle Handlungen der Palliative Care.

Weiter unterscheidet sich die Studie von Zambrano et al. (2014) in der zu untersuchenden Population. Die Teilnehmenden der Studie sind medizinische Fachpersonen. Jedoch wird in der Diskussion erläutert, dass die Ansicht medizinischer Fachpersonen, der Philosophie der Pflege entspricht. Die Aussagen können somit auf Pflegefachpersonen übertragen werden.

Letztlich hat die Studie von Arevalo et al. (2012) am wenigsten Aussagekraft zur Beantwortung beider Fragestellungen. Die Studie erforscht Unterschiede zur Entscheidungsfindung und Durchführung der kPS in verschiedenen Settings. Dazu gehört das stationäre, ambulante und Langzeit Setting, wobei der Fokus bei den Unterschieden der Settings liegt. Jedoch ist das Setting für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant.

6.2 Bezug zum Modell der Salutogenese

Die Salutogenese (Antonovsky & Franke, 1997) wird in keiner Studie explizit erwähnt. Allerdings sind die vier salutogenetischen Aspekte in den Studien erkennbar und werden im Folgenden aufgezeigt.

Gesundheits-Krankheits-Kontinuum:

Als angehende Pflegefachfrauen besteht aus salutogenetischer Sicht der Wunsch die Arbeit bestmöglich im Zustand der völligen Gesundheit auszuüben. Deshalb ist das Ziel, eine gesunde Balance im Arbeitsalltag mit belastenden Situationen und Verträglichkeit zu finden. Diese Balance gelingt durch Coping Strategien, die in verschiedenen Studien aufgezeigt werden: Dwyer & McCarthy (2016), Leboul et al. (2017), Perez et al. (2015), Raus et al. (2014) und Zambrano et al. (2014). Somit ist das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in den Studien als Coping Strategien ersichtlich.

Stressoren:

Pflegefachpersonen in der Palliative Care werden in ihrem Alltag regelmässig mit Stressoren konfrontiert. Stressoren sind nach Perez et al. (2015) innere und äussere Reize, die das Individuum zu einem aktiven Spannungszustand reagieren lassen und somit Stress bewirken. Perez et al. (2015) unterteilen in ihrer Studie systematische Stressfaktoren, Patientinnen- oder Patientenzentrierte Stressoren und persönliche Stressoren. Das Ziel ist es, diese Stressoren anhand der Coping Strategien und der Widerstandsressourcen zu lindern oder gar zu vermeiden. Somit soll Gesundheit entstehen und erhalten bleiben, was wiederum dem Prinzip der Salutogenese von Antonovsky & Franke (1997) entspricht.

Widerstandsressourcen:

Trotz den Stressoren ist es Pflegenden längerfristig möglich in ihrer Arbeit zu funktionieren. Dazu verantwortlich sind Widerstandsressourcen, die eine wirkungsvolle Spannungsverarbeitung ermöglichen und sich gegenseitig beeinflussen. In der Studie von Perez et al. (2015) wünschen sich die Teilnehmenden, solche Widerstandsressourcen kennenlernen zu dürfen. So kann eine Förderung der Resilienz stattfinden. Antonovsky & Franke (1997) führen verschiedene Widerstandsressourcen auf,

welche Belastungsfaktoren bekämpfen. Im Folgenden wird auf passende Widerstandsressourcen eingegangen.

- *Physische/ biochemische Gesundheit:* Die physische Selbstsorge trägt für die physische Gesundheit bei und kann einerseits durch Coping Strategien aufgebaut werden (Perez et al., 2015). Andererseits wird die physische Selbstsorge durch die weiteren Widerstandsressourcen beeinflusst.
- *Emotionale und motivierende Stabilität:* Emotional belastende Aspekte für das Pflegepersonal sind in den Studien von Leboul et al. (2017), Lokker et al. (2018), Raus et al. (2014), Zambrano et al. (2014) und Zuleta-Benjumea et al. (2018) erkennbar. Aus den Ergebnissen der Studien wird ersichtlich, dass sich die kPS individuell auf Pflegende auswirkt. Abhängig davon ist die Beziehungsqualität zu der sterbenden Person, das vorhandene Fachwissen und der Bezug zur Euthanasie.
- *Kognitiver Faktor:* Ein kompetentes Fachwissen in der kPS ist essentiell für Selbstvertrauen und das Erlangen von Sicherheit beim Arbeiten in der Palliative Care. Dies wird in den Studien von Leboul et al. (2017), Lokker et al. (2018) und Zuleta-Benjumea et al. (2018) bestätigt.
- *Sozialer Faktor:* In einem unterstützenden Team zu arbeiten, ermöglicht Pflegenden soziale Sicherheit. Die Einbindung in ein soziales Netzwerk im Arbeitsumfeld ist, wie bereits erwähnt, eine Coping Strategie zur Bewältigung des Pflegealltags. (Leboul et al., 2017)

Kohärenzgefühl:

Das Gefühl von Verstehbarkeit: Pflegende verstehen, dass sie den Betroffenen durch die kPS eine Symptomkontrolle oder Erlösung ermöglichen können. Dieser Aspekt wird positiv empfunden. (Raus et al., 2014)

Das Gefühl von Bewältigbarkeit: Die Herausforderung ist es, eine stimmige Balance zwischen Nähe und Distanz zu finden. Pflegende verspüren ihre Arbeit als bewältigbar, wenn sie in der Lage sind, emotionale Reaktionen zuzulassen und sich abgrenzen zu können. Dies wird in der Studie von Raus et al. (2014) bestätigt.

Das Gefühl von Sinnhaftigkeit: Pflegende sehen die Begleitung der Betroffenen in der terminalen Phase als Privileg (Raus et al., 2014). Sie sehen die Betreuung in der terminalen Phase als Reflexion ihrer Arbeit und von grosser Bedeutung (Leboul et al., 2017).

6.3 Fazit, Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung "Was sagt die Literatur zur physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Gesundheit des Pflegefachpersonals bei belastenden Situationen, wie der kPS? *und* Welche Coping Strategien gibt es, dass Pflegefachpersonen in anspruchsvollen Situationen, wie der kPS, gesund bleiben?" kann mit dem Ergebnis- und Diskussteil grösstenteils beantwortet werden.

Die Auswirkung der kPS auf das Pflegefachpersonal kann einen emotional (psychisch) positiven oder negativen Einfluss haben.

Das vorhandene Fachwissen des Pflegepersonals hat einen Einfluss auf deren psychische Gesundheit und ihrer Selbstsicherheit im Beruf. Ein unterstützendes Team trägt zur sozialen Gesundheit von Pflegenden bei.

Durch die Coping Strategien wird die Verbindung zur psychischen, physischen, sozialen und spirituellen Gesundheit ersichtlich. Die im Ergebnisteil aufgezeigten Coping Strategien sind für die Bereiche: Fachwissen, physische Selbstsorge, soziale und emotionale Unterstützung der Pflegenden und spirituelle Gesundheit hilfreich.

Die Literatur hat keine Aussagen über die physischen und spirituellen Auswirkungen der kPS auf die Gesundheit von Pflegenden. Dieser Aspekt der Fragestellung kann deshalb nicht beantwortet werden.

6.4 Limitationen

Die Aussagekraft der vorliegenden Bachelorarbeit wird durch diverse Faktoren eingeschränkt. Es wurde eine systematisierte Literaturrecherche durchgeführt, anstelle einer systematischen Literaturrecherche. Dies könnte möglicherweise zu Verlust relevanter Literatur geführt haben, da eine systematische Literaturrecherche umfangreicher und exakter ist.

Die Studien aus der systematisierten Literaturrecherche sind grösstenteils qualitative Studien. Diese eignen sich gut für das zu erforschende Phänomen, jedoch sind die gefundenen qualitativen Studien meist nicht generalisierbar. Für das Phänomen sind

wenig quantitative Studien vorhanden. Hier besteht ein Forschungsbedarf und mit mehr quantitativen Studien könnten Ergebnisse generalisiert werden.

Die Limitationen und Ausschlusskriterien mussten während der Literaturrecherche reduziert werden. Die Thematik hat eine eingeschränkte Forschungslage, welche zu folgenden Auswirkungen führt:

Erstens werden Studien aus der ganzen Welt einbezogen, jedoch keine aus der Schweiz, was die Übertragbarkeit auf die Schweiz limitiert.

Mitunter werden Länder wie Kolumbien einbezogen, wo der Wissensstand, die Ausbildung und die Handhabung der kPS wahrscheinlich anders ist, als in der Schweiz.

Weiter werden Studien aus den Niederlanden und Belgien eingeschlossen, in denen die Euthanasie legal ist. Daher verzerren sich möglicherweise Sichtweisen der Pflegefachpersonen gegenüber der kPS, im Gegensatz zu einem Land wie der Schweiz, in dem die Euthanasie verboten ist.

Zudem werden aufgrund mangelnder Suchergebnisse zwei Studien eingeschlossen, die sich nicht primär auf die kPS fokussieren, sondern generell auf die Palliative Care, um Coping Strategien zu erforschen.

Letztlich werden die Pflegefachpersonen in den verschiedenen Studien als *medicine specialists, nurses, palliative care clinicians, nursing professionals, health care providers and staff* und *carers* bezeichnet. Unklar ist, welchen Ausbildungsstand sie haben, welcher mit der Schweiz vergleichbar ist.

Da die Autorinnen dieser Arbeit keine professionellen Übersetzerinnen sind, könnte die Arbeit möglicherweise Übersetzungsfehler und/oder Fehlinterpretationen der Studien vom Englischen ins Deutsche enthalten.

Dadurch, dass die Ergebnisse in Kategorien eingeteilt wurden, kann die Arbeit möglicherweise Wiederholungen oder Überschneidungen enthalten.

Die Arbeit weist auch Stärken auf. Durch die Limitation des Alters der Studien auf höchstens zehn Jahre, ist die Aktualität gewährleistet. Da die Güte der Studien grösstenteils ausreichend bis sehr gut ist, ist die Aussagekraft der Ergebnisse gross. Die dürftige Anzahl der Literatur weist auf die Dringlichkeit des Forschungsbedarfes hin. Diese Bachelorarbeit soll dazu dienen, das Thema zu sensibilisieren und auf die Forschungslücke aufmerksam machen.

Durch zwei Gespräche mit Fachexperten aus der Schweiz wird ein Praxiseinblick in die Schweiz ermöglicht. Dadurch gewinnt die Arbeit an Persönlichkeit und Individualität.

7 Schlussfolgerungen

7.1 Empfehlung für die Praxis in der Schweiz

Durch die Bearbeitung der Studien wird ersichtlich, dass ein kompetentes Fachwissen zur kPS der Pflegenden grundlegend für die Praxis ist. Es verschafft Selbstsicherheit im Arbeitsalltag und reduziert emotionale Belastungen aufgrund Unwissens (Gleichstellung mit der Euthanasie). Trotz kompetentem Fachwissen sind Belastungen im Arbeitsalltag nicht immer zu vermeiden. Deswegen ist es von grosser Wichtigkeit, dass Pflegefachpersonen Coping Strategien kennen, um sich selber schützen zu können.

Wichtig für die Praxis erscheint auch die gegenseitige Akzeptanz und das Wohlbefinden im Team. Erfahrungsgemäss können belastende Situationen durch ein unterstützendes Team und Offenheit am besten bewältigt werden. Deswegen ist es für Pflegende wichtig zu erkennen, dass belastende Situationen individuell wahrgenommen werden. Dadurch ist Selbstsorge durch die Kenntnis von gesundheitsfördernden Aspekten der Salutogenese von Antonovsky & Franke (1997) und Unterstützung von anderen Teammitgliedern von grosser Bedeutung. Ralf Schiemer erlebt dies im Schweizer Palliative Care Setting: Eine positive und gereifte Teamkultur ist wichtig. Der darin enthaltene Austausch von Erfahrungen, Informationen und verschiedener Sichtweisen ist intra- und interprofessionell bereichernd. Dazu sind Supervisionen und ethische Fallbesprechungen unterstützend. Diese beinhalten auch die gegenseitige Weitergabe und das Teilen von Fachwissen im Team. Die hingebungs- und würdevolle Pflege, welche bei der kPS angewendet wird, ist durch ein offenes, transparentes und gesundes Team gewährleistet.

Diese wertvolle Arbeit der kPS wird mit einem Zitat von Cicely Saunders abschliessend zur Bachelorarbeit hervorgehoben:

Du bist wichtig, weil du bist, wer du bist. Und du bist bis zum letzten Augenblick deines Lebens wichtig! Wir werden tun, was wir können, damit du nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben kannst! Es steckt etwas sehr Wertvolles in dir und wir sind glücklich, dem Begegnen zu dürfen.

(Ökumenische Hospizgruppe Pleidesheim, 2020) zitiert nach Ciceley Saunders

7.2 Offene weiterführende Fragen und Ideen für Forschungsprojekte

Die analysierten Studien zeigen Coping Strategien, welche bei anspruchsvollen Situationen in der Palliative Care angewendet werden. Wie in den Ergebnissen erläutert wird, können diese Coping Strategien auf die kPS bezogen werden. Eine Empfehlung für die Forschung ist es zu ermitteln, ob es Coping Strategien gibt, welche spezifisch nur bei der kPS angewendet werden können. Es wäre interessant zu sehen, ob es Unterschiede zu den hier aufgezeigten Coping Strategien gibt.

Während der Arbeit wird die Wichtigkeit des spezifischen Fachwissens der kPS und dessen positive Auswirkungen betont. Deswegen fragen sich die Autorinnen, wie gewährleistet werden kann, dass alle Pflegenden über ein kompetentes Fachwissen verfügen?

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A., & Franke, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis) (Band 36)*. Dgvt.
- Arevalo, J. J., Rietjens, J. A., Swart, S. J., Perez, R. S. G. M., & van der Heide, A. (2012). *Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance*. 613–621.
- Bosshard, G., Zellweger, U., Bopp, M., Schmid, M., Hurst, S., Puhan, M. A., & Faisst, K. (2016). *Medical End-of-Life Practices in Switzerland: A Comparison of 2001 and 2013*. University of Zurich. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.7676>
- Bundesamt für Gesundheit. (2009). *Bevölkerungsbefragung Palliative Care 2009*. Abgerufen am 07.08.2019 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-palliative-care/bevoelkerungsbefragung-palliative-care.html>
- Bundesamt für Statistik. (2014). *Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz*. BFS Aktuell.
- Di Censo, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). *Assessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model*. 12(4) (Evidence-Based Nursing), 99–101.
- Doccheck Medical Services GmbH. (2020). *Coping-Strategie*. Abgerufen am 15.04.2020 <https://flexikon.doccheck.com/de/Coping-Strategie>
- Duden. (1998). *Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke (6. Auflage)*. Bibliographisches Institut.

- Dwyer, I., & McCarthy, J. (2016). *Experiences of palliative care nurses in the utilisation of palliative sedation in a hospice setting*. <https://doi.org/10.1136/eoljnl-2015-000015>
- Enck, R. E. (1991). *Drug-induced terminal sedation for symptom control*. 8,5,3-5.
- Eychmüller, S. (2015). *Palliativmedizin Essentials. Das 1x1 der Palliative Care*. Huber.
- Häusermann, S. (2019). *Palliative Care: Palliative Sedation*. ZHAW Winterthur.
- Husebø, S., & Klaschik, E. (2009). *Palliativmedizin Grundlagen und Praxis* (5. Auflage). Springer.
- Leboul, D., Régis, A., Peter, J.-M., Royer, V., Richard, J.-F., & Guirimand, F. (2017). *Palliative sedation challenging the professional competency of health care providers and staff: A qualitative focus group and personal written narrative study*. 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0198-8>
- Lexa, N. (2013). *Burnout und Burnout-Präventionen in der Palliative Care. Praxishandbuch für Gesundheitsfachpersonen*. Huber.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*.
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. Urban & Fischer.
- Lokker, M. E., Swart, S. J., Rietjens, J. A. C., van Zuylen, L., Perez, R. S. G. M., & van der Heide, A. (2018). *Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses*. 157–161.
- Morita, T., Miyashita, M., Kimura, R., Adachi, I., & Shima, Y. (2004). *Emotional burdens of nurses in palliative sedation therapy*.

<https://doi.org/10.1191/0269216304pm911oa>

Neitzke, G., Oehmichen, F., Schliep, H. J., & Würdehoff, D. (2010). *Sedierung am Lebensende. Empfehlungen der AG Ethik am Lebensende in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM). Ethik in der Medizin*, 139–147.

Neuenschwander, H., & Cina, C. (2015). *Handbuch Palliativmedizin*. Huber.

Ökumenische Hospizgruppe Pleidesheim. (2020). *Ökumenische Hospizgruppe Pleidesheim*. Abgerufen am 17.04.2020 https://www.pleidelshheim.de/files/flyer-hospizgruppe_neu.pdf

palliative.ch. (2019). *WAS BEDEUTET PALLIATIVE CARE?* Abgerufen am 10.08.2019 <https://www.palliative.ch/de/palliative-care/was-bedeutet-palliative-care/>

Pallnetz des Zürcher Oberlands. (2019). *Pallnetz Zürcher Oberland*. Abgerufen am 26.03.2020 (https://www.pallnetz.ch/cm_data/Vorstellung_PC_Team_GZO_Netzlunch_21_03_13_3.pdf)

Perez, G. K., Haime, V., Jackson, V., Chittenden, E., Mehta, D. H., & Park, E. R. (2015). Promoting Resiliency among Palliative Care Clinicians: Stressors, Coping Strategies, and Train. *Journal of Palliative Medicine*, 4. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0221>

Raus, K., Seale, C., Rietjens, J. A. C., Janssens, R., Bruinsma, S., Mortier, F., Payne, S., & Sterckx, S. (2014). *Continuous sedation until death: The everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium*. <https://doi.org/15:14>

Regionale toetsingscommissies euthanasie. (2011). *Regionale toetsingscommissies euthanasie. Jaarverslag*. Abgerufen am 23.03.2020 http://www.euthanasiecommissie.nl/doc/pdf/RTE%20jaarverslag%202010_29870.pdf

- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004). *What counts as evidence in evidence-based practice?* 47(1), 81–90.
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2017). *Thiemes Pflege: Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung* (13. Auflage). Georg Thieme.
- Stratenwerth, G., & Wohlers, W. (1913). *Strafgesetzbuch*. Stämpfli Verlag.
- Zambrano, S. C., Chur-Hansen, A., & Crawford, G. B. (2014). *The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists*. 309–316. <https://doi.org/10.1017/S1478951513000138>
- Zuleta-Benjumea, A., Muñoz, S. M., Vélez, M. Z., & Krikorian, A. (2018). *Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation*. <https://doi.org/10.1111/jocn.14582>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1	Salutogenese-Modell nach Antonovsky & Franke (1997)	14
Abbildung 2	Flowchart	17
Abbildung 3	6S Pyramide nach Di Censo et al. (2009)	18

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1	Keywords	15
Tabelle 2	Ein- und Ausschlusskriterien	16
Tabelle 3	Übersicht der Studien	20&21
Tabelle 4	Beurteilung der Gütekriterien der qualitativen Studien nach Lincoln & Guba (1985)	29-31
Tabelle 5	Beurteilung der Gütekriterien der quantitativen Studien nach LoBiondo-Wood & Haber (2005)	32

Anzahl der Wörter

Abstract:	194
Bachelorarbeit:	8731

(exklusive Titelblatt, Abstract, Inhaltsverzeichnis, Tabellen, Abbildungen, Literaturverzeichnis, Abbildungsverzeichnis, Tabellenverzeichnis, Danksagung, Eigenständigkeitserklärung und Anhang)

Danksagung

Wir bedanken uns ganz herzlich bei allen, die uns während der Bachelorarbeit unterstützend zur Seite gestanden haben.

Für die wertvolle Zusammenarbeit, stets interessierte und motivierende Begleitung und die fachlich kompetente Betreuung, möchten wir uns herzlichst bei Frau Doris Ruhmann bedanken.

Ein grosses Dankeschön auch an [REDACTED] für das sehr lehrreiche, informative und interessante Gespräch. Wir schätzen es sehr, dass wir eine praxisorientierte, kompetente und persönliche Ansicht aus der Palliative Ostschweiz und des Kompetenzzentrum Pflege und Gesundheit in unserer Arbeit miteinfließen lassen dürfen.

Vielen herzlichen Dank an [REDACTED] für das Durchlesen und die konstruktive Kritik an unsere Arbeit.

Ebenso möchten wir uns besonders bei unseren Familien und Freunden bedanken, die uns sowohl bei der Bachelorarbeit eine Stütze waren als auch während des gesamten Studiums.

Eigenständigkeitserklärung

Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe von Drittpersonen und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Laura Frey



Sara Frunz



Winterthur, 1. Mai 2020

Anhänge

Anhang A: Protokolle Datenbankrecherche

Suchstrategie (Begriffe, Limits)	# Hits	# Abstracts gelesen
CINAHL Complete 17.07.2019		
(palliative sedation or deep sedation or continuous sedation or terminal sedation) AND nurs* AND (perceptions or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs) Limits: English language, Puplicated Date: 2009-now	165	
(palliative sedation or continuous sedation AND nurs* AND (impact or effect or influence) Limits: English language, Published Date: 2009-now	43	10
palliative sedation AND nurs* AND (impact or effect or influence) Limits: English language, Published Date: 2009-now	22	7
Medline 26.07.2019		
((palliative sedation or deep sedation or continuous sedation or terminal sedation) and nurs* and (perceptions or attitudes or opinion or experience or view or reflection or beliefs)) Limits: English language and year 2009-current	87	
((palliative sedation or continuous sedation) and nurs* and (impact or effect or influence)) Limits: English language and year: 2009-current	38	10

Anhang B: Zusammenfassung der Studien

Zusammenfassung der quantitativen Studie: Arevalo et al. (2012)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel/Zweck: Erfahrungen von Pflegefachpersonal (PP) bei der Entscheidungsfindung und der Durchführung der Palliativen Sedation (PS).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einleitung nimmt Bezug auf existierende Literatur. • Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass bisher hauptsächlich die Auswirkung auf Ärzte erforscht wurde und zu wenig über die Auswirkung auf PP bekannt ist. Dies sei notwendig, da PP eine zentrale Rolle bei der Entscheidungsfindung und Verabreichung der PS spielen. • In der Einleitung wird der niederländische Guideline und dessen Inhalt aufgeführt. • Aus der bereits existierenden Literatur und der nationalen Guideline schliessen die Forschenden, dass zu wenig über die Rolle der PP bei der Entscheidungsfindung und Durchführung der PS erforscht ist. 	<p>Design: Dies ist eine Querschnittstudie mit quantitativem Ansatz.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fragebogen wurde an 576 PP zugesendet. Die genaue Anzahl der Studienteilnehmenden kann nicht bekannt gegeben werden, da «Random Sampling» in den Niederlanden nicht möglich ist. • Es werden Fragebögen an alle PP versendet, die möglicherweise schon einmal in eine Verabreichung von PS involviert waren. <p>Setting: 6 ambulante Organisationen, 10 Palliative Care Abteilungen aus Pflegeheimen und Hospizen, 7 Spitäler</p> <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch strukturierte selbstauszufüllende Fragebögen mit 58 Fragen (persönliche Angaben, Wissen, Erfahrung, Sichtweise und Durchführung der PS, Meinung zur nationalen Guideline zur PS). • Einmalige Datenerhebung • Fragebogen wurde vor der Durchführung dieser Studie in einer Pilotenstudie getestet. 	<p>Sample: 277 Fragebögen von PP wurden retourniert. Merkmale der Teilnehmenden werden tabellarisch dargestellt. Tabellen sind präzise und vollständig.</p> <p>Ergebnisse der quantitativen Analyse: Ergebnisse zu folgenden Themen werden mit präzisen und vollständigen Tabellen dargestellt und im Text erläutert:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eigenschaften der Teilnehmenden • Entscheidungsfindung der kontinuierlichen PS • Durchführung der PS <p>Bei den verschiedenen Themen gab es Unterschiede zwischen den drei Settings:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulante Organisationen: Betroffene erhalten am meisten PS, PP fühlen sich am wenigsten involviert in Entscheidungsfindung. Ärztliches Personal ist am meisten präsent bei der Durchführung der PS. Zeitraum von der Entscheidung bis zur Durchführung von PS am längsten 	<p>Die Forschenden der Studie diskutieren die Unterschiede der Ergebnisse der unterschiedlichen Settings. Für sie auffallend scheint die Situation der kPS im ambulanten Setting:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Im Vergleich zu Institutionen, wie Spitäler oder Pflegeheimen, wird im ambulanten Setting die PS häufiger angewandt. • Die Dauer der Entscheidungsfindung und der Durchführung beträgt am längsten. • PP fühlen sich am wenigsten in die Entscheidungsfindung miteinbezogen und ärztliches Personal sind am meisten präsent bei der Durchführung von PS • Angehörige sind am unzufriedensten <p>Die Forschenden vergleichen die Entscheidungsfindung und die Durchführung mit früherer Literatur und können ihre Ergebnisse damit teilweise bestätigen.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Daten werden anonymisiert. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Datenset wird auf SPSS PASW 17.0.2 geladen. • Signifikante Unterschiede zwischen Variablen werden mit Chi-Quadrat Test überprüft und kontinuierliche Variablen mit ANOVA. • P- Werte Signifikanzlevel 0.05. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laut niederländischem Reglement braucht die Studie keine ethische Genehmigung. Die Daten werden anonymisiert und es wird eine Genehmigung von jeweiligen Institutionen eingeholt. • Bei Rücksendung von Fragebögen, ist von Einverständnis zur Studienteilnahme auszugehen. • Den Teilnehmenden wurde es freigestellt, den Fragebogen auszufüllen oder nicht. 	<ul style="list-style-type: none"> • Langezeit: Betroffene erhalten am zweithäufigsten PS. Fühlen sich am zweithäufigsten involviert in die Entscheidungsfindung. Ärztliches Personal ist bei der Durchführung der PS am wenigsten präsent • Spitäler: Betroffene erhalten am wenigsten PS. PP fühlen sich am meisten involviert in Entscheidungsfindung. Ärztliches Personal ist bei der Durchführung der PS am zweithäufigsten präsent. 	<p>Die wichtigsten Punkte der beiden Themengruppen werden aufgegriffen und kurz und präzise diskutiert.</p> <p>Die Forschenden reflektieren wenig über Limitationen und weitere Forschung.</p>
--	---	---	--

Würdigung der quantitativen Studie: Arevalo et al. (2012)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<ul style="list-style-type: none"> • Die Einleitung greift auf bereits existierende Literatur zurück. • Die Forschungsfrage wird klar definiert. • Einleitung begründet sachlich Forschungslücken und Relevanz des Zieles der Studie • Beginn mit kurzer Zusammenfassung der bereits existierenden Literatur und Forschungsbedarf • Einbezug von nationaler Guideline und somit dem vorhandenen Wissen der Pflegenden. 	<p>Design: Verbindung zwischen dem Ziel der Studie und des gewählten Designs scheint passend. Da mit Querschnittstudie Häufigkeiten und Hypothesen überprüft werden, einmalige Erhebung stattfindet und eine Gruppe verglichen wird.</p> <p>Stichprobe: Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation in untersuchten Settings.</p> <p>Datenerhebung: Keine Verbindungen zwischen der Entscheidungsfindung und der Durchführung erforscht. Dieser Aspekt wäre wichtig für die Literatur, da die beiden Variablen verbindlich sind.</p> <p>Datenanalyse: Die Datenanalyse wird klar und nachvollziehbar beschrieben.</p>	<p>Sample: Das Sample wird anhand soziodemographischer Aspekte differenziert beschrieben.</p> <p>Ergebnisse der quantitativen Analyse: Die Ergebnisse sind präzise und werden vollständig in Tabellen dargestellt. Das Ziel der Studie wurde erreicht. Die Studie erweitert das bestehende Wissen zum Einfluss der PS auf PP. Da zu diesem Thema wenig quantitative Forschungen durchgeführt wurden, verfügt diese Studie über andere Aussagen.</p>	<p>Die Ergebnisse sind relevant und brauchbar für die Pflege. Die Studie bietet ein besseres Verständnis zur Unterscheidung von verschiedenen Settings der PS bezüglich der Entscheidungsfindung und der Durchführung der PS.</p> <p>Die Ergebnisse werden in Bezug zu früheren Studien gebracht und diskutiert.</p> <p>Die Forschenden reflektieren die Studie nicht und verweisen keine Anhaltspunkte auf Verbesserungspotential auf. Auch werden keine Limitationen der Studie aufgezeigt.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.</p>

Zusammenfassung der qualitativen Studie: Dwyer & McCarthy (2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel/Zweck: Das Ziel der Studie ist es, Erfahrungen von Palliative Care Pflegefachpersonen aufzuzeigen, die in Kontakt mit Palliativer Sedation (PS) kommen.</p> <p>Das Phänomen der Erfahrungen von Palliative Care Pflegefachpersonen, die die PS gebrauchen, soll erforscht werden.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass mehrere evidenzbasierte Literaturen zeigen, dass viele Pflegefachpersonen ein unwahres Bild von der PS haben. Eine andere Studie zeigt, dass 68% der Bevölkerung in Irland noch nie etwas von der PS gehört haben.</p>	<p>Design: Der phänomenologische qualitative Ansatz eignet sich zur Erforschung wenig bekannter oder schlecht verstandener Phänomene.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Purposives Sampling: Forschende wählen Teilnehmende aus, die wahrscheinlich die relevantesten Antworten geben. • Einladungsbriefe mit Ziel der Studie. Interessierte konnten sich melden, Fragen stellen und jederzeit die Studie abbrechen. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden Interviews von 30-40min, innerhalb von sechs Wochen durchgeführt. • Bis auf beginnende Frage (über Erfahrungen mit PS erzählen), sind Interviews unstrukturiert. • Aufgrund emotional heikler Thematik, dürfen Teilnehmende jederzeit abbrechen und Hilfe anfordern. Dies wurde von niemandem benötigt. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transkription durch siebenstufigen Rahmen von Colaizzi • Transkripte werden zuerst durch Forschende gelesen. Signifikantes wird herausgehoben und in Themenclustern eingeteilt. 	<p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zehn stationäre Palliative Care Pflegefachpersonen, mit mind. einem Jahr Praxiserfahrung • Acht Pflegerinnen und zwei Pfleger aus einem irischen Spital <p>Die vier Kernpunkte der Ergebnisse sind mit Rückschlüssen aus den Interviews zusammengefasst und zu jedem Ergebnis ist anschliessend ein Zitat aus einem Interview dargestellt.</p> <p>Ergebnisse:</p> <p><u>Informationsaustausch:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Einerseits fühlen sie sich verpflichtet die PS zu erklären, andererseits schwierig ehrlich und klar in Sterbesituationen umzugehen. • Unzufriedenheit, wenn Ehrlichkeit nicht gewährleistet werden konnte. Dann haben sie besonders Mühe PS zu verabreichen. • Metaphern «relaxen, mehr schlafen, wohlfühlen», damit nicht Wahrheit der Bewusstlosigkeit klar wird. • Teilnehmende möchten, dass PS zur Sprache kommt, solange die Betroffenen noch selber ihre Meinung äussern können. 	<p>Forschende vergleichen die vier Kernpunkte mit anderen Studien und kommen mehrheitlich auf ähnliche Ergebnisse.</p> <p>Der Kernpunkt «PS als letztes Mittel» wird in einer belgischen Studie als anders erachtet. Dort denken nämlich 77%, dass die PS lebensverkürzend sei. Diese Aussage wird jedoch durch eine andere Literatur widerlegt und ist kongruent mit dem Ergebnis aus dieser Studie.</p> <p>Implikationen für zukünftige Forschung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Ergebnis, dass zukünftig Betroffene vor der terminalen Phase über PS informiert werden sollen, sollen auf deren Outcome in künftigen Forschungen untersucht werden. • Es braucht eine offenere Kommunikation sowohl im multidisziplinären Team als auch mit den Angehörigen, um die Autonomie und den Respekt vor den Betroffenen zu wahren.

	<ul style="list-style-type: none"> • Zwei Forschende lesen alle Transkripte je zweimal durch und diskutieren sie, um sich auf Ergebnisse zu einigen. • Den Teilnehmenden werden Transkripte zugesendet und dadurch validiert. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme ist freiwillig und kann jederzeit abgebrochen werden. • Anonymität und Vertraulichkeit sind gewährleistet. Diese werden durch eine persönliche Zahl der Teilnehmenden gewährleistet und auf die transkribierten Interviews hatte nur das Forschungsteam Zugang. • Genehmigung durch die University College Cork Clinical Research Ethics Committee 	<p><u>Zeitpunkt der PS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Zum einen wird den Betroffenen durch die Bewusstlosigkeit Zeit genommen. Zum anderen wird Zeit genommen, wenn zu früh oder zu spät mit PS angefangen wird. • Betroffene haben durch nahestehenden Tod nicht mehr viel Zeit und durch PS wird noch mehr Zeit «beraubt und betrogen». • Teilnehmende fühlen sich für «sozialen Tod» von Betroffenen verantwortlich, durch die von ihnen verursachte Bewusstlosigkeit. • Ärztliches Personal reagiert laut Teilnehmenden zu spät, weil sie nicht ständig um Betroffene sind. <p><u>Ausmass der PS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Am Anfang der Laufbahn, häufig Angst zu sedieren. Mit Erfahrung kommt Sicherheit und Verantwortung mit PS umzugehen. • Grössenteils sind Teilnehmende froh, dass es PS gibt und diese angemessen angewendet wird. • Zwei Teilnehmende äusserten, dass sie sich unwohl und besorgt fühlen, wenn sie eine PS vor allem bei aufmerksamen und aktiven Betroffenen verabreichen müssen und sie so das Bewusstsein nehmen. 	
--	---	---	--

		<p><u>PS als letztes Mittel:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Teilnehmende sind überzeugt, dass PS eine gut überlegte Entscheidung von einem interdisziplinären Team ist und den Betroffenen den Übergang in den Tod erleichtert. Gleichzeitig fühlen sie sich verpflichtet die Würde der Betroffenen zu erhalten und dies geht mit PS.• Alle wissen, dass PS nicht lebensverkürzend ist	
--	--	--	--

Würdigung der qualitativen Studie: Dwyer & McCarthy (2016)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Erklärung von relevanten Begriffen des Phänomens. Lesende haben ein vollumfängliches Bild erhalten, was Palliative Care Pflegefachpersonen machen. Auch werden Vorurteile und allgemeines Unwissen gegenüber der PS, was vor allem die Euthanasie angeht, aufgezeigt anhand von evidenzbasierter Literatur.</p> <p>Das Ziel ist explizit mit dem Titel «Aim» dargestellt. Forschungsfrage wird nicht formuliert.</p>	<p>Design: Die Methode wurde speziell und passend für das Ziel ausgewählt. Passend ist, dass eine beginnende Frage gestellt wurde und nachher frei von den Erfahrungen erzählt werden konnte.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse übertragbar auf die Palliative Care Pflegefachpersonen in Irland. • Die Stichprobe ist nachvollziehbar. Jedoch könnten auch Mitarbeitende von anderen Spitälern in die Studie miteinbezogen werden, damit Ergebnisse verallgemeinert werden könnten. • Die Teilnehmenden erleben das zu beforschende Phänomen und eignen sich, da sie spezifisch von den Forschenden ausgewählt wurden. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datenerhebung wird kurz, aber präzise beschrieben. • Die Art der Interviewführung wurde sinnvoll gewählt. • Anonymisierung der Daten findet statt. • Die Methode eignet sich für das Phänomen. 	<p>Ein breites Spektrum an verschiedenen Erfahrungen von Pflegefachpersonen bezüglich der PS wird ersichtlich.</p> <p>Die vier Kernpunkte werden mit fettgedruckter Schrift hervorgehoben und jeweils mit Zitaten aus den Interviews belegt.</p> <p>Zur besseren Verständigung sind Tabellen wünschenswert, da Fliesstext unübersichtlich wirken kann.</p> <p>Die Ergebnisse beleuchten das Phänomen als Ganzes.</p>	<p>Erkenntnisreiche Studie zu Erfahrungen von Pflegefachpersonen mit der PS.</p> <p>Die Interpretation leistet einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften. Das Ziel der Studie kann durch die vier Kernpunkte vollumfänglich beantwortet werden.</p> <p>Weiterführende Aspekte und Implikationen für die Praxis werden diskutiert.</p> <p>Auch die Limitationen: Es werden nur Mitarbeitende von einem Spital befragt. Aufgrund dessen sind die Ergebnisse nicht generalisierbar.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.</p>

	<p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben.• Die Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig, da sie unabhängig von zwei Forschenden jeweils zweimal durchgeführt wurde.• Von analytischen Entscheidungen ist nichts dokumentiert. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es wird immer wieder erwähnt, dass Teilnehmende freiwillig teilnahmen und jederzeit abbrechen konnten.• Anonymität war stets gewährleistet und den Forschenden war es wichtig, dass die Teilnehmenden, falls das Interview für sie zu emotional wurde, sofort abbrechen konnten und unmittelbar professionelle Hilfe erhielten.		
--	---	--	--

Zusammenfassung der qualitativen Studie: Leboul et al. (2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel/Zweck: Das Ziel der Studie ist es Sichtweisen von Palliative Care Mitarbeitenden (PCM) über die Anwendung von Midazolam und der Palliativen Sedation (PS) und dessen Einfluss zu ermitteln.</p> <p>Begriffsdefinitionen zum Thema werden mit evidenzbasierter Literatur definiert.</p> <p>Bisherige Studien bestätigen eine Belastung der PS auf das Gesundheitspersonal.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird mit dem Verständnis der PCM über die PS und Midazolam begründet. Das Erfassen von Erfahrungen diesbezüglich der PCM ist essentiell, damit so Schwierigkeiten umgangen werden können und PCM eine gesunde Arbeitsatmosphäre gewährleistet werden kann.</p>	<p>Design: Bei der Studie wird das Design der narrativen Forschung und Grounded Theory angewendet. Es werden qualitative Diskussionen in Fokusgruppen durchgeführt und/oder narrative Erzählungen, welche von Teilnehmenden erfasst wurden, gelesen.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Institutionen werden über Studienziele informiert und müssen eine Bewilligung zur Teilnahme geben. • Die drei Fokusgruppen in den verschiedenen Settings (Palliative Care Abteilungen, Palliative Care Spital und ein Universitätsspital) bestehen aus insgesamt 28 PCM. • Alle PCM aus den unterschiedlichen Settings wurden gebeten, eine narrative Erzählung schriftlich zu verfassen. Narrativen Erzählungen wurden von 14 Personen eingereicht. Vier Personen davon, nahmen auch an den Fokusgruppen teil. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenerhebung von März-Dezember 2012. • Durchführung der Fokusgruppeninterviews mit Guide, worin besprochene Themen enthalten sind. 	<p>Sample: Die soziodemographischen Daten der Teilnehmenden der Fokusgruppen und narrativen Erzählungen werden tabellarisch präzise dargestellt.</p> <p>Ergebnisse der qualitativen Analyse:</p> <p><u>Biomedizinischer Rigor/ Ethische Aspekte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische und therapeutische Unsicherheit • Zweifel in der Symptomidentifikation • Unentschlossenheit der Vorteile des sedierenden Effektes • Ambivalenz gegenüber der Wirkung von Midazolam • Expertise in der Indikation der Anwendung von Midazolam <p><u>Beziehungsqualität Betroffene und PCM:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Affektiver (depressiver) und emotionaler Einfluss auf Mitarbeitende • Unsicherheit in der Beziehungsqualität zwischen Mitarbeitenden und Betroffenen • Priorisieren zwischen Schmerzlindeung und PS • Strategien vom Team, die das Leiden leichter machen 	<p>Die Forschenden reflektieren und fassen die wichtigsten Ergebnisse zusammen und bringen relevante Punkte auf. Dabei beziehen sie sich auf bisherige Literatur.</p> <p>Forschende diskutieren, dass die Unsicherheit bezüglich der Verabreichung von Midazolam aus ethischer Sicht diskutiert werden soll. Sie kommen dabei zum Schluss, dass eine Verbesserung von emotionaler Unterstützung zur verbesserten Zusammenarbeit führt. Dies würde einen Einfluss auf das organisatorische Level haben und bessere Resultate geben. Angeblich könnte dies mit einem MCD Programm erreicht werden, welches ein Mix aus Theorie und Praxis ist.</p> <p>Stärken aus der Sicht der Forschenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • differenzierter Aufbau und präzises Erfüllen der qualitativen Methodik unterstützen die Validität der Studie. • Methodik zur Datenerhebung • interdisziplinäre Zusammenarbeit der Forschenden • Vergleich der Resultate • Ergebnisse strikt aus den Zitaten

	<ul style="list-style-type: none"> • Fokusgruppeninterviews dauerten durchschnittlich drei Stunden. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Diskussionen und narrativen Erzählungen wurden durch drei unabhängige Personen gelesen und kodiert. • Datenanalyse wird nachvollziehbar und genau beschrieben. <p>Ethik: Die Studie wurde vom Institutional Review Boards genehmigt. In den Diskussionen werden ethische und moralische Aspekte der Anwendung von Midazolam diskutiert.</p>	<p><u>Pflege, die gewährleistet werden kann:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeit in der Unterscheidung von Wünschen der Betroffenen und dessen Manipulation • Unsicherheit: Erlöst eine Sedierung Betroffene? Wird mit der PS der Tod erwartet? (andere Wahrnehmung von PS von PCM, welche Kompetenz haben Midazolam zu injizieren und welche nicht) Was bedeutet Pflege, wenn der Betroffene sediert ist? (Viele PCM empfinden das Beisein beim Sterben als sehr wichtig) • Arbeiten mit Unsicherheiten beansprucht kreatives Teamwork und gegenseitige Unterstützung. • Unterstützung im Team in allen Phasen der Verabreichung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Stichprobe und Setting mit ähnlich organisierten Strukturen • Studie sieht einen positiven Punkt aus der Unsicherheit der Mitarbeitenden: Das Team wird zum Denken angeregt, um möglicherweise Änderungen im Team anzugehen. <p>Mangel der Studie: Ergebnisse können nicht auf andere Palliative Care Institutionen oder Länder bezogen werden. Dazu hätte die Studie mit anderen Kulturen und Settings verglichen werden müssen.</p>
--	--	---	--

Würdigung der qualitativen Studie: Leboul et al. (2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Begriffe werden mit evidenzbasierter Literatur definiert.</p> <p>Klare Beschreibung des Phänomens und der Relevanz für PCM.</p> <p>Keine Formulierung von Forschungsfrage, jedoch wird das Ziel genau beschrieben.</p> <p>Bereits vorhandene Literatur wird erläutert und Forschungslücken werden aufgeführt.</p> <p>Knappe, aber differenzierte Erläuterung von Forschungsbedarf.</p>	<p>Design: Das Fokusgruppeninterview und die narrativen Erzählungen auf der Basis der Grounded Theory eignen sich, um das Ziel der Studie zu erreichen. Bei den Fokusgruppen kann das subjektive Erleben erfasst werden. Die narrativen Erzählungen beinhalten den phänomenologischen Aspekt. Die Studie entwickelt eine Theorie zur Erklärung von Geschehnissen im sozialen Setting.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobe eignet sich, um Erfahrungen von PCM zu untersuchen. Teilnehmende haben ein breites Spektrum von Beruf, Alter und Arbeitslänge, was sich positiv auf die Aussagekraft und Generalisierbarkeit der Ergebnisse der Studie auswirkt. Somit ist anzunehmen, dass die Ergebnisse auf alle PCM in Frankreich übertragen werden können. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenerhebung wird nachvollziehbar beschrieben. • Teilnehmende hatten die Option an den Fokusgruppeninterviews teilzunehmen oder eine narrative Erzählung zu erfassen. 	<p>Es wird ein breites Spektrum von Sichtweisen aufgelistet, die nachvollziehbar sind. Die Untergruppen werden mit Zitaten belegt.</p> <p>Ergebnisse werden nicht mit bestehender Theorie verglichen.</p> <p>PCM welche keine Kompetenzen bei der Entscheidungsfindung und Verabreichung der PS haben, verfügen möglicherweise kein grosses Wissen darüber. Sie sehen den Betroffenen nur unter dessen Wirkung. Pflegerisches und ärztliches Personal haben mehr Hintergrundwissen zum Medikament und können dies verabreichen und haben die Pflicht die Wirkung zu beobachten. Möglicherweise hat die Verabreichung von Midazolam an Betroffene unterschiedliche Auswirkungen auf die PCM, abhängig vom Wissensstand und der Berufsgruppe. Es ist anzunehmen, dass nur Personen teilnehmen, bei denen das Medikament etwas auslöst. Möglicherweise gibt es Personen, welche Midazolam als «nicht belastendes Medikament» sehen, weswegen sie auf eine Teilnahme der Studie verzichten, da sie nicht interessiert sind. Diese Aussagen</p>	<p>Insgesamt eine sehr erkenntnisreiche Studie, welche besseres Verständnis über Meinungen und Wahrnehmungen von PCM gegenüber Midazolam verschafft.</p> <p>Ergebnisse werden in Diskussion erneut aufgegriffen und diskutiert.</p> <p>Limitationen werden klar aufgezeigt, da die Ergebnisse der Studie nicht auf andere Spitäler oder Länder übertragbar sind. Dies könnte möglicherweise mit dem Vergleichen von anderen europäischen Studien gemacht werden.</p> <p>Die Studie bringt einen Vorschlag des MCD Programms, welches jedoch nur erwähnt und nicht weiter ausgeführt wird.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vielfalt der Teilnehmenden in Bereichen liefert den Forschenden multiprofessionelle Aussagen und Wahrnehmungen. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die analytischen Schritte werden genau beschrieben. • Die Glaubwürdigkeit wird mit der Überprüfung von drei unterschiedlichen Lesenden aus verschiedenen Professionen gewährleistet. • Die Daten werden in einem multiprofessionellen Team diskutiert. • Daten überprüfbar aufgrund vorhandener Transkription. <p>Ethik: Eine Genehmigung der Studie wird im Text erwähnt. Ethische Fragen zum Inhalt der Studie werden in der Fokusgruppe diskutiert.</p>	<p>werden in den Ergebnissen eventuell nicht sichtbar sein.</p>	
--	--	---	--

Zusammenfassung der qualitativen Studie: Lokker et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel/Zweck: Das Ziel der Studie ist es Forschenden Erfahrungen von Pflegepersonen (PP) zu erforschen, welche Druck, Dilemma oder moralischen Distress bei der Palliativen Sedation (PS), erlebt haben.</p> <p>Es wird auf bereits vorhandene Literatur Bezug genommen, welche sich auf herausfordernde Erlebnisse in der Praxis, welche zu moralem Distress von PP führen können, beschränkt.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird damit begründet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PP spielen eine zentrale Rolle bei der Sterbephase eines Menschen. • Die PS löst in PP moralen Distress aus, weswegen erforscht werden muss, wie sie in solchen Situationen umgehen können. <p>Diese Aspekte werden noch zu wenig verstanden und müssen ausgeführt werden.</p>	<p>Design: Es wird ein qualitatives semi-strukturiertes Interview mit offenen Fragen durchgeführt. Die Fragen vom Interview basieren auf dem Fragebogen einer quantitativen Studie von den Forschenden, welche bereits durchgeführt wurde.</p> <p>Stichprobe: Bei einer vergangenen Studie mit ähnlicher Thematik, wurden Teilnehmende bezüglich der Teilnahme für eine weitere qualitative Studie befragt. 36 von 185 PP erklärten sich bereit dazu. PP arbeiten in Langzeitinstitutionen und Spitälern.</p> <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interviewfragen nehmen teilweise Bezug auf die Antworten des Fragebogens der quantitativen Studie. Der Schwerpunkt wurde auf Erfahrungen der PS gelegt. • Telefonische Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung für das Interview. • Audioaufnahme mit Bewilligung • Durchführung der Interviews innerhalb von sieben Monaten durch vier Personen mit Erfahrung im Gesundheitswesen. • Interviewdauer von 30 bis 65 Minuten 	<p>Sample: 36 Teilnehmende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 34 weiblich, 2 männlich • 14 unter 40 Jahren, 13 zwischen 40-49, 9 zwischen 50-60 • Setting: 11 Spitex, 10 Pflegeheim, 15 Spital <p>Ergebnisse der qualitativen Analyse: <u>Einschränkungen in der Durchführung der PS:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aussagen von PP in Studie: Haben Mühe mit der hierarchischen Aufteilung von ärztlichem Team und PP. Sie haben unterschiedliche Interpretationen vom Leiden der Betroffenen, welches zu Meinungsunterschieden führt. PP erleben diesbezüglich oft keine gegenseitige Akzeptanz und Meinungsgleichheit. <p><u>Druck bei der Handlung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PP verspüren Druck in der Handlung vor und während der PS. PP empfinden Unsicherheiten bezüglich der Indikation der PS. 	<p>Die Forschenden diskutieren die Schwierigkeit der Meinungsdiskrepanz zwischen dem ärztlichen Team und der PP. Folglich führt dies zu Distress und zum Gefühl der Machtlosigkeit von PP. PP möchten bei der Entscheidungsfindung miteinbezogen werden. Zudem wird von ärztlicher Seite diskutiert, dass PP Edukation in dem Thema benötigen, so würden sie die Sichtweisen des ärztlichen Personals möglicherweise besser verstehen.</p> <p>Mehrheitlich wird in die Diskussion Daten von bereits vorhandener Literatur einbezogen, welche die Daten dieser Studie ergänzen, bestätigen oder widersprechen.</p> <p>Limitation: Mangelhafte Datensättigung</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Interviewende orientierten sich an Guideline. Forschende führen monatliche Besprechungen und sind zu Beginn der Studie für ein eintägiges Training verpflichtet. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Analyseverfahren entspricht Kodifizierverfahren, welches genau beschrieben wird.• Ausgewählte Zitate repräsentieren Ergebnisse.• Keine Bezugnahme zur Datensättigung. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none">• Genehmigung durch holländische Ethikkommission• Besprechung von ethischen Themengebieten bei den Interviews.		
--	---	--	--

Würdigung der qualitativen Studie: Lokker et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Rückgriff und Einbezug von bisherigen Studien.</p> <p>Ziel und Zweck der Studie wird genau erklärt.</p> <p>Einleitung begründet sachlich Forschungslücken und Relevanz des Zielles der Studie.</p> <p>Begriffsdefinitionen mit evidenzbasierter Literatur.</p>	<p>Design: Das Design eignet sich die Forschungsfrage zu beantworten. Durch offene Fragen haben Teilnehmende Freiheit zu berichten.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobe eignet sich Erfahrungen von PP zur PS zu untersuchen. • Stichprobe sinnvoll aus vorheriger Studie gewählt mit inhaltlichem Aufbau. Durch qualitatives Design Möglichkeit zur Vertiefung der eignen Gedanken. • Daten können auf niederländische Bevölkerung bezogen werden. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anonymisierung findet statt. • Datenerhebung sinnvoll und nachvollziehbar beschrieben. • Auflistung von Themengebieten des Interviews, aber nicht genauer erklärt. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kodifizierverfahren wird nachvollziehbar beschrieben. • Keine Stellungnahme zur Datensättigung • Erhöhung der Glaubwürdigkeit durch Auswertung von mehreren Fachpersonen. 	<p>Sample: Die Informationen der Teilnehmenden werden tabellarisch dargestellt. Die Einteilung der Altersgruppen macht wenig Sinn: Unklar weswegen die Altersgruppen zwischen 40-50 und 50-60-jährigen aufgeteilt sind. Könnte in eine Altersgruppe definiert werden.</p> <p>Ergebnisse der qualitativen Analyse: Es werden vor allem die hierarchische Schwierigkeit und Meinungsdiskrepanz zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal besprochen. Dieses Themengebiet wird differenziert aufgeführt und mit Zitaten belegt.</p> <p>Die Studie zeigt eine andere Herausforderung, welche PP in Zusammenhang mit der PS haben.</p>	<p>Die Studie ermöglicht eine differenzierte Darstellung aus der Sichtweise von PP. Auch wird reflektiert, welche Handlungen den Distress von PP reduzieren und verbessern können.</p> <p>Das Einbeziehen von vielen anderen Studien in die Diskussion wirkt verwirrend. Es scheint als müssten die Ergebnisse mit weiteren Daten belegt werden. Dies wird in den Limitationen angesprochen, dass die Datensättigung mangelhaft ist.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.</p>

	Ethik: <ul style="list-style-type: none">• Teilnehmende hatten die Freiheit zur selbstständigen Entscheidung von Ort und Zeitpunkt des Interviews.• Eine Genehmigung von Ethikkommission wird aufgeführt.		
--	---	--	--

Zusammenfassung der qualitativen Studie: Perez et al. (2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel/Zweck: Das Ziel der Studie ist es Arbeitserfahrungen von Palliative Care Mitarbeitenden (PCM) zu untersuchen. Daraus sollen herausfordernde Aspekte der Palliative Care und Coping Strategien zur Bewältigung von Stressfaktoren erforscht werden.</p> <p><i>und</i> Das Erforschen von wichtigen Schulungsbedürfnissen und -fähigkeiten, welche für die nächste Studienphase dienen sollen. Mit diesen kann ein Resilienzprogramm entwickelt werden.</p> <p>Das Phänomen der Stressfaktoren, Coping Strategien und Trainingsmethoden bei PCM soll erforscht werden.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass sowohl wenig über Präventionsinterventionen zu Burnout als auch zur Resilienzförderung bekannt ist.</p>	<p>Design: Das qualitative semistrukturierte interviewbasierte Design eignet sich, um das Ziel der Studie zu erreichen.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobenauswahl durch die Anzahl der Personen, die sich zur Verfügung stellten. Interessierte Personen bekommen die Möglichkeit sich genauer über die Studie zu informieren. • Einverständnis von 15 klinischen PCM zur Teilnahme. Tabellarische Darstellung der demographischen Herkunft der Teilnehmenden. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung von semistrukturierten Interviews mit offenen Fragen • Durchführung durch Sozialarbeitende mit Erfahrung • Dauer durchschnittlich 30 Minuten, Aufnahme mit Audiogeräten und anschließende Transkription • Keine Angaben zum Zeitraum • Informierung bei einer Sitzung im Spital in Boston. Versenden von E-Mail mit Erklärung von Zweck der Studie. Interessierte durften sich genauer über Studie informieren. • Schriftliches Einverständnis zur Teilnahme 	<p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drei PCM und zwölf PCM aus einem Spital in Boston. • Ärztliches Personal, Pflegefachpersonen und Sozialarbeitende mit unter einem Jahr Arbeitserfahrung bis zehn Jahren Arbeitserfahrung. <p>Verschiedene Stressfaktoren, Coping Strategien und die von den Teilnehmenden erwünschten Schulungsbedarf und Präferenzen werden in Form von Fließtext und Transkript-Ausschnitten in Tabellen dargestellt:</p> <p><u>Systematische Stressoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • limitierte Ressourcen • konkurrierende Rollenanforderung • widersprüchliche Erwartungen • unvorhersehbare Zeitpläne <p><u>Patientinnen- oder Patientenzentrierte Stressoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Intensität der Fälle • Umgang mit Betroffenen- und Familien-erwartungen <p><u>Persönliche Stressoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grenzen setzen • Grenzen erkennen und akzeptieren <p><u>Coping Strategien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Körperliche Selbstversorgung 	<p>Die Forschenden fassen Punkte zusammen, welche bei PCM Distress auslösen, welche somit auch ein Risiko für das Burnout Syndrom sein können. Auch werden Coping Strategien zusammengefasst, die von den Teilnehmenden erläutert werden.</p> <p>Zudem können die Forschenden Ergebnisse aus bereits existierender Literatur mit den Ergebnissen dieser Studie bestätigen.</p> <p>Implikationen für zukünftige Forschung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufzeigen der Bedeutung der verschiedenen Stressreize in den unterschiedlichen Berufsgruppen • Personal befragen, welche aufgrund Distress oder Burnout, die Arbeit aufgegeben haben. • Personal aus verschiedenen Settings befragen, somit könnte man Unterschiede in den verschiedenen Settings vergleichen.

	<p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung von Kodierstruktur durch zwei Forschende, welche bereits Erfahrung in qualitativer Methodik besitzen • Datenanalyse wird präzise beschrieben. • Aussagen können mit Transkriptionen verglichen werden. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aus dem Text wird nicht ersichtlich, ob eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt wurde. Jedoch wird beschrieben, dass die Durchführung der Studie durch die Institution genehmigt wurde. • Es werden keine ethischen Fragen von den Forschenden erläutert oder diskutiert. Die Befragten mussten eine schriftliche Erlaubnis zur Teilnahme geben. 	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale und körperliche Distanzierung • Soziale und emotionale Unterstützung <p><u>Schulungsbedarf und Präferenzen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mind-Body-Skillstraining • Kognitive Fähigkeiten • Stressaufklärung • Schnelle Strategien zur Umsetzung im schnelllebigen Alltag • Resilienz stärken 	
--	--	--	--

Würdigung der qualitativen Studie: Perez et al. (2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Erklärung von relevanten Begriffen des Phänomens. Auswirkungen, wie beispielsweise der Begriff <i>Burnout</i> wird mit evidenzbasierter Literatur erklärt.</p> <p>Forschungsfrage ist nicht vorhanden, jedoch klare Zielformulierungen.</p> <p>In der Einleitung wird sachlogisch und nachvollziehbar die Forschungslücke begründet und damit die Relevanz der Ziele.</p> <p>Nur kurze, aber differenzierte Einleitung in Rahmen- und Bezugstheorien mittels einer Literaturrecherche zum aktuellen Stand der Forschung.</p>	<p>Design: Qualitative semistrukturierte Interviews erscheinen für die Studie als passend und eignen sich das Ziel der Studie zu erreichen. Passend ist, dass offene Fragen gestellt werden und die Teilnehmenden somit die Freiheit zu erzählen haben.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse übertragbar auf PCM im Spital in Boston. • Die Stichprobe ist nachvollziehbar. • Die Interviews stammen von multidisziplinären Mitarbeitenden. So sind die Aussagen nicht spezifisch auf eine Berufsgruppe übertragbar, sondern auf Gesundheitsfachpersonal, welches in der Palliative Care tätig ist. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datenerhebung wird kurz aber präzise beschrieben. • Die Art der Interviewführung wurde sinnvoll gewählt. • Anonymisierung der Daten findet statt. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datenanalyse und die einzelnen Schritte werden klar und nachvollziehbar beschrieben. 	<p>Ein breites Spektrum an verschiedenen Stressoren, Coping Strategien, Schulungsbedarf und Präferenzen, die aus den Interviews ersichtlich wurden, werden klar und differenziert aufgezeigt. Dies führt zu einer ganzheitlichen Sicht auf das Phänomen.</p> <p>Deutliche Präsentation von Zitaten aus Interviews in einer Tabelle, mit übersichtlichem Titel und Untertitel zur klaren Verständigung. Zu Beginn des Ergebnisteils wird auf die Tabelle hingewiesen und erläutert, was der Zweck der Tabelle ist.</p> <p>Die Studie erweitert zum einen bereits bestehende Forschungen zu verschiedenen Stressoren und Coping Strategien. Erforscht zusätzlich aber auch bisher wenig erforschte Themen zu Schulungsbedarf und Präferenzen.</p> <p>In der Rubrik <i>Schulungsbedarf und Präferenzen</i> wird in dieser Studie lediglich aufgezeigt, was sich die Teilnehmenden wünschen. Umsetzbare Strategien werden jedoch noch daraus keine resultiert.</p>	<p>Sehr erkenntnisreiche Studie zu Stressfaktoren und Coping Strategien in der Palliative Care mit geeigneter Methodik. Gelungene Gruppierung der Ergebnisse, welche übersichtlich klar dargestellt werden. Die Ergebnisse sind essentiell für die Praxis und relevant für alle PCM.</p> <p>Weiterführende Aspekte und Implikationen für die Praxis werden diskutiert. Auch die Limitationen: Es werden nur Mitarbeitende von einem Spital befragt. Aufgrund dessen sind die Ergebnisse nicht generalisierbar.</p> <p>Zum Resilienzprogramm trägt die Studie wenig bei. Es werden Coping Strategien und Wünsche für ein Resilienzprogramm von PCM aufgeführt, wie in der Einleitung erwähnt wird. Jedoch wird das Programm in dieser Studie nicht entwickelt. Lesende haben somit eine Wissenslücke, was schade ist.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Die Glaubwürdigkeit wurde durch das Überprüfen von drei verschiedenen Kodierenden unabhängig voneinander sichergestellt.• Direkte Aussagen von Teilnehmenden zu den einzelnen Untergruppen werden in einer Tabelle zitiert. Mit dessen Hilfe sind analytische Entscheidungen überprüfbar. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none">• Es wird eine schriftliche Zustimmung von den Teilnehmenden verlangt, somit wird die Vulnerabilität der Teilnehmenden berücksichtigt. Dies zeugt von ethischer Verantwortung im Forschungsprozess.• Eine Zustimmung einer Ethikkommission fehlt im Text, jedoch wird erwähnt, dass das Spital in Boston eine Zustimmung gegeben hat.		
--	--	--	--

Zusammenfassung der qualitativen Studie: Raus et al. (2014)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfragen/ Ziel</p> <p>Wie berichtet das ärztliche Team, Pflegefachpersonen und Angehörige über den Umgang mit den emotionalen Auswirkungen einer kontinuierlichen Palliativen Sedation (kPS) bis zum Tod?</p> <p>und</p> <p>Wie hängt dies mit ihrem Verständnis ihrer eigenen moralischen Verantwortung zusammen?</p> <p>Das Ziel ist auch, den Fokus auf das alltägliche moralische Denken der Teilnehmer herauszufinden.</p> <p>Das Phänomen die Fähigkeit der Pflegefachpersonen mit täglicher kPS umgehen zu können, soll erforscht werden.</p> <p>Verschiedene Begriffe für die kPS werden aufgezählt und sowohl die intermittierende Palliative Sedation als auch die kPS werden angesprochen, jedoch mit Beschränkung auf die kPS. Auch der Vergleich mit der Euthanasie wird erwähnt.</p>	<p>Design: Qualitative Studie mit semi-strukturierten Interviews mit ärztlichem Team, Pflegefachpersonen und Angehörigen, die kürzlich in die Pflege eines sedierten Menschen involviert waren.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einige Teilnehmende waren an mehreren Fällen beteiligt, so dass insgesamt 82 Befragungen vom ärztlichen Team, 78 von Pflegefachpersonen und 32 Fragen von Angehörigen kamen. • Alle Institutionen inkl. Heimbetreuung mit kPS ausser Altersheim wurde eingeschlossen. • Keine Angaben über Stichprobenziehung. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausführliche Methodik wird in anderem Dokument erklärt. • Infoblatt an Teilnehmende mit schriftlicher Zustimmung. Konnten jederzeit abbrechen. • Forschende hatten keinen Zugang zu Patientinnen oder Patienten von Spital, deshalb musste das ärztliche Team unmittelbar melden, wenn passender Fall vorlag. • Semistrukturierte Interviews, mit Hilfe eines «aide-memoire» wurden 	<p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientinnen und Patienten mussten mind. 18 Jahre alt sein, an Krebs leiden und unter kPS gestorben sein. • 57 Ärztinnen und Ärzte, 73 Pflegefachpersonen und 34 Angehörige aus Vereinigtem Königreich, Niederlande und Belgien <p>Verschiedene Erfahrungen mit kPS werden in Form von Fliesstext und Transkript-Ausschnitten dargestellt: Teilnehmende berichten über verschiedene «Nähe» und dass diese von Bedeutung ihren Erfahrungen und Auswirkungen ist.</p> <p><u>Emotionale Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vor allem Angehörige und Pflegenden verspürten grosse emotionale Nähe, da sie ununterbrochen die Betroffenen betreuen. • Pflegenden verspüren vor allem emotionale Nähe, wenn sie persönliche Bindung zu Betroffenen verspüren oder wenn sie sich selbst identifizieren können. • Besser emotional abgrenzen, wenn <i>professionell</i> bleiben und nicht als emotionale Menschen, sondern als professionelle Fachperson sehen. 	<p>Die Forschenden sehen in vielen Ergebnissen Kongruenz mit anderen Studien. So etwa, dass die physische und kausale Nähe durch Sprache reduziert werden kann, wodurch auch die moralische Verantwortung sinkt. Bandura beschreibt dies als <i>moralische Loslösung</i>. Das heisst, die Teilnehmenden verwenden bewusste Sprachtechniken, dass sie nicht verantwortlich für den Tod oder die kPS sind.</p> <p>Beispiele: kPS lässt Prozess des Sterbens auf natürliche Weise zu oder dass die kPS eine Teamentscheidung oder die Verfolgung von Richtlinien ist. Dieses moralische Desengagement wird von Bandura bestätigt.</p> <p>Implikationen für zukünftige Forschung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Belastung soll künftig nicht als <i>zum Beruf gehörend</i> angesehen werden. Pflegenden und ärztlichem Team soll die Möglichkeit gegeben werden, den Stress im Nachhinein zu reduzieren. Pflegenden soll auch die Möglichkeit gegeben werden, sich auch einmal nicht in einen für sie persönlich riskanten Fall zu involvieren.

	<p>zwischen Januar 2011 und Mai 2012 durchgeführt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anonymisierung und Transkription der Interviews. Niederländische und belgische Interviews wurden von professionellen Übersetzenden ins Englische übersetzt. • Wichtige Zitate und Abschnitte wurden «double-checked» von Forschenden und auf deren Sprache und Interpretation überprüft. • Eigenes Schema (Vier-Punkte-Schema über Closeness) <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daten werden durch die konstante Vergleichsmethode von NVIVOTM analysiert. • Zuerst offene Codierungen durchgeführt, gefolgt von einem grösseren Codierungsbaum, der Codes zu grösseren Themen und Kategorien zusammenfasste. • Codierung wurde von einer forschenden Person durchgeführt und anschliessend unabhängig von anderen Forschenden geprüft. • Zusammenfassen der Codes zu grösseren Kategorien führte zu einem von ihnen entwickelten Vier-Punkte-Schema. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen und in Bezug auf 	<p><u>Physische Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Physische Nähe beeinflusst die emotionale Nähe und betrifft häufig Pflegende und Angehörige, da diese in die tägliche Pflege physisch involviert sind. • Besserer Umgang mit kPS wenn erfolgreich ist und kein Leiden mehr besteht. • Um emotionale Nähe zu unterbinden, vermeiden Pflegende physische Nähe, wenn sie genau wissen, dass sie sich in eine Situation sonst zu fest involvieren könnten. <p><u>Entscheidungsnähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidung ob kPS durchgeführt wird oder nicht, kommt von ärztlichem Personal. • Interprofessionelles Team findet jedoch, dass von Betroffenen selbst aus kommt. • Coping-Strategie: Sie entscheiden als Team und darin sind alle, die in Fall involviert sind. Macht es einfacher, wenn nicht alleine entscheiden. • Coping-Strategie: Keine andere Möglichkeit. Für Teilnehmende, die für Protokoll und Überwachung des Verfolgens der Vorschriften verantwortlich sind, können besser abgrenzen, wenn sie sich sagen, dass 	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung moralischer Verantwortung soll künftig mehr erforscht werden.
--	--	--	---

	<p>ethische und soziologische Theorien untersucht.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anonymisierung der Interviews • Vertrauliche Daten von Patientinnen und Patienten wurde nur durch die Teilnehmenden gegeben. Forschende hatten keinen generellen Zugriff auf die Daten der Institutionen. • Die Studie wurde vom Institutional Review Boards genehmigt. 	<p>sie lediglich die Vorschriften verfolgen.</p> <p><u>Kausale Nähe:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidende und kausale Nähe beeinflussen eigene moralische Verantwortung. • Coping-Strategie: kPS begleitet nur Sterbeprozess und ist weder lebensverkürzend, noch hat es etwas mit Euthanasie zu tun. • Zeitpunkt zwischen Erstinjektion und dem Sterbezeitpunkt ist wichtig. Viele fühlen sich für den Tod verantwortlich, wenn der sterbende Mensch innert kürzester Zeit stirbt. <p>Coping-Strategie: Vorzüge der kPS vor Leid stellen. Privileg kPS durchführen, da es Leid verhindert.</p>	
--	--	--	--

Würdigung der qualitativen Studie: Raus et al. (2014)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Erklärung von relevanten Begriffen des Phänomens. Lesende haben ein vollumfängliches Bild erhalten, was die unterschiedlichen Sedierungen sind und der Vergleich zur Euthanasie wurde aufgezeigt.</p> <p>Die Studie greift ein Thema, welches für die Pflege von grosser Bedeutung ist, auf.</p> <p>In der Einleitung wird sachlogisch und nachvollziehbar die Forschungslücke begründet und damit die Relevanz der Ziele.</p> <p>Differenzierte Einleitung in Rahmen- und Bezugstheorien mittels einer Literaturrecherche zum aktuellen Stand der Forschung.</p>	<p>Design: Qualitative semistrukturierte Interviews erscheinen für die Studie als passend und eignet sich die Forschungsfrage zu beantworten. Passend ist, dass offene Fragen gestellt werden und die Teilnehmenden somit die Freiheit zu erzählen haben.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keine Begründung zur Stichprobenauswahl • Ergebnisse übertragbar auf interprofessionelle Teams und Angehörige aus Vereinigtem Königreich, Niederlande und Belgien in der Palliative Care. • Angepasste Samplegrösse, was zu differenzierten Ergebnissen führt. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einzelne Schritte über Vorgehensweisen werden aufgezeigt. • Passendes selbsterstelltes Schema, das für Datenerhebung geeignet ist. • Anonymisierung der Daten findet statt. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlinkung auf vollständige Methodik in separatem Dokument. Jedoch hier auch schon grösstenteils präzise Angaben. 	<p>Ein breites Spektrum an verschiedenen Erfahrungen mit unterschiedlicher Nähe und Coping Strategien werden klar und differenziert aufgezeigt. Dies führt zu einer ganzheitlichen Sicht auf das Phänomen.</p> <p>Die einzelnen Kategorien sind jeweils mit mehreren Zitaten aus den Interviews bestätigt. Sie sind logisch und inhaltlich unterscheidbar und beantworten zusammen die Fragestellungen vollumfänglich.</p> <p>Wünschenswert wäre eine oder mehrere Tabellen gewesen, zur übersichtlicheren Darstellung der Ergebnisse.</p>	<p>Erkenntnisreiche Studie zu Erfahrungen und Coping Strategien des ärztlichen Teams, Pflegefachpersonen und Angehörigen im Palliative Care Setting, mit geeigneter Methodik. Differenzierte Ergebnisse, welche essentiell für die Praxis und relevant für alle Palliative Care Mitarbeitende und Angehörige sind.</p> <p>Weiterführende Aspekte und Implikationen für die Praxis werden diskutiert, vor allem bezüglich Wahrnehmung der moralischen Verantwortung.</p> <p>Limitationen werden nicht erwähnt.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgehen der Datenanalyse ist eher komplex und schwer nachvollziehbar beschrieben. • Analytischen Schritte sind detailliert beschrieben und die Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig. • Glaubwürdigkeit der Analyse wurde sichergestellt, indem mehrere voneinander unabhängige Forschende die einzelnen Codes überprüften und analysierten. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung der Ergebnisse mit anderen Studien auf ethische und soziologische Theorien. • Über die gewährleistete Anonymität und Vertraulichkeit wurde gesprochen und dass die Forschenden keinen expliziten Zugriff auf die Daten der Institutionen und somit der Teilnehmenden hatten. • Genehmigung durch eine Ethik Kommission 		
--	---	--	--

Zusammenfassung der qualitativen Studie: Zambrano et al. (2014)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Forschungsfrage/Ziel: Welche Erfahrungen machen das ärztliche Team im Palliative Setting im Umgang mit Tod und Sterben? Welche Auswirkung hat das auf sie und was für Bewältigungsmechanismen haben sie? Das Ziel ist es, herauszufinden, wie das ärztliche Team ihre Arbeitserfahrungen in ihr tägliches Leben integrieren.</p> <p>Das Phänomen der Erfahrungen, Coping Strategien und Auswirkungen von Sterben und Tod soll erforscht werden.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass wenig darüber bekannt ist, wie das ärztliche Team im Palliativen Setting ihre Erfahrungen in ihr Alltagsleben einbringen.</p>	<p>Design: Es handelt sich um einen qualitativen Forschungsansatz.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zweckmässige Probeannahmetechnik • Durchschnittlich 28 Jahre Berufserfahrung • Zuerst acht Teilnehmende eingeladen, jedoch nur sieben interviewt, aufgrund der Datensättigung <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwischen Mai und September 2010 wurde in Beratungsräumen der Teilnehmenden individuelle, offene und semistrukturierte und eingehende Interviews durchgeführt. • Interviews wurden aufgezeichnet und verbatim transkribiert. Sie dauerten durchschnittlich 56 Minuten. • Zur Gewährleistung des methodischen Rigors und der Vertrauenswürdigkeit wurden die Transkripte deidentifiziert, zur Wahrung der Vertraulichkeit und Anonymität. • Teilnehmende gaben ihre Zustimmung • Während des ganzen Forschungsprozesses wurde ein Audit trail geführt. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenanalyse ist iterativ. 	<p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zwei Medizinerinnen und fünf Mediziner, die alle in der gleichen Stadt arbeiten. • Alle arbeiten in Palliative Care Pflegediensten und praktizierten und beobachteten teils religiöse Überzeugungen <p>Ergebnisse sind mit Rückschlüssen aus den Interviews zusammengefasst und zu jedem Ergebnis und dessen Unterkapitel, ist anschliessend ein Zitat aus einem Interview in einer Tabelle aufgeführt. Ergebnisse wurden in drei Kernthemen aufgeteilt.</p> <p><u>Mit den Sterbenden sein:</u> <i>Beziehung:</i> Nähe der Beziehung kommt auf die Länge der Betreuung und die Intensität der Beteiligung am Fall darauf an. <i>Präsent sein:</i> Vorteil für Teilnehmende, wenn Betroffene früh kennenlernt. Somit bekommen sie ein ganzheitliches Bild. <i>Beerdigung:</i> Für gewisse Teilnehmende Gelegenheit, um mit Fall abzuschliessen und würdigen. <i>Zeit:</i> Teilnehmende haben mehr Zeit für Betroffene als andere Berufsgruppen und können sich daher auch auf</p>	<p>Die Forschenden vergleichen ihre Ergebnisse mit evidenzbasierter Literatur.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich fühlen sich wohl im Beruf, trotz Vulnerabilität. Erleben so auch persönliches Wachstum durch den Kontakt mit Betroffenen und erfahren Zufriedenheit. • Gegenseitiges unterstützendes Team ist von grosser Bedeutung. • Sinnesfindungen helfen, um täglich mit Sterben und Tod umzugehen. • Selbstbewusstsein ist ein Ansatz der Selbsterkenntnis und des Doppelbewusstseins. Es ermöglicht dem ärztlichen Team, sich auf die Bedürfnisse der Betroffenen und die Einstellung der Praxis zu konzentrieren und sich gleichzeitig ihrer eigenen Einstellung in Bezug auf ihre Begegnungen mit Betroffenen bewusst zu sein. <p>Implikationen für zukünftige Forschung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kulturelle und räumliche Unterschiede in quantitativer Forschung • Forschung mit pensionierten Ärztinnen und Ärzten durchführen, um zu erforschen, was früher möglicherweise zu Burnout geführt hat.

	<ul style="list-style-type: none"> • Transkripte wurden durch NVivo 8 thematisch analysiert. Sie wurden durch alle Forschenden zur Codierungsübereinstimmung überprüft. Alle weiteren Interpretationen und Codierungen wurden von Forschenden individuell vorgenommen. • Themen der Ergebnisse wurden von allen Autorinnen und Autoren diskutiert und vereinbart. • Die Überprüfung der Themen der Ergebnisse wurden durch zwei Forschende durchgeführt. • Die Transkripte wurden den Teilnehmenden zur Validation zugeschickt. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transkripte wurden anonymisiert um die Vertraulichkeit zu wahren und den Teilnehmenden zur Validation zugeschickt. • Genehmigung der Ethikkommission University of Adelaide Human Research Ethics Committee wurde eingeholt. 	<p>Aspekte ausserhalb der Krankheit konzentrieren.</p> <p><u>Mit Sterben und Tod konfrontiert sein (positive und negative Aspekte):</u></p> <p><i>Emotionale Reaktionen:</i> Traurigkeit, Erleichterung, Weinen, selten Schuldgefühle. Erleben von Trauer ist auf professioneller Ebene und unterscheidet sich von tief empfundenen persönlichen Verlusten</p> <p><i>Mit den Betroffenen identifizieren</i> <i>An den Tod erinnert werden</i> <i>Bewunderung erhalten - in Gefahr von</i> <u>Anpassung an die Auswirkung von Sterben und Tod:</u> Negative Aspekte ihres Berufes spielten die Teilnehmenden herunter, in dem sie an die positiven Erfahrungen denken.</p> <p><i>Sinnfindung:</i> biologische, religiöse (auch Leben nach Tod) Ansicht.</p> <p><i>Professionelle Unterstützung:</i> Gut, wenn sie mit Teammitglieder austauschen konnten, führt zu engem Kontakt.</p> <p><i>Emotionsfokussierte Bewältigung:</i> Teilnehmenden half es Beziehungen zu Betroffenen aufzubauen und dabei Grenzen halten. Coping-Strategie: Beten.</p> <p><i>Problemfokussierte Bewältigung:</i> Bewusstsein ihres psychischen Wohlbefindens und das Streben nach Work-Life-Balance ist von grundlegender Bedeutung, um diese zu erreichen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antworten sind sehr homogen und deshalb spiegeln Ergebnisse die Philosophie der Pflege in der Palliative Care. Kann als zukünftigen Leitfaden für Forschungsarbeiten in diesem Bereich genommen werden. • Auswirkungen von Beerdigungsbesuch mehr erforschen.
--	--	---	--

Würdigung der qualitativen Studie: Zambrano et al. (2014)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Erklärung von relevanten Begriffen des Phänomens. Lesende haben ein vollumfängliches Bild erhalten, was ärztliches Team im Palliative Setting machen und was Vor- und Nachteile in der Palliative Care sind.</p> <p>Die Forschungsfrage und das Ziel werden präzise formuliert.</p> <p>In der Einleitung wird sachlogisch und nachvollziehbar die Forschungslücke begründet und damit die Relevanz der Forschungsfrage und Ziele.</p> <p>Nur kurze, aber differenzierte Einleitung in Rahmen- und Bezugstheorien mittels einer Literaturrecherche zum aktuellen Stand der Forschung.</p>	<p>Design: Der qualitative Forschungsansatz mit den individuell, offenen und halbstrukturierten Interviews erscheinen passend.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobenziehung ist nur oberflächlich dargestellt. • Stichprobe ist klein, jedoch haben die Forschenden aufgrund der Datensättigung sieben von acht Interviews durchgeführt, daher ist es laut Forschenden ausreichend. • Stichprobe ist nachvollziehbar. Jedoch könnten auch Mitarbeitende von anderen Spitälern in die Studie miteinbezogen werden, damit Ergebnisse verallgemeinert werden könnten. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rigor in der Vorgehensweise ist explizit dargestellt und klar beschrieben. • Datensättigung wird diskutiert und dementsprechend Anpassungen in der Anzahl der Teilnehmenden gemacht. • Anonymisierung der Daten findet statt. 	<p>Ein breites Spektrum an verschiedenen Erfahrungen, Auswirkungen und Coping Strategien in Bezug auf Sterben und Tod sind durch die Antworten der Interviews ersichtlich. Dies führt zu einer ganzheitlichen Sicht auf das Phänomen.</p> <p>Deutliche Präsentation von Zitaten aus Interviews in einer Tabelle, mit übersichtlichen Titel und Untertitel zur klaren Verständigung. Zu Beginn des Ergebnisteils wird auf die Tabelle hingewiesen und erläutert, was der Zweck der Tabelle ist.</p>	<p>Sehr erkenntnisreiche Studie zu Erfahrungen, Auswirkungen und Coping Strategien in Bezug auf Sterben und Tod mit geeigneter Methodik. Gelungene Gruppierung der Ergebnisse, welche übersichtlich klar dargestellt werden. Die Ergebnisse sind essentiell für die Praxis und relevant für ärztliches Team und Pflegende.</p> <p>Weiterführende Aspekte und Implikationen für die Praxis werden diskutiert. Auch die Limitationen: Es werden nur Mitarbeitende von einer Stadt befragt. Aufgrund dessen sind die Ergebnisse nicht generalisierbar.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.</p>

	<p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar beschrieben. Analysemethoden von Literaturen werden entsprechend referenziert.• Analytischen Schritte werden genau beschrieben.• Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig. Glaubwürdigkeit wird durch die anonymisierten Transkripte gewährleistet. Die Überprüfung der Themen der Ergebnisse werden durch zwei Forschende durchgeführt. Transkripte werden den Teilnehmenden zur Validation zugeschickt. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none">• Methodischer Rigor und Glaubwürdigkeit wird diskutiert• Genehmigung durch Ethikkommission• Sonst keine ethischen Fragen diskutiert.		
--	---	--	--

Zusammenfassung der Mixed-Method Studie (Quantitativer Ansatz): Zuleta-Benjumea et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel/Zweck: Das Ziel der Studie ist es die Wahrnehmung der Rolle, des Wissensstandes, von den Fähigkeiten und den emotionalen Einfluss von Pflegefachpersonen (PP) bezüglich der Palliativen Sedation (PS) zu erforschen.</p> <p>Der Forschungszweck wird damit erklärt, dass vor allem Wissen aus entwickelten Ländern erforscht wurde. Die Verwendung von PS wird stetig steigen, weswegen Forschungsbedarf in der Rolle von PP besteht. Zudem sind positive Aspekte der PS noch zu wenig bekannt.</p> <p>Es werden Fakten aus bisheriger Literatur aufgeführt und Fachbegriffe definiert. Das Verständnis und Wissen zum aktuellen Stand der PS wird aufgezeigt.</p>	<p>Design: Die quantitative als auch qualitative Ansätze eignen sich, um das Ziel der Studie zu erreichen. Die Kenntnisse über PS und das Vertrauen in Bezug auf die PS wurde quantitativ erforscht.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 41 Teilnehmende. Sie wurden eingeladen und mussten eine schriftliche Zustimmung geben. Tabellarische Darstellung der soziodemographischen Herkunft. <p>Datenerhebung/Messverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datensammlung zwischen Februar und August 2015. • Selbstentwickeltes Instrument von den Forschenden, da in der Literatur kein passendes gefunden wurde. Zweiteilig: 1. Teil Fragebogen zur Bewertung des Wissensstandes über PS und 2. Teil zur Untersuchung des Vertrauensniveaus in Bezug auf Kenntnisse und Fähigkeiten über PS. • Instrument von drei unabhängigen Palliative Care Mitarbeitenden mit Expertise. Überprüfung der Angemessenheit, Reliabilität und Validität. Zuverlässigkeit als hohe interne Konsistenz festgestellt (Cronbach α 0.92) 	<p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 41 Teilnehmende, Frauen in Mehrzahl, Durchschnittsalter 32, durchschnittliche Arbeitserfahrung 7,5 Jahre, Betreuung von mindestens sechs oder mehr Betroffenen, die PS benötigten. Demographische Details werden tabellarisch veranschaulicht. • Teilnehmende waren aus drei verschiedenen Spitälern aus Kolumbien. Teilnehmende arbeiten in verschiedenen Bereichen einer Palliative Care Unit (Erwachsene, Kinder, Intensivstationen und Onkologie) • Teilnahmebedingungen: PP sein und mindestens drei Betroffene unter PS betreut zu haben <p>Ergebnisse der quantitativen Analyse: (werden tabellarisch dargestellt)</p> <p>Wissensstand:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittsresultat vom Wissensstand ist 74%. Stärken: Konzept von der PS, Überwachung, Nebenwirkungen. Schwächen: Indikation, Entscheidungstreffung, verwendete Medikamente. • Durchschnittsresultat in Selbstsicherheit von PS ist mittel-hoch. 	<p>Ergebnisse werden mit evidenzbasierter Literatur verglichen und es zeigt sich, dass Teilnehmende ihr Wissen vermehrt durch Erfahrungen erhalten, nicht aber durch die Ausbildung. Dieses Wissen fehlt.</p> <p>Teilnehmende, die die PS als Euthanasie ansehen, sind emotional belastet bei der Anwendung.</p> <p>Das Wissen, dass PS als wichtige Therapie zur Verbesserung von refraktären Symptomen ist, ist für eine optimale Pflegerolle erforderlich.</p> <p>Teilnehmende haben Gefühle von Traurigkeit, Unsicherheit aber gleichzeitig auch von Wohlbefinden, wenn sie das Leiden lindern können.</p> <p>Emotional schwieriger, wenn man Betroffenen physisch und emotional nahe stand.</p> <p>Teilnehmende haben gelernt damit umzugehen.</p> <p>Vergleich mit anderer Studie, dass mangelnde Ausbildung und unzu-</p>

	<p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daten mit dem Statistical Package for Social Science, SPSS Version 20.0 analysiert. • Für kontinuierliche Variablen Mittelwert, Median, Standardabweichung und Perzentile. • Für kategoriale Variablen absolute und relative Häufigkeiten. • Verwendung von nichtparametrischen Statistiken bei Stichprobengrösse, um Beziehungen zwischen Variablen zu erforschen (Soziodemographie, Wissenstand und Vertrauen zu PS) • Vergleiche zwischen Gruppen mit Kruskal-Wallis- und Mann-Whitney-U-Test. • Korrelationsanalyse mit Spearman ρ-Test. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung von der Ethical Committees of the University und jeder Institution. • Bewahren von ethischen Grundprinzipien: Autonomie, Fairness und Wahrung der Integrität der Teilnehmenden. Nur Forschende hatten Zugang auf Antworten und zu den Fokusgruppen. Alle Teilnehmenden gaben für beide Methodikansätze einzeln ihre Zustimmung. 	<p><u>Korrelation der Variablen:</u> Signifikante Korrelationen (p-Wert <0.05):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alter und Arbeitserfahrung in Jahren • Wissensstand und Indikationen, Entscheidungsfindung, Überwachen, Medikation • Medikation und Indikation • Selbstsicherheit, Wissensstand und Fähigkeiten • Alter mit Selbstsicherheit in Fähigkeiten • Arbeitserfahrung und Selbstsicherheit in Fähigkeiten <p>In den restlichen Variablen wurde keine signifikante Korrelation festgestellt.</p> <p><u>Gruppenvergleiche:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Auf onkologischen und anderen Abteilungen hatten Mitarbeitende einen höheren Wissensstand über Medikamente • Auf Intensivabteilungen mehr Wissen über die Auswirkungen von Medikamenten • PP, welche über 15 Betroffene mit PS betreut haben, fühlten sich allgemein sicher in Fachwissen und Fähigkeiten. • PP in Ausbildung hatten mehr Wissen über Medikamente. 	<p>reichende Kenntnisse auch in der Kommunikation wichtige Hindernisse für Pflege am Lebensende sind.</p> <p>Mehr Schulungen und Forschungen über Selbstwirksamkeit und Entwicklung von Fähigkeiten.</p> <p>Emotional mehr belastet, wenn nicht ausreichend Wissen und Vorbereitung vorhanden ist.</p> <p>Schwierigste Aufgabe ist mit Angehörigen umzugehen, da nicht kompetent genug.</p> <p>Limits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengrösse ist klein und Ergebnisse beschränken sich auf wenige Institutionen, weshalb nicht verallgemeinert werden können. • Verwendetes Instrument wurde kurzfristig entwickelt und muss weiter validiert werden. • Ergebnisse über berufliche Kompetenzen sind Selbsteinschätzungen. Diese sollten bei weiteren Studien von Aussenstehenden beurteilt werden.
--	---	---	--

Würdigung der Mixed-Method Studie (Quantitativer Ansatz): Zuleta-Benjumea et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel und Zweck der Studie wird genau erklärt.</p> <p>In Einleitung werden sachlich Forschungslücken und Relevanz des Zieles der Studie begründet.</p> <p>Rückgriff auf bisherige Studien und Begründung des Forschungsbedarfs.</p> <p>Begriffsdefinition von PS.</p> <p>Relevanz für pflegerische Praxis wird aufgezeigt.</p>	<p>Design: Die Verbindung zwischen dem Ziel und dem gewählten Design wird logisch und nachvollziehbar erläutert. Kontrolle der Validität.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobenziehung ist für das Design angebracht und dadurch, dass es Pflegende sind, für Pflegende repräsentativ. • Ergebnisse können auf Pflegende in Kolumbien übertragen werden. • Stichprobengröße ist eher klein. • Keine Drop-Outs und Vergleichsgruppen. <p>Datenerhebung/Messverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Datenerhebung für das Ziel nachvollziehbar. Methoden der Datenerhebung sind bei allen Teilnehmenden gleich und komplett. • Verwendetes Messinstrument ist valide und nachvollziehbar begründet. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben. • Statistische Verfahren wurden sinnvoll angewendet und die verwendeten statistischen Tests entsprechen Datenniveaus. • Alle Variablen wurden mit spezifischen Verfahren ausgewertet und in Tabellen übersichtlich aufgeführt. 	<p>Sample: Sample eher klein, da Setting beschränkt. Ergebnisse nicht auf andere Bereiche übertragbar.</p> <p>Ergebnisse der quantitativen Analyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präzise Übersicht der Ergebnisse durch tabellarische Darstellung gewährleistet. Einzelne Ergänzungen dazu im Text vorhanden. • Keine Definition von einzelnen Variablen, wie <i>andere Abteilungen</i>. Für die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse wäre dies relevant. • Ergebnisteil bezieht Methodik ein. Erhöht Glaubwürdigkeit der Ergebnisse. 	<p>Alle Resultate werden diskutiert.</p> <p>Die Ergebnisse werden in Bezug auf das Ziel mit anderen Studien diskutiert und verglichen.</p> <p>Die Methodik hat gute Ansätze, dadurch dass quantitative und qualitative Forschung für die spezifischen Daten ausgesucht werden. Jedoch muss das verwendete Instrument genauer validiert werden oder ein anderes gebraucht werden, um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu erhöhen.</p> <p>Die Ergebnisse sind nicht verallgemeinerbar auf jedes Spital. Jedoch können diese Ansätze in palliativen Institutionen aufgenommen und weiter erforscht werden.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Signifikantsniveau festgelegt. Ethik: <ul style="list-style-type: none">• Ethische Fragen werden diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt, so dass alle ethischen Richtlinien eingehalten werden. Genehmigung eingeholt.		
--	---	--	--

Zusammenfassung der Mixed-Method Studie (Qualitativer Ansatz): Zuleta-Benjumea et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel/Zweck: Das Ziel der Studie ist es die Wahrnehmung der Rolle, des Wissensstandes, von den Fähigkeiten und den emotionalen Einfluss von Pflegefachpersonen (PP) bezüglich der Palliativen Sedation (PS) zu erforschen.</p> <p>Der Forschungszweck wird damit erklärt, dass vor allem Wissen aus entwickelten Ländern erforscht wurde. Die Verwendung von PS wird stetig steigen, weswegen Forschungsbedarf in der Rolle von PP besteht. Zudem sind positive Aspekte der PS noch zu wenig bekannt.</p> <p>Es werden Fakten aus bisheriger Literatur aufgeführt und Fachbegriffe definiert. Das Verständnis und Wissen zum aktuellen Stand der PS wird aufgezeigt.</p>	<p>Design: Die Studie hat sowohl quantitative als auch qualitative Ansätze. Der qualitative Ansatz, der hier zusätzlich auf einem phänomenologischen Ansatz basiert, wurde gebraucht, um die Erfahrungen der Teilnehmenden bezüglich emotionaler Auswirkungen und der Leistung der Pflegerolle zu erfassen.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 Teilnehmende entsprachen den Kriterien. Sie wurden eingeladen und mussten eine schriftliche Zustimmung geben. Tabellarische Darstellung der soziodemographischen Herkunft. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Fokusgruppe wurde als Datenerfassungsstrategie benutzt, welche aus dem phänomenologischen Ansatz stammt. Damit sollen die Erfahrungen der Individuen durch Analyse auf ihre Ähnlichkeiten und Unterschiede festgestellt werden. • Der Diskussionsleitfaden wird in Tabelle 1 aufgezeigt und wurde von den Forschenden erstellt. Eine Person hat Expertise in qualitativer Forschung. • Zwischen Februar und August 2015, innerhalb von einem Monat nach der 	<p>Sample:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 Teilnehmende aus drei verschiedenen Institutionen aus Kolumbien wurden nach den Einschlusskriterien (PP sein und mindestens drei Betroffene unter PS betreut haben) für Studie eingeschlossen. • Zwei Fokusgruppen in Institution 2 (je n=5) durchgeführt und bei Institution 1 und 3 nahmen je sechs Teilnehmende teil. <p>Ergebnisse der qualitativen Analyse:</p> <p><u>Rolle von PP:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • In den Fokusgruppeninterviews werden die Bildung und der Wissensstand in der PS erläutert und dass das gute Fachwissen grundlegend für eine kompetente Betreuung ist. Damit können auch Angehörigen kompetent betreut werden. • PP geben an, zu wenig Wissen über die PS zu haben. PP wünschen sich besser in der PS ausgebildet zu werden und mehr in die Entscheidungsfindung der PS einbezogen zu werden. <p><u>Emotionaler Einfluss:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Teilnehmende berichteten bei Kindern und jüngeren Betroffenen mehr 	<p>Ergebnisse werden mit evidenzbasierter Literatur verglichen und es zeigt sich, dass Teilnehmende ihr Wissen vermehrt durch Erfahrungen erhalten, nicht aber durch die Ausbildung. Dieses Wissen fehlt.</p> <p>Teilnehmende, die die PS als Euthanasie ansehen, sind emotional belastet bei der Anwendung.</p> <p>Das Wissen, dass PS als wichtige Therapie zur Verbesserung von refraktären Symptomen ist, ist für eine optimale Pflegerolle erforderlich.</p> <p>Teilnehmende haben Gefühle von Traurigkeit, Unsicherheit aber gleichzeitig auch von Wohlbefinden, wenn sie das Leiden lindern können.</p> <p>Emotional schwieriger, wenn man Betroffenen physisch und emotional nahe stand.</p> <p>Teilnehmende haben gelernt damit umzugehen.</p> <p>Vergleich mit anderer Studie, dass mangelnde Ausbildung und unzu-</p>

	<p>quantitativen Forschung, wurden die Daten gesammelt.</p> <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Daten werden aufgenommen und aus dem Spanischen transkribiert. • Antworten werden nach Kategorien (emotionale Auswirkung und Wahrnehmung der Rolle) in jeder Fokusgruppe analysiert, um Ähnlichkeiten und Unterschiede zu identifizieren. • Für alle Teilnehmenden werden Schlüsselwörter identifiziert, welche zu Unterkategorien und höherer Spezifität führen, um Vergleiche der Antworten zu machen. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Genehmigung von der Ethical Committees of the University als auch von jeder Institution der Teilnehmenden gegeben. • Behalten von ethischen Grundprinzipien: Achtung der Autonomie, Maximierung des Nutzens, Minimierung des Schadens, Fairness und Wahrung der Integrität der Teilnehmer. Nur Forschende hatten Zugang auf Antworten und zu den Fokusgruppen. Alle Teilnehmenden gaben für beide Methodikansätze einzeln ihre Zustimmung. 	<p>emotionale Belastung zu haben, als bei Betroffenen im älteren Alter.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die PS löst in Teilnehmenden Erleichterung und Ruhe aus, da das Leiden so beendet ist. Solche Situationen ermöglichen einen positiven Lerneffekt und die Wichtigkeit der eignen Rolle als PP. • Die vorhandenen Wissenslücken führen zu negativem emotionalem Einfluss, da die Indikation oder Absicht der PS falsch verstanden wird (Euthanasie). Aber auch, da somit die eigene Sicherheit und berufliche Kompetenz beeinflusst wird. 	<p>reichende Kenntnisse auch in der Kommunikation wichtige Hindernisse für Pflege am Lebensende sind. Mehr Schulungen und Forschungen über Selbstwirksamkeit und Entwicklung von Fähigkeiten. Emotional mehr belastet, wenn nicht ausreichend Wissen und Vorbereitung vorhanden ist.</p> <p>Schwierigste Aufgabe ist mit Angehörigen umzugehen, da nicht kompetent genug.</p> <p>Limits:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobengröße ist klein und Ergebnisse beschränken sich auf wenige Institutionen, weshalb nicht verallgemeinert werden können. • Verwendetes Instrument wurde kurzfristig entwickelt und muss weiter validiert werden. • Ergebnisse über berufliche Kompetenzen sind Selbsteinschätzungen. Diese sollten bei weiteren Studien von Aussenstehenden beurteilt werden.
--	---	--	---

Würdigung der Mixed-Method Studie (Qualitativer Ansatz): Zuleta-Benjumea et al. (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Ziel und Zweck der Studie wird genau erklärt.</p> <p>In Einleitung werden sachlich Forschungslücken und Relevanz des Zielles der Studie begründet.</p> <p>Rückgriff auf bisherige Studien und Begründung des Forschungsbedarfs.</p> <p>Begriffsdefinition von PS.</p> <p>Relevanz für pflegerische Praxis wird aufgezeigt.</p>	<p>Design: Die Verbindung zwischen Ziel und dem gewählten Design wird logisch und nachvollziehbar erläutert.</p> <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stichprobenziehung ist für das Design angebracht und dadurch, dass es Pflegende sind, für Pflegende repräsentativ. • Ergebnisse können auf Pflegende in Kolumbien übertragen werden. • Stichprobengröße ist zu klein. • Setting und die Teilnehmenden werden reichhaltig beschrieben und zusätzlich in einer Tabelle aufgeführt. Die Teilnehmenden sind als Informationsgebende geeignet, da sie das zu beforschende Phänomen erleben. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorgehensweisen bei der Datenerhebung sind explizit dargestellt und klar beschrieben. • Ethischer Rigor wird diskutiert. • Methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein und Methode ist für das Phänomen geeignet. • Daten werden anonymisiert. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben. 	<p>Sample: Sample eher klein, da Setting beschränkt. Ergebnisse nicht auf andere Bereiche übertragbar.</p> <p>Ergebnisse zur qualitativen Analyse: Einteilung in zwei Gruppen: Rolle der PP und emotionaler Einfluss. Es ist eine Verbindung zwischen beiden Gruppen zu sehen, was als sinnvoll erachtet wird.</p> <p>Die Studie erweitert das bereits bestehende Wissen über die Rolle der PS auf PP.</p> <p>Die qualitativen Ergebnisse werden nicht mit bestehender Theorie verglichen. Es wird nur auf die Ergebnisse der qualitativen Analyse zurückgebunden.</p> <p>Zitate der Fokusgruppeninterviews werden einmalig verwendet.</p>	<p>Alle Resultate werden diskutiert.</p> <p>Die Ergebnisse werden in Bezug auf das Ziel und mit anderen Studien diskutiert und verglichen.</p> <p>Die Methodik hat gute Ansätze, dadurch dass quantitative und qualitative Forschung für die spezifischen Daten ausgesucht werden. Jedoch muss das verwendete Instrument genauer validiert werden oder ein anderes gebraucht werden, um die Zuverlässigkeit der Ergebnisse zu erhöhen.</p> <p>Die Ergebnisse sind nicht verallgemeinerbar auf jedes Spital. Jedoch können diese Ansätze in palliativen Institutionen aufgenommen und weiter erforscht werden.</p> <p>Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach Di Censo, da es sich um ein „single Studie“ handelt, das heisst eine primär datenbasierte Forschungsarbeit.</p>

	<ul style="list-style-type: none">• Analysemethoden von evidenzbasierter Literatur wird entsprechend referenziert.• Analytische Schritte werden genau beschrieben.• Datenanalyse ist präzise und glaubwürdig. Glaubwürdigkeit erhöht durch Person mit Expertise in qualitativer Methodik. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ethische Fragen werden diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt, so dass alle ethischen Richtlinien eingehalten werden.• Genehmigung wurde eingeholt.		
--	---	--	--