«It’s always too early until it’s too late»

Die Rolle der Pflegefachperson im Advance Care Planning

Nina Flasch
18 666 842

Miriam Fäsi
18 666 800

Departement Gesundheit
Institut für Pflege
Studienjahr: BA.PF.18
Eingereicht am: 05.05.2021
Begleitende Lehrperson: Jutta Dreizler

¹Coors et al., 2015, S. 284
Inhaltsverzeichnis

Abstract ................................................................................................................................ 1
1 Einleitung ............................................................................................................................ 2
  1.1 Begrifflichkeiten ........................................................................................................... 3
    1.1.1 Advance Care Planning (ACP) ........................................................................... 3
    1.1.2 Aufbau des ACP-Konzeptes in der Schweiz ....................................................... 3
    1.1.3 Pflegefachpersonen ............................................................................................ 4
  1.2 Problemstellung ............................................................................................................ 4
  1.3 Begründung der Themenwahl ....................................................................................... 5
  1.4 Aktueller Forschungsstand .......................................................................................... 5
  1.5 Fragestellung und Zielsetzung ..................................................................................... 6
2 Methode ............................................................................................................................. 6
  2.1 Systematische Literaturrecherche .............................................................................. 6
  2.2 Ein- und Ausschlusskriterien ....................................................................................... 10
  2.3 Kritische Würdigung und Gütekriterien ..................................................................... 11
  2.4 Ergebnisgewinnung ...................................................................................................... 11
3 Ergebnisse .......................................................................................................................... 12
  3.1 Die Ausgangslage ......................................................................................................... 20
    3.1.1 Charakteristiken von Pflegefachpersonen ........................................................... 20
    3.1.2 Wissensstand ....................................................................................................... 21
    3.1.3 Hinderliche Faktoren ......................................................................................... 22
    3.1.4 Förderliche Faktoren ............................................................................................ 23
  3.2 Die Rolle der Pflege im ACP-Prozess .......................................................................... 25
    3.2.1 Das Berufsumfeld ............................................................................................... 26
    3.2.2 Die interprofessionelle Rolle .............................................................................. 27
    3.2.3 Fachwissen erlangen ............................................................................................ 28
    3.2.4 Die Rolle im direkten Patientenkontakt ............................................................... 29
  3.3 Faktoren einer erfolgreichen Umsetzung ..................................................................... 31
    3.3.1 Rahmenbedingungen ............................................................................................ 31
    3.3.2 Der ambulante Bereich ....................................................................................... 32
4 Diskussion .......................................................................................................................... 33
  4.1 Die Zusammenarbeit und der Kontext ........................................................................ 33
  4.2 Umgang mit hinderlichen Faktoren .............................................................................. 34
    4.2.1 Schulungen und Weiterentwicklung der Haltung ............................................... 34
    4.2.2 Institutionen und Richtlinien ............................................................................... 35
Abstract

Darstellung des Themas

Ziel
Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Rolle der Pflegefachpersonen im Advance Care Planning aufzuzeigen.

Methode

Relevante Ergebnisse
Pflegefachpersonen haben mehrere relevante Rollen im ACP und können im ACP-Prozess aktiv mitwirken. Sie nehmen multiple Aufgaben wie Gesprächsführung, Rekrutierung von Patienten und Patientinnen, Kommunikation innerhalb der Familie und die interprofessionelle Zusammenarbeit wahr.

Schlussfolgerung
Um die Umsetzung und das Rollenverständnis von ACP bei Pflegefachpersonen zu stärken, braucht es ihre Eigenverantwortung, Edukation wie auch geregelte Rahmenbedingungen.

Keywords: ACP, nurse’s role, hospital, facilitator, implementation, perception, health care professionals

Nina Flasch und Miriam Fäsi
1 Einleitung

Das Leben ist nicht vorausplanbar. Oder doch?
1.1 Begrifflichkeiten

Da diese Arbeit eine internationale Thematik aufgreift, müssen einige Begriffe für ein besseres Verständnis heruntergebrochen und definiert werden.

1.1.1 Advance Care Planning (ACP)


1.1.2 Aufbau des ACP-Konzeptes in der Schweiz

Betroffenen einstehen kann. Je nach Lebenssituation muss die Zielsetzung angepasst werden (Krones et al., 2018).

1.1.3 Pflegefachpersonen


1.2 Problemstellung

(Blackwood et al., 2019). Es wäre von Vorteil, die Möglichkeiten der Pflege klar darzulegen, sodass diese nach ihren Kompetenzen handeln und die Umsetzung von ACP unterstützen können (Izumi, 2017).

1.3 Begründung der Themenwahl


1.4 Aktueller Forschungsstand

Nachdem die Patientenverfügung als rechtsgültig galt, wurde das sogenannte MAPS Trial (multidisciplinary advance care planning and shared decision making for end of life care), vom Nationalen Forschungsprogramm (NFP67) in der Schweiz lanciert. Aus der Studie liess sich schlussfolgern, dass der schlechte Allgemeinzustand der Patienten und Patientinnen oft zu spät erkannt wird (Coors et al., 2015). Des Weiteren gibt es eine

1.5 Fragestellung und Zielsetzung

Die Fragestellung ist: Welche Rolle übernehmen Pflegefachpersonen im Advance Care Planning?

Die Bachelorarbeit soll die Rolle und die verschiedenen Aufgabenbereiche der Pflegefachpersonen im ACP-Konzept aufzeigen. Es soll klar werden, wo im Prozess die Pflegefachpersonen verantwortungsvoll mitwirken können. Durch das Erüren von Barrieren sollen Lösungsansätze für eine effizientere Umsetzung erarbeitet werden. Es ist nicht Teil der Arbeit, die Wirkung von ACP zu untersuchen. Diese wird zum Teil noch diskutiert, aber verschiedene Studien zeigen eine positive Wirkung (Brinkman-Stoppelenburg et al., 2014; Coors et al., 2015; Krones et al., 2019).

2 Methode


2.1 Systematische Literaturrecherche

Die Literaturrecherche fand auf den Datenbanken CINAHL Complete, Medline und PubMed statt, in welchen Publikationen von Primärstudien aus dem Fachbereich Pflege enthalten sind (DiCenso et al., 2009; ZHAW Hochschulbibliothek Winterthur, o. J.). Das
### Tabelle 1

*Keywords für die systematische Literaturrecherche*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kernelemente der Fragestellung</th>
<th>Schlüsselwörter</th>
<th>Keywords</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Phänomen/Intervention</td>
<td>ACP</td>
<td>advance care planning (ACP), advance directives</td>
</tr>
<tr>
<td>Rolle der Pflege</td>
<td>perception, facilitator, education, nurse’s role, experience, involved, decision making</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Umsetzung</td>
<td>implement*, patients, development</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Population</td>
<td>Pflegefachpersonen</td>
<td>nurse*, palliative nursing, health (care) professions, caregivers</td>
</tr>
<tr>
<td>Setting</td>
<td>Spital</td>
<td>hospital, acute setting</td>
</tr>
</tbody>
</table>

In der Abbildung 1 ist der Ablauf der Literaturrecherche chronologisch dargestellt. Die Anzahl Studien in jedem Schritt beziehen sich auf die Suchverläufe, welche am Schluss relevante Studien für diese Arbeit ergaben und im Anhang aufgeführt sind.
Abbildung 1

Flowchart Rechercheschritte

Grobrecherche: Keywords definieren

Systematische Literaturrecherche August 2020 - Dezember 2020

Limits: Englisch oder Deutsch, ab 2012

CINAHL Complete n= 78

Medline n= 111

PubMed n= 144

Suchergebnisse n= 333

Einschluss nach Titelbesichtigung n= 94

Einschluss nach Abstractbesichtigung n= 19

Einschluss nach Volltextbesichtigung n= 8 + Einschluss Studie Karzig-Roduner (2020)
2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

### Abbildung 2

**Ein- und Ausschlusskriterien**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Einschlusskriterien</th>
<th>Ausschlusskriterien</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>- Qualitative und quantitative Primärstudien</td>
<td>- Kein EMED-Format</td>
</tr>
<tr>
<td>- Es handelt sich um ACP</td>
<td>- Als Hauptthema die Wirkung von ACP</td>
</tr>
<tr>
<td>- Es besteht ein Bezug zur Pflege</td>
<td>- Setting: Langzeitpflege</td>
</tr>
<tr>
<td>- Pflegefachpersonen als handelnde Instanz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Setting: Spital, ambulanter Bereich und Hausarztpraxen</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Alle Länder erlaubt</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.3 **Kritische Würdigung und Gütekriterien**


2.4 **Ergebnisgewinnung**

Nach der sorgfältigen Beurteilung konnten alle neun Studien als Kriterien erfüllend deklariert und in die Ergebnisgewinnung und zur Beantwortung der Fragestellung einbezogen werden. Dafür wurden die Ergebnisse der einzelnen Studien herausgefiltert, ausgiebig unter den Autorinnen besprochen und in einem Mindmap arrangiert sowie

3 Ergebnisse

In der untenstehenden Tabelle 2 sind die Studien, welche für den Ergebnisteil verwendet wurden, aufgeführt. Sie stammen aus den USA (2), Australien (3), Hong Kong, Taiwan, Schweiz und Kanada. In zwei qualitativen Studien wurden die Pflegefachpersonen befragt, in einer die Patienten und Patientinnen. Die restlichen sechs Studien sind quantitativ, von welchen drei eine gemischte Methode mit quantitativen und qualitativen Anteilen verwendeten.
### Tabelle 2

Zusammenfassung der Ergebnisstudien

<table>
<thead>
<tr>
<th>Autor, Jahr, Land</th>
<th>Titel</th>
<th>Forschungsfrage/Ziel</th>
<th>Design</th>
<th>Stichprobe</th>
<th>Zentrale Ergebnisse</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Shepherd et al., 2018, Australien</td>
<td>Knowledge of, and participation in, advance care planning: a cross-sectional study of acute and critical care nurses’ perceptions</td>
<td>Was wissen PP über ACP und wie aktiv sind sie in ihrem eigenen ACP?</td>
<td>Querschnittsstudie basierend auf einem Fragebogen</td>
<td>181 registrierte PP mit Bachelor oder Diplom von einer Akutstation und mit direktem Patientenkontakt</td>
<td>Es besteht ein Zusammenhang zwischen Wissen der PP und der Anzahl der zu betreuenden sterbenden Pat. Ab 41 Jahren engagierten sich die Befragten signifikant mehr als die Jüngeren. Von den PP selbst hatten nur 10 % eine Patientenverfügung erstellt. Verglichen mit den Gesprächen innerhalb der Familie über Wünsche am Lebensende (53 %) und über Organspenden (75 %) ist dies gering.</td>
</tr>
<tr>
<td>Autor, Jahr, Land</td>
<td>Titel</td>
<td>Forschungsfrage/Ziel</td>
<td>Design</td>
<td>Stichprobe</td>
<td>Zentrale Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>----------------------</td>
<td>--------</td>
<td>------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Autor, Jahr, Land</td>
<td>Titel</td>
<td>Forschungsfrage/Ziel</td>
<td>Design</td>
<td>Stichprobe</td>
<td>Zentrale Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>----------------------</td>
<td>--------</td>
<td>------------</td>
<td>----------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Singh-Carlson et al., 2020, USA</td>
<td>The impact of organizational factors on nurses’ knowledge, perceptions, and behaviors around advance care planning</td>
<td>Das Ziel dieser Studie ist, den Einfluss des organisatorischen Kontextes auf die Wahrnehmung und das Verhalten der PP zu analysieren. Ob sich Banduras sozial-kognitive Theorie in diesem Kontext bestätigt, wird erforscht.</td>
<td>Ein Fragebogen mit quantitativen und qualitativen Komponenten</td>
<td>88 PP (Mitglieder der onkologischen Pflegegesellschaft) mit Diplom, Bachelor oder Master und direktem Patientenkontakt auf einer akuten oder onkologischen Station, zwischen 22 und 70 Jahre alt</td>
<td>Wichtige Prädikatoren für das ACP-Verhalten sind direkte und indirekte Erfahrungen mit ACP in der Vergangenheit und ein ACP-Training. Sprachbarrieren sind eine der größten Herausforderungen, ACP zu vermitteln.</td>
</tr>
<tr>
<td>Autor, Jahr, Land</td>
<td>Titel</td>
<td>Forschungsfrage/Ziel</td>
<td>Design</td>
<td>Stichprobe</td>
<td>Zentrale Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>----------------------</td>
<td>--------</td>
<td>------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Izumi et al., 2019, USA</td>
<td>Enhancing advance care planning conversations by nurses in a bone marrow transplantation unit</td>
<td>Das Ziel der Studie ist es zu prüfen, wie sich eine ACP-Weiterbildung auf das Wissen und Selbstvertrauen der PP betreffend ACP auswirkt und was hinderliche Faktoren bei der Initiierung von ACP-Gesprächen sind.</td>
<td>Vor-/Nach-Erhebung mit einer Umfrage und zwei darauffolgenden Gruppeninterviews</td>
<td>60 registrierte PP von einer Abteilung in einem Spital in Portland</td>
<td>Das Selbstvertrauen der PP in ihrem Wissen bezüglich ACP ist direkt nach der Schulung gestärkt. Die PP kennen nach der Schulung Richtlinien und Unterlagen zu ACP. Hinderliche Faktoren sind: Zeitmangel, dass Pat kein ACP wollen und die Dokumentation. Es werden verschiedene Aufgabenbereiche der PP genannt: z.B. ansprechen der Pat auf eine Patientenverfügung, Dokumentation und interdisziplinäre Zusammenarbeit.</td>
</tr>
<tr>
<td>Autor, Jahr, Land</td>
<td>Titel</td>
<td>Forschungsfrage/Ziel</td>
<td>Design</td>
<td>Stichprobe</td>
<td>Zentrale Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------------</td>
<td>-----------------</td>
<td>------------------------</td>
<td>--------</td>
<td>------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Autor, Jahr, Land</td>
<td>Titel</td>
<td>Forschungsfrage/Ziel</td>
<td>Design</td>
<td>Stichprobe</td>
<td>Zentrale Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>----------------------</td>
<td>--------</td>
<td>------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Autor, Jahr, Land</td>
<td>Titel</td>
<td>Forschungsfrage/Ziel</td>
<td>Design</td>
<td>Stichprobe</td>
<td>Zentrale Ergebnisse</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------</td>
<td>-------</td>
<td>----------------------</td>
<td>--------</td>
<td>------------</td>
<td>---------------------</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkung: Pflegefachpersonen (PP), Patienten und Patientinnen (Pat)

3.1 Die Ausgangslage

In den nächsten Unterkapiteln soll aus den Ergebnissen hervorkommen, wieso das Thema ACP überhaupt im Pflegeberuf eine Diskussion wert ist und warum in die Umsetzung investiert werden sollte. Es wird auf die Charakteristiken der Pflegefachpersonen eingegangen, der Wissensstand wird aufgezeigt und hinderliche und förderliche Faktoren für Pflegefachpersonen bei der Arbeit mit ACP werden benannt.

3.1.1 Charakteristiken von Pflegefachpersonen


In Miller et al. (2019) wurden die Pflegefachpersonen, welche ACP-Gespräche führten, folgendermassen beschrieben: Sie können das Gegenüber zu einer tiefgründigen


3.1.2 Wissensstand


3.1.3 Hinderliche Faktoren


3.1.4 Förderliche Faktoren

Parallel zu den hinderlichen Faktoren gibt es auch förderliche Faktoren. Es wurde bereits erläutert, dass in Rogers et al. (2019) die Beziehung zwischen der beratenden Person und der Patientin oder dem Patienten einen Einfluss hat, als auch die zwischen dem
Pflegepersonal und dem ärztlichen Dienst. Somit wurden eine vertrauensvolle Beziehung und wertschätzende Zusammenarbeit als Schwerpunkt für eine erfolgreiche Umsetzung bezeichnet (Rogers et al., 2019). Dies inkludiert eine Expertise von Seiten der umsetzenden Person und ein gut gewähltes Setting (Rogers et al., 2019).


3.2 Die Rolle der Pflege im ACP-Prozess

Der Aufgabenbereich der Pflege im ACP-Prozess kann in vier Bereiche unterteilt werden: das Berufsumfeld, die interprofessionelle Rolle, Fachwissen erlangen und die Rolle im direkten Patientenkontakt. Die nachfolgende Abbildung 3 stellt die vier Bereiche in einem Kreismodell dar, welches ihn Rahmen dieser Arbeit entstand. Dieses soll symbolisieren, dass sich die Aufgaben vom Berufsumfeld bis hin zum Menschen herunterbrechen lassen. Im Anschluss werden diese Bereiche erläutert.

Abbildung 3

*Kreismodell der Rolle der Pflegefachperson im ACP*

3.2.1 Das Berufsumfeld


Wie aufgezeigt werden konnte, braucht es für ein geeignetes Berufsumfeld eine gewisse Haltung, um ACP-Gespräche umsetzen zu können. Im generellen ist die Haltung unter den Pflegefachpersonen gegenüber ACP positiv und das Bewusstsein für die Verantwortung im ACP-Prozess vorhanden (Hsieh et al., 2019; Karzig-Roduner, 2020).


Zusammenfassend kann gesagt werden, dass der Beziehungsaufbau, die Vermittlung innerhalb des Familiensystems, die Auseinandersetzung mit Werten, die eigene Haltung zu hinterfragen und Schulungen zu geben, zum Aufgabenbereich der Pflege gehören.

3.2.2 Die interprofessionelle Rolle


3.2.3 Fachwissen erlangen


3.2.4 Die Rolle im direkten Patientenkontakt

3.3 Faktoren einer erfolgreichen Umsetzung

Im Kapitel 3.2 wird sichtbar, dass sich der Aufgabenbereich der Pflegefachpersonen im ACP nicht auf wenige Tätigkeiten begrenzt, sondern sehr weitreichend ist. In der Abbildung 3 sind einige Stichworte von den vier Bereichen hervorgehoben. Es reicht von Edukation der Betroffenen und des Teams bis hin zur selbstständigen Durchführung eines ACP-Gespräches. Aufgrund dieser Spannweite muss für eine erfolgreiche Umsetzung einen Blick über den Tellerrand geworfen werden. In diesem dritten Überkapitel wird die Perspektive auf die Rolle der Pflegefachpersonen im ACP-Prozess erweitert. Dazu werden Rahmenbedingungen und ein potenzielles, erweitertes Arbeitsumfeld für die Umsetzung beschrieben.

3.3.1 Rahmenbedingungen


3.3.2 Der ambulante Bereich

In allen drei Studien erhielten die ausführenden Pflegefachpersonen eine Schulung, hatten auf diverse Unterlagen wie Anleitungen und Diskussionshilfen Zugriff und sie wurden von mindestens einer erfahrenen Person begleitet und unterstützt (H. Y.-L. Chan et al., 2018; Miller et al., 2019; Rogers et al., 2019). In der Studie von Rietze et al. (2018) sind mehr Pflegefachfachpersonen aus dem Spital aktiv im ACP verglichen zum nicht-akuten Bereich. Auch in der Schweiz wird das ambulante Setting erst als Idealvorstellung bezeichnet (Karzig-Roduner, 2020).

4 Diskussion


4.1 Die Zusammenarbeit und der Kontext


4.2 Umgang mit hinderlichen Faktoren

In der Einleitung wurden hinderliche Faktoren wie Zeit sowie mangelnde institutionelle Unterstützung und fehlende Kenntnisse genannt, welche die Ergebnisse bestätigt haben. Im Folgenden soll auf Lösungsansätze eingegangen werden.

4.2.1 Schulungen und Weiterentwicklung der Haltung


4.2.2 Institutionen und Richtlinien

Die Ergebnisse haben aufgezeigt, dass ACP ein noch nicht institutionalisiertes Konzept ist. Damit wird die Aussage von Blackwood et al. (2019) aus der Einleitung gespiegelt. Das


Nina Flasch und Miriam Fäsi

37

doch ACP ist, wie in der Einleitung betont, für alle erwachsenen Personen gedacht, unabhängig ihres Gesundheitszustandes.

4.3 Theorie-Praxis Transfer

In diesem Abschnitt soll noch einmal explizit hervorgehoben werden, wie die gesammelten Ergebnisse in die Praxis integriert werden können.


Unter den Experten und Expertinnen werden Fachpersonen verstanden, welche eine ACP-Weiterbildung absolviert haben, Erfahrungen mit sich bringen und optimaler Weise ein flexibles Zeitfenster für ACP-Gespräche zur Verfügung haben. Pflegefachpersonen können sich diese Expertise aneignen. Sie können in einem ambulanten Setting tätig sein oder sie ziehen im Spital erste ACP-Fragen in die Anamnese mit ein. Sie unterstützen die Interessenten dabei, eine vertretungsberechtigte Person zu involvieren. Der ärztliche Dienst muss schlussendlich die ACP-Dokumente unterschreiben. APNs könnten in der

Mit dieser Darstellung der Aufgaben kann die Fragestellung dieser Bachelorarbeit beantwortet werden. Die Zufriedenheit und das Wohlbefinden der Betroffenen und Angehörigen bestätigen den elementaren Einsatz der Pflegefachpersonen in diesem Konzept.

4.4 Die kritischen Würdigungen


4.4.1 Güte der qualitativen Studien


Bestätigung (Confirmability)
In den Studien fand keine Prüfung durch eine externe Person statt. Alle Interviews wurden transkribiert. In der Studie von Miller et al. (2019) wurden die Analyseschritte auf verschiedene Personen der Forschungsgruppe aufgeteilt und sind nachvollziehbar. Zwei Personen entwarfen Codierungsbaum, welche sie verglichen und aneinander anpassten. Es wird nicht konkret erwähnt, ob die weiteren Analysen aufgeschrieben oder festgehalten wurden und das methodische Vorgehen ist nicht mit Quellen hinterlegt. In der Masterarbeit

Nina Flasch und Miriam Fäsi

Zuverlässigkeit (Dependability)

Glaubwürdigkeit (Credibility)
Übertragbarkeit (Transferability)


Nach dieser Beurteilung kann gesagt werden, dass die qualitativen Studien eine hohe Güte aufweisen.

4.4.2 Güte der quantitativen Studien


Objektivität

Reliabilität

Validität

Durch die kritische Analyse wurden bei jeder quantitativen Studie Kritikpunkte angebracht. Insgesamt wurden aber alle Studien als valide beurteilt und haben diese Arbeit bereichert.

4.5 Limitationen und weiterführende Forschungsfragen


Aus den Ergebnissen und der Diskussion lassen sich weiterführende Fragestellungen ableiten. Wie kann ACP in der Öffentlichkeit und im Gesundheitswesen grossflächig bekannt gemacht werden? Wie könnten ein nationales Schulungsprogramm und die Rollenvermittlung aussehen und lanciert werden? Wie können die noch hinderlichen Faktoren Zeit und Dokumentation nachhaltig überwunden werden? In der Schweiz bleibt zudem die Diskussion um die Abrechnung der Leistungen bestehen.

4.6 Schlussfolgerung


Danksagung

Wir bedanken uns bei unserer Betreuungsperson Frau Jutta Dreizler, welche unsere Fragen immer schnell und fachkundig beantwortet hat. In diesem Prozess gab sie uns Freiheit, Sicherheit und führte uns durch unsere erste wissenschaftliche Arbeit. Ein grosses Dankeschön widmen wir allen Vorableser und -leserinnen, welche uns mit wertvollen Denkanstössen bereichert haben. Abschliessend möchten wir unsere Dankbarkeit dafür ausdrücken, dass wir eine solch gute Bildung geniessen dürfen und die Zusammenarbeit im Team wie auch der respektvolle Umgang bei Meinungsverschiedenheiten so gut funktioniert hat.

Literaturverzeichnis


Zusatzverzeichnisse

Tabelle 1 Keywords für die systematische Literaturrecherche ............................................ 8
Tabelle 2 Zusammenfassung der Ergebnisstudien ........................................................... 13

Abbildung 1 Flowchart Rechercheschritte ........................................................................ 9
Abbildung 2 Ein- und Ausschlusskriterien ........................................................................ 11
Abbildung 3 Kreismodell der Rolle der Pflegefachperson im ACP ................................. 25

Wortzahl

Das Abstract beträgt 196 Wörter, der Text der Arbeit 10 760.

Eigenständigkeitserklärung

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

Miriam Fäsi

Nina Flasch

Winterthur, 05. Mai 2021
### Anhang

Suchverläufe

**Tabelle 1**

*Suchverläufe auf der Datenbank CINAHL Complete*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Suchsyntax</th>
<th>Limits: Englisch oder Deutsch, 2012</th>
<th>Verblieben nach Titelbesichtigung</th>
<th>Verblieben nach Abstractbesichtigung</th>
<th>Volltextbesichtigung</th>
<th>Einschluss nach Volltextbesichtigung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>(MM «Advance Care Planning») AND (MH «Nurses +») AND role AND hospital</td>
<td>9</td>
<td>8</td>
<td>6</td>
<td>Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges.</td>
<td>Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit.</td>
<td>The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.</td>
<td>Knowledge of, and</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Suchsyntax</td>
<td>Limits: Englisch oder Deutsch, 2012</td>
<td>Verblieben nach Titelbesichtigung</td>
<td>Verblieben nach Abstractbesichtigung</td>
<td>Volltextbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Volltextbesichtigung</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>-----------------------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>practice behaviors of advanced care planning and its related predictors among Taiwanese nurses.</td>
<td>21 7 1</td>
<td>The «Conversation Nurse» Model</td>
<td>-</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Palliative nursing AND patients AND (acp or advance care planning) AND implementation AND hospital</td>
<td>(acp or advance care planning) AND (nurse or nurses or nursing) AND hospital AND implementation</td>
<td>39 11 6</td>
<td>Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges.</td>
<td>The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Toward Hospital Implementation of Advance Care Planning: Should</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Suchsyntax</td>
<td>Limits: Englisch oder Deutsch, 2012</td>
<td>Verblieben nach Titelbesichtigung</td>
<td>Verblieben nach Abstractbesichtigung</td>
<td>Volltextbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Volltextbesichtigung</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>-----------------------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Hospital Professionals Be Involved?</td>
<td>The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.</td>
<td>Implementing Advance Care Planning in Acute Hospitals: Leading the Transformation of Norms.</td>
<td>Helping hospital professionals to implement Advance Care Planning in daily practice: a European Delphi study from</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
field experts.

The «Conversation Nurse» Model.

Nurse* AND (acp or advance care planning) AND perception AND hospital

9 6 3

Toward Hospital Implementation of Advance Care Planning: Should Hospital Professionals Be Involved?

The Impact of Organizational Factors on Nurses' Knowledge, Perceptions, and Behaviors Around Advance Care Planning.

Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Suchsyntax</th>
<th>Limits: Englisch oder Deutsch, 2012</th>
<th>Verblieben nach Titelbesichtigung</th>
<th>Verblieben nach Abstractbesichtigung</th>
<th>Volltextbesichtigung</th>
<th>Einschluss nach Volltextbesichtigung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses’ perceptions.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle 2

_Suchverläufe auf der Datenbank Medline_

<table>
<thead>
<tr>
<th>Suchsyntax</th>
<th>Limits: Englisch, Deutsch, 2012</th>
<th>Einschluss nach Titelbesichtigung</th>
<th>Einschluss nach Abstractbesichtigung</th>
<th>Volltextbesichtigung</th>
<th>Einschluss nach Volltextbesichtigung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Exp Advance Care Planning/ (Mesh) AND exp Nurse’s role/ (Mesh) AND facilitator*</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>The advance care planning nurse facilitator: describing the role and identifying factors associated with successful implementation.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Exp Advance Care Planning/ (Mesh) AND exp Nurse’s role/ (Mesh) AND perception*</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>exp Nurse’s role/ (Mesh) AND advance directives AND hospital</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
<td>Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit.</td>
<td>Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit.</td>
</tr>
<tr>
<td>Suchsyntax</td>
<td>Limits: Englisch, Deutsch, 2012</td>
<td>Einschluss nach Titelbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Abstractbesichtigung</td>
<td>Volltextbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Volltextbesichtigung</td>
</tr>
<tr>
<td>--------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>--------------------------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Advance care planning AND nurse* AND patients AND decision making</td>
<td>99</td>
<td>34</td>
<td>8</td>
<td>Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study</td>
<td>Patient experiences of nurse-facilitated advance care planning in a general practice setting: a qualitative study</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.</td>
<td>Knowledge of, and participation in, advance care planning: A cross-sectional study of acute and critical care nurses' perceptions.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges.</td>
<td>Identifying the factors associated with canadian registered nurses' engagement in advance care planning.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>Identifying the factors associated with canadian registered nurses' engagement in advance care planning.</td>
<td>Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow</td>
</tr>
<tr>
<td>Suchsyntax</td>
<td>Limits: Englisch, Deutsch, 2012</td>
<td>Einschluss nach Titelbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Abstractbesichtigung</td>
<td>Volltextbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Volltextbesichtigung</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>-----------------------</td>
<td>--------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>registered nurses’ engagement in advance care planning.</td>
<td>Enhancing Advance Care Planning Conversations by Nurses in a Bone Marrow Transplantation Unit.</td>
<td>Effects of a nurse-led post-discharge advance care planning programme for community-dwelling patients nearing the end of life and their family members: A randomised controlled trial.</td>
<td>Advance care planning uptake among patients with</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Suchsyntax</td>
<td>Limits: Englisch, Deutsch, 2012</td>
<td>Einschluss nach Titelbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Abstractbesichtigung</td>
<td>Volltextbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Volltextbesichtigung</td>
</tr>
<tr>
<td>-----------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>-----------------------------------</td>
<td>---------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>severe lung disease: a randomised patient preference trial of a nurse-led, facilitated advance care planning intervention.</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Advance care planning for the severely ill in the hospital: a randomized trial.</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Tabelle 3

**Suchverläufe auf der Datenbank PubMed**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Suchsyntax</th>
<th>Limits: Englisch, Deutsch, 2012</th>
<th>Einschluss nach Titelbesichtigung</th>
<th>Einschluss nach Abstractbesichtigung</th>
<th>Volltextbesichtigung</th>
<th>Einschluss nach Volltextbesichtigung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Implementing advance care planning AND acute setting</td>
<td>17 4 2</td>
<td>Implementing advance care planning: A qualitative exploration of nurses' perceived benefits and challenges</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Development AND advance care planning programme AND implementing</td>
<td>92 4 0</td>
<td>Implementing Advance Care Planning in Acute Hospitals: Leading the Transformation of Norms</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Health professions AND advance care</td>
<td>23 10 5</td>
<td>Patient experiences of nurse-facilitated advance care</td>
<td>Patient experiences of nurse-facilitated advance care</td>
<td>-</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Suchsyntax</td>
<td>Limits: Englisch, Deutsch, 2012</td>
<td>Einschluss nach Titlebesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Abstractbesichtigung</td>
<td>Volltextbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Volltextbesichtigung</td>
</tr>
<tr>
<td>------------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>planning AND involved experience</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>care planning in a general practice setting: a qualitative study</td>
<td>planning in a general practice setting: a qualitative study</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>A qualitative study of health care professionals' views and experiences of paediatric advance care planning</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Caregivers AND advance care planning</td>
<td>11</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>Toward Hospital Implementation of Advance</td>
<td>-</td>
</tr>
<tr>
<td>Suchsyntax</td>
<td>Limits: Englisch, Deutsch, 2012</td>
<td>Einschluss nach Titelbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Abstractbesichtigung</td>
<td>Volltextbesichtigung</td>
<td>Einschluss nach Volltextbesichtigung</td>
</tr>
<tr>
<td>------------</td>
<td>-------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td>-------------------------------------</td>
<td>----------------------</td>
<td>--------------------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>AND involved AND hospital AND implement</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ACP AND nurse’s role AND perception</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>Care Planning: Should Hospital Professionals Be Involved?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Zusammenfassung

Einleitung

Methode
Stichprobe: Population: Alle Pflegefachpersonen aus West Australien, Stichprobe: Gesundheitsfachpersonal, welches in einem städtischen tertiären Krankenhaus auf der Pneumologie und in einem ländlichen primären oder sekundären Setting im Westen von Australien arbeitet. Im ländlichen Setting wurden Hausarztpraxen, Pflegeheime und regionale Spitäler miteinbezogen. Sie mussten entweder direkt oder indirekt an der
Umsetzung von ACP beteiligt sein. Die Teilnehmenden wurden per E-Mail oder Telefon kontaktiert und mussten eine schriftliche Einverständniserklärung abgeben. Es wird nicht festgehalten, ob es sich um ein Non- oder Probability-sampling handelt. Es gibt nur eine Studiengruppe und die Auswahl wird nicht weiter begründet.


**Methodologische Reflexion:** Die Studie stützt sich auf der «Grounded Theory» (mit Quelle) und bedient sich der Vorgehensweise der Induktion, da durch die Interviews von dem Einzelnen auf das Gesamte geschlossen werden soll. Warum die «Grounded Theory» benutzt wird, wurde nicht erläutert.


**Ethik:** Es werden keine ethischen Fragen diskutiert oder Massnahmen dazu durchgeführt. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wird auf das Einverständnis zurückgeführt. Eine ethische Genehmigung wurde vom Sir Charles Gairdner Spital, dem Gesundheitsamt, der WA Country Gesundheitsdienstleistung und der Universität von West Australien eingeholt.

**Ergebnisse**
17 Gesundheitsfachpersonen, wobei vier direkt in der Implementierung von ACP involviert waren, wurden im Schnitt 34 Minuten interviewt. In Tabelle 1 werden die Charakteristiken der Partizipierenden aufgelistet.
Aus den Interviews wurde Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung herausgefiltert.
Flexibilität in der Terminplanung und in der Aufrechterhaltung von kontinuierlichen Terminen haben.

3. Rolle der Pflegefachperson als Vermittler oder Vermittlerin: Aus den Interviews geht hervor, dass solche Pflegefachpersonen eine zentrale und vielseitige Rolle spielen. Die Rolle zeigt sich im Identifizieren der Patienten und Patientinnen, die Möglichkeit ACP den Ärzten und Ärztinnen aufzuzeigen, ACP-Gespräch durchzuführen, die Betroffenen und die Familie zu unterstützen und eine educative Rolle gegenüber anderem Gesundheitspersonal einzunehmen (z.B. Dokumentation). Die Reputation des Vermittlers oder Vermittlerin war eine wichtige Komponente, damit die anderen Fachpersonen ihnen vertrauten und eine Zusammenarbeit entstehen konnte (Kommunikation!).

Aufgabenteilung: Hausarzt/Ärztin als Koordinierende und Pflegefachpersonen als Assistierende. Wenn die Ärzte und Ärztinnen ACP nicht unterstützten, wurde das als Barriere angesehen.


Die Ergebnisse sind mit Zitaten untermauert und einer Grafik verdeutlicht die Rolle der ACP- Vermittler und Vermittlerinnen.

**Diskussion**

Die Forschenden sagen, dass die Studie die Faktoren für eine erfolgreiche Umsetzung von ACP anhand der Vermittlung durch Pflegefachpersonen bei Patienten und Patientinnen mit Atemwegserkrankungen aufzeigt. Sie zeigen auf, dass diese Datenlage für Interessenten dazu anregend sein kann, einen ACP-Vermittler oder eine -Vermittlerin zu engagieren, um ACP in der eigenen Institution umzusetzen. Die wichtigsten Ergebnisse

**Schlussfolgerung:** Die Resultate zeigen, dass ACP-Vermittler und -Vermittlerinnen im medizinischen Grundversorgungssettings präsent sein sollten und dadurch das Auftreten von ACP stärken sollten. Dabei sollen die Pflegefachpersonen den Hausarzt und -Ärztin unterstützen, Betroffene zu identifizieren, die Zeitknappheit zu überwinden und ein umfassenderes Verständnis für den Patienten und die Patientin zu erlangen. Es wurden keine zukünftigen Forschungsfragen beschrieben.

**Würdigung**

**Einleitung**

**Methode**

**Design:** Das gewählte induktive Vorgehen verdeutlicht die Verbindung zwischen Ziel und Design. Zusätzlich kann mit den Prozessdaten dem zweiten Teil der Fragestellung nachgegangen werden.


**Datenerhebung:** Bei den Interviews geht es um menschliches Erleben, da die subjektive Sicht der Teilnehmenden betreffend der ACP-Vermittlung erfasst wurde. Die einzelnen Schritte zur Datenerhebung werden in der Arbeit beschrieben und die Sättigung diskutiert (Quelle vorhanden). Es werden Prozessdaten genannt, aber welche das genau sind, die sie inkludieren und woher sie diese nehmen, ist nicht bekannt. Der Gesprächsleitfaden und die Notizen sind auf Anfrage einsehbar. Das vermittelt Transparenz. Die Durchführung der Interviews von den zwei unabhängigen Autoren und Autorinnen kann die Datenqualität beeinflussen, aber auch, dass zwei verschiedene Personen die Gespräche durchgeführt haben. So hat dennoch jeder eine eigene Gesprächsführung mit unbewussten Schwerpunkten, was zu unterschiedlichen Ergebnissen führen kann. Es ist auch nicht bekannt, in welchem Rahmen die Interviews stattfinden (über Telefon, face to face, bei den Betroffenen zu Hause, ect.). Wer die Interviews transkribiert hat, ist ebenfalls nicht bekannt. Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wurde nicht explizit beschrieben, da sie aber eine Einverständniserklärung abgeben mussten, kann davon ausgegangen werden, dass alle freiwillig mitmachten.

**Methodologische Reflexion:** Die Forschenden haben sie mit der Ontologie befasst, indem sie die Wirklichkeit erkannt haben, dass es zu wenig Literatur zu ihrem Thema gibt. Die Epistemologie konnte nicht umgesetzt werden, da sie sich nicht mit der Frage, wie das Wissen zustande kommt, befasst haben. Da die Arbeit aufzeigt, in welchem Setting die
Umsetzung auf wenig Barrieren trifft, thematisiert sie die Methodologie. Die Kongruenz von den drei Richtungen ist in grossen Teilen gegeben. Ob der passende methodologische Ansatz gewählt wurde, ist als Laie schwer zu beurteilen, aber die subjektive Sicht wurde befragt und andere zusätzliche Daten zum Rollenverständnis ausgearbeitet. Das induktive Vorgehen ist richtig gewählt, da sie mit den einzelnen Sichtweisen Allgemeinheiten herausarbeiten können.

**Datenanalyse:** Das Vorgehen der Forschenden in der Datenanalyse wirkt nachvollziehbar. Aufgrund von verschiedenen Referenzen ist die Analysemethode glaubhaft untermauert und die Schritte sind beschrieben. Durch das Diskutieren im Team, wird das Sichtfeld erweitert und es kommt zu reflektierten Ergebnissen. Analytische Entscheidungen wurden dokumentiert, sie können eingesehen werden. Dennoch ist der Analyseteil sehr kurzgehalten und man weiß nicht in welchem Rahmen und wie oft sich die Forschenden treffen.

**Ethik:** Es wurden keine spezifischen ethischen Fragen diskutiert. Um Objektivität zu gewährleisten, wurden zwei neutrale interviewende Personen herbeigezogen, welche dem Forschungsteam angehörten. Die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmern wurde nicht weiter vermerkt.

**Ergebnisse**


**Diskussion**


**Schlussfolgerung:** Die Schlussfolgerung gibt nochmals einen Vorschlag zur Umsetzung von ACP und bestärkt die positive Rolle der Pflege, indem sie sich auf die Befunde stützt. So werden abschliessend die Ergebnisse nochmals widerspiegelt.

**Gütekriterien**

**Confirmability (Bestätigbarkeit):** Diese Studie wurde von vier Forschenden durchgeführt, wobei zwei in den Interviewprozess involviert waren. Durch die Auflistung
der Limitation fand eine Selbstreflexion statt und die Daten wirken so, als wären sie transparent aufgelistet.

**Dependability (Zuverlässigkeit):** Die Datenanalyse wurden von keinem Gremium überprüft.


**Transferability (Übertragbarkeit):** Der Kontext wurde ausreichend beschrieben, aber die Stichproben zu wenig, da keine Auskunft über Alter, Erfahrungswert, etc gegeben wurde. Der Resultatteil wurde mit Zitaten geschmückt, so sind die Ergebnisse nachvollziehbar. Es ist möglich, den Sachverhalt für die Praxis zu reflektieren und die Resultate für die weiterführende Forschung zu verwenden.

**Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):**
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.
Zusammenfassung

Einleitung


Methode

Design: Es handelt sich um einen qualitativen Ansatz mit semistrukturierten Interviews. Dies wird aber nicht weiter begründet.

Stichprobe: Setting: vier ausgewählte Hausarztpraxen im Osten von Sydney, die eine ausreichende Computerausstattung haben, drei bis acht Hausärzte und -ärztinnen unter einem Dach vereinigen, ein signifikant älteres Patientengut betreuen, generelles Interesse zeigen, eine GPN hatten, welche die Leitung übernehmen würde und noch keinen Ansatz zu ACP verfolgen. Es wurden Einladungen verschickt und Werbung für die Studie an einem ACP-Workshop gemacht. Nach der Einladung folgte eine Telefonkonsultation durch den Forschungsleitenden persönlich. Fünf freiwillige GPNs beteiligten sich an der Studie und bekamen eine eintägige Weiterbildung in ACP.


Gesprächspartnerin festhalten zu können. Zum Schluss, vor allem wenn eine PV ausgestellt wurde, arrangierten die GPNs einen Termin beim zuständigen Arzt oder bei der zuständigen Ärztin, um das Formular unterzeichnen zu lassen.


**Methodologische Reflexion:** In dieser Arbeit wird der qualitative Ansatz nicht viel diskutiert. Es wird erwähnt, dass die demographischen Daten und die Basisinformationen mit deskriptiver Statistik analysiert werden.


**Ethik:** Es werden keine ethischen Fragen diskutiert. Die Arbeit wurde vom «UNSW Human Research Ethics» Komitee geprüft.

**Ergebnisse**


Diskussion


Würdigung

Einleitung

Methode
Es besteht ein sinnvoller Zusammenhang zwischen Forschungsfrage und Design, da mit den Interviews die subjektive Perspektive der Teilnehmenden eingefangen werden kann. 

Stichprobe: Um den Effekt von ACP, durchgeführt von GPNs, zu zeigen, macht es Sinn, Patienten und Patientinnen bewusst zu wählen, welche auch von ACP profitieren können. Die spontane Variante der Stichprobenziehung macht diese übertragbarer auf die Bevölkerung, da ACP-Gespräche nicht für bestimmte Patientengruppen gemacht sind, sondern das Spektrum vom Gesunden bis zum Menschen mit einer chronischen Erkrankung reichen sollte. Es wird aber nicht genauer beschrieben, wie das bei den spontanen Anfragen beurteilt wurde. Das Kriterium der Volljährigkeit macht Sinn, da man so selbst über die Teilnahme bestimmen kann. Die «Surprise Question» und das SPICT-Tool bieten die Möglichkeit, den Auswahlprozess auf Personen zu lenken, welche in naher Zukunft von einem abgeschlossenen ACP-Gespräch profitieren könnten. Es kann aber sein, dass dadurch Personen angesprochen werden, die sich entweder schon zu schwach (psychisch wie auch physisch) fühlen oder ein solches Gespräch schon hatten. Im Methodenteil wird die Anzahl der Interviewten und die Charakteristiken nicht erwähnt, sodass man die Stichprobengrössse und ob sie repräsentativ ist, nicht gleich beurteilen kann. Man kann nur vermuten, dass der Anteil von Menschen auf Grund der Stichprobenziehung mit einem höheren Alter überwiegen wird, weil lebenslimitierende


**Methodologische Reflexion:** Der philosophische Hintergrund ist in der Forschungsarbeit nicht aufzufinden und daher schwer zu beurteilen. Das Vorgehen der Datenanalyse wird klar beschrieben, aber es wird keine Begründung abgegeben, warum eine induktive thematische Analyse angewendet wurde. Der Standpunkt der Forschenden wird nicht erwähnt und auch keine weitere Literatur zitiert. Die Forschenden haben sich mit der Wirklichkeit befasst, sie haben sich gefragt, was es für das Zustandekommen von Wissen braucht (Edukation und dann Durchführung beim Patienten oder der Patientin) und sie haben eine geeignete Methode angewendet (halbstrukturierte Interviews). So stimmt das
methodische Vorgehen mit der Forschungsfrage überein, da das subjektive Erleben mit Interviews sehr gut eruieren kann.

**Datenanalyse:** Die Datenanalyse ist nachvollziehbar und detailliert beschrieben. Das Vorgehen wird aber nicht mit einer Literaturangabe beschrieben. Dadurch, dass zwei Forschende unabhängig voneinander die ersten Interviews kodierten, wird die Glaubwürdigkeit erhöht. Differenzen werden im Forschungsteam diskutiert. Es ist nicht beschrieben, ob analytische Entscheidungen dokumentiert wurden.

**Ethik:** Es werden keine ethischen Aspekte diskutiert. Die Teilnahme ist freiwillig, was z. B. ethische Fragen, wie darf in die Privatsphäre eingedrungen werden, wegfallen lässt. Die Teilnehmenden geben ihre Zustimmung durch eine Unterschrift. Die forschungsleitende Person ist bei der Rekrutierung der Praxen involviert. Die interviewführende Person hatte zuvor keinen Kontakt zu den Teilnehmenden. Die Praxen werden für den Aufwand der GPN finanziell unterstützt. Das könnte zu einer falschen Motivation für die Teilnahme führen, oder aber auch allen, unabhängig von den finanziellen Mitteln, die Teilnahme ermöglichen.

**Ergebnisse**

**Diskussion**
Der Diskussionsteil leistet einen Beitrag zum besseren Verstehen der Ergebnisse. So wird nochmals die Beantwortung der Forschungsfrage verdeutlicht, zentrale Ergebnisse zusammengefasst und verständlich formuliert. Die Resultate werden mit vorhandener

**Schlussfolgerung:** Die Schlussfolgerungen bieten nochmals den Rahmen an, sich für die Beteiligung der Pflege in diesem Prozess stark zu machen, da sie die Ergebnisse der Studie widerspiegeln.

**Gütekriterien**

**Confirmability (Bestätigbarkeit):** Es wurde eine Person ohne vorherigen Kontakt zur Durchführung der Interviews beigeholt, um die Neutralität zwischen Teilnehmenden und Interviewer zu gewährleisten. Es wurden verschiedene Codes, um Themen herauszufiltern, erstellt, doch die Ergebnisse wurden nicht verifiziert. Die Auditinhalte und der -Prozess wurden nicht detailliert beschrieben. Im Diskussionsteil fand eine Selbstreflexion mit Limitationen statt.

**Dependability (Zuverlässigkeit):** Die Interviews wurden aufgezeichnet, wie und ob sie zeitnah transkribiert und analysiert wurden, ist in der Studie nicht festgehalten. Auftauchende Themen wurden im Team diskutiert, aber von keinem externen Gremium geprüft.

**Credibility (Glaubwürdigkeit):** In der Studie wurden Unterschiede bezüglich der Ergebnisse diskutiert und somit hatte ein Peer-Debriefing stattgefunden. In der Arbeit gab es im Allgemeinen keine abweichenden Fälle, die diskutiert werden mussten. Diese Homogenität könnte die Glaubwürdigkeit beeinträchtigen.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.
Zusammenfassung

Einleitung
**Methode**


**Primäre Einschlusskriterien**
- Arbeiten in der Rolle als Pflegefachperson, Pflegeexperten oder APN
- Hatten ein Zertifikat als ACP-Beratende erworben

Diese Personen wurden per E-Mail von der Leiterin des Weiterbildungsprogrammes kontaktiert und um ihre Teilnahmebereitschaft gebeten. Die Auswahl sollte eine Gelegenheitsstichprobe darstellen.

**Sekundäre Einschlusskriterien**
- Seit dem Erwerb des Zertifikates mindestens sechs Monate in der Praxis tätig

**Ausschlusskriterium**
- Seit dem Erwerb des Zertifikates nicht mehr in der direkten Pflege mit Patientenkontakt gearbeitet


**Datenerhebung:** Für die Einzelinterviews wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden benutzt, welcher von der Autorin basierend auf der Literatur und den Erfahrungen zusammengestellt, von einer Pflegefachperson getestet und im Verlauf modifiziert wurde.
Die Autorin führte pro Person ein 45/60-minütiges Interview im Arbeitsumfeld durch. Die Interviews wurden für die verbatime Transkription aufgenommen.

**Datenanalyse:** Als erste Phase der Analyse galt die Transkription, die Daten wurden anonymisiert. Das weitere kodierende Vorgehen wurde nach der Inhaltsanalyse nach Kuckartz, welche Schritt für Schritt erklärt wird, durchgeführt. Es wurde Wert darauf gelegt, dass die Autorin sich von ihrer eigenen Rolle distanzieren konnte. Die einen Hauptkategorien entstanden durch die Forschungsfragen und den Interviewleitfaden, sie wurden auch induktiv entwickelt sowie deduktiv aus dem theoretischen Rahmen der ACP-Implementierungsschritte hergeleitet. Schlussendlich entstand ein Kategoriensystem.


**Methodologische Reflexion:** Die Güte des methodischen Vorgehens wird diskutiert.

**Ergebnisse**


**Ausgangsbasis: ACP-Beratungsbedarf**

- Grund für Ausbildung: eigene Motivation (unklares Behandlungsziel in Situationen der Urteilsunfähigkeit) oder Motivation von anderen, meistens Ärzten/Ärztinnen
- Es ist ein Beratungsbedarf in der Praxis vorhanden: Verantwortung der Pflegenden und Ärzte und Ärztinnen

**ACP-Weiterbildung: Beratungskompetenz**

- Voraussetzung/Kompetenzen: kommunikative Kompetenzen, Berufserfahrung, medizinisches Wissen, Lebenserfahrung -> deshalb die Weiterbildung
- Als ACP-Beratende muss man in eine andere Rolle schlüpfen (erlaubt die Zeit nicht immer und das Team bzw. die Patienten/Patientinnen können die Rolle nicht immer unterscheiden)
• Pflegefachpersonen sind geeignet, weil sie das Fachwissen haben und es auch in die Patientensprache übersetzen können
• Evidenzbasierte Entscheidungshilfen als Grundlage sind hilfreich
• ACP-Weiterbildung: ermöglicht bewusster zu kommunizieren, auf den Patientenwillen zu fokussieren
• Der Fachaustausch und das Üben erleichtern schlussendlich die Beratung
• Für längerfristige Lösungen: die Beratung in Rechnung stellen können (ist erst auf der Palliative Care und ambulant, wenn der Arzt/Ärztin dies verordnet, möglich)

ACP-Implementierung: Beratungsmöglichkeit

• Eine Pflegefachperson, welche Schicht arbeitet, kann keine Beratung durchführen
• Es bleibt keine Zeit, doch sie erkennen die Beratungsnotwendigkeit
• Auf den Stationen wird verlangt, dass vor Gesprächen zuerst die regulären Arbeiten erledigt werden
• APNs verfügen über die Arbeitsflexibilität
• Eine Voraussetzung für die Beratungen: Unterstützung durch die Vorgesetzten, am besten durch CEO
• Pilotprojekte
• Hürde: System für die Dokumentation, aufwändig mit Unterschriften und einscannen, Management der Schnittstellen: dass es vereinheitlichte Strukturen gibt (grosse Aufgabe!)

Patientenorientiertes ACP-Beratungsangebot

• Grundsätzlich sollte allen pflegeempfängenden Menschen eine ACP-Beratung angeboten werden, aber die Teilnahme ist freiwillig
• ACP-Beratung integriert im Pflegeprozess -> Anamnese -> das würde sicherstellen, dass es bei allen angesprochen wird
• Es erleichtert die Beratung, wenn man krankheitsspezifische Auskunft geben kann, also wenn man die Situation kennt und von diesem Fachgebiet kommt
• Vor einem Gespräch muss Urteilsfähigkeit des Patienten und der Patientin eingeschätzt werden -> das kann für die Pflegenden ungewohnt sein
• Im Spital sind die Patienten und Patientinnen oft schon zu krank für ein ACP-Gespräch
• In der Akutpflege den richtigen Zeitpunkt erwischen; nicht gleich nach einer Diagnose oder vor einer OP
• Schwierigkeit: den aktuellen kognitiven, körperlichen und psychischen Zustand einzuschätzen, Anpassung des Gespräches nötig
• Vorschlag: ACP eher im ambulanten statt stationären Bereich
• Positive Rückmeldungen von den Patienten und Patientinnen: Lebenseinstellung wird gehört, Abbildung der Behandlungserwartung
• ACP hat auch einen Einfluss auf die aktuelle Behandlung: es klärt die Patienten und Patientinnen auf

Zusammenarbeit: Kommunikation der ACP-Beratungen
• Es ist positiv, wenn der Arzt oder die Ärztin mit den Pflegenden das Gespräch mit den Betroffenen sucht
• Es haben sich noch nicht viele (Pflegende) mit ACP auseinandergesetzt, was die Zusammenarbeit im Team erschwert
• Im Team mit APNs ist es einfacher wegen ihren Kommunikationsfähigkeiten
• Hürde: hohe Personalflektuation -> man beginnt immer wieder von vorne
• Vereinfachung: Kommunikation und Verschicken der Dokumente per E-mail zwischen den einzelnen Institutionen (Spitex/Arzt/Palliative Care Team/etc.) -> interprofessionelle Zusammenarbeit muss gefördert werden -> vereinfachte Schnittstellen
• Wichtigkeit für den Rettungsdienst -> Notfallplan
• Gewinn für das Gesundheitspersonal: offene Haltung, Transparenz bezüglich des Therapieziels, Auflösung der Rollen von Pflege=Leidenslinderung, Ärzt=Lebensverlängerung
• Entlastung der Assistenzärzte/-ärztinnen durch die Pflege

Vision der ACP-Umsetzung in der pflegerischen Praxis
• Bestandteil der Ausbildung bei der Pflege und Ärzte und Ärztinnen
• Pflege: Betroffene aktiv ansprechen, Informationsflyer abgeben oder ihnen eine Beratung vermitteln
• Für eine gute Beratung braucht es eine spezifische Weiterbildung (nicht nur in der Grundausbildung)
• Interprofessionelle Herangehensweise -> Dokumente, die für alle Gesundheitsfachpersonen ersichtlich sind, dass übergreifend zusammengearbeitet werden kann, Fachaustausch unter den Beratenden
• Implementierung von der Institutionsleitung
• Ambulantes Setting: die Betroffenen nach einer Krise ansprechen, dann sind sie offener
• APN als beste Voraussetzung für ACP -> ideal wäre, wenn diese alle weitergebildet werden würden -> Basis im Bachelorstudium und Zertifikat im Masterstudium

Diskussion
Vorschlag: praktisches Üben mit Schauspielern. Grundsätzlich sagen die Interviewten, dass die Rolle des Pflegeexperten/-expertin für die Durchführung des ACP-Konzeptes notwendig ist aufgrund der freieren Arbeitsplanung und höheren Fachkompetenz.
Es wird auf die vier Hauptkategorien der Abbildung aus dem Ergebnisteil eingegangen, welche als Kernpunkte beschrieben werden. Umsetzungsbereiche:
1. Institutioneller Bereich der Beratungsmöglichkeit: Trotz dem Rahmenkonzept vom BAG ist ACP noch lange nicht flächendecken bekannt. Dafür braucht es ein Implementierungsauftrag durch die Institutionen und eine nationale Strategie.
2. Situativer Bereich eines patientenorientierten Beratungsangebotes: Die Teilnehmenden äussern den Wunsch, dass das ACP-Konzept an die situativen (kognitiver/physischer Zustand der Patienten/Patientinnen, etc.) Gegebenheiten angepasst werden kann und dass die Pflegeexperten/-expertinnen und ACP-Beratenden sich an der Konzeptentwicklung für ihren Tätigkeitsbereich beteiligen können. Zudem sollte die Implementierung vermehrt auf den ambulanten Bereich ausgerichtet werden.

Von den Aussagen der Teilnehmenden leitet die Forscherin ab, dass die APNs eine Schlüsselrolle in der Umsetzung von ACP einnehmen könnten, da sie die «perfekten» Voraussetzungen und Skills mitbringen würden. Als Limitation wird noch einmal die persönliche Nähe der Forscherin zu den Teilnehmenden aufgegriffen und erläutert, was dagegen unternommen wurde. Als weitere Limitation wird genannt, dass die Interviews nur von einer Person (der Forscherin) geführt und codiert wurden. Die Stichprobe beschränkt sich auf den deutschsprachigen Teil der Schweiz und ist eher klein.

Implikationen für die Praxis und Ausbildung
- Die Pflegenden sollten beim Umsetzungsprozess in die Praxis eine aktive Rolle einnehmen
- Austausch mit den Ärzten und Ärztinnen
- Finanzierbarkeit auf gesundheitspolitischem Weg
- Das Projektmanagement kann von einer APN in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst übernommen werden
- Aus- und Weiterbildung im Bachelor und Master

Implikationen für die Forschung
- Die Auswirkung von ACP auf die pflegerische Kompetenz/Pflegeautonomie und moralische Resilienz
- Outcome für die Patienten und Patientinnen
- Inwiefern beeinflussen sich die Voraussetzungen, Rahmenbedingungen und gelebten Umsetzungspraktiken

Würdigung

Einleitung
Die Studie behandelt ein pflegerelevantes Thema. In der Einleitung und dem theoretischen Hintergrund wird deutlich, was der Stand von ACP unter anderem auch in der Schweiz ist und wo Fragestellungen betreffend der Pflege und ihrer Rolle auftauchen. Das Ganze wird
mit vorhandener Literatur untermauert und strukturiert erklärt. Schlussendlich werden die Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit klar herauskristallisiert. An dieser Stelle muss vermerkt werden, dass es sich um eine noch nicht veröffentlichte und nicht verkürzte Masterarbeit handelt.

**Methode**

**Methodologische Reflexion:** Die Forscherin ist in die ACP-Weiterbildung und ACP-Beratung involviert. Der explorative Ansatz macht dadurch Sinn, dass die Fragestellung in der Schweiz noch nicht erforscht wurde und erst einmal Daten gesammelt werden müssen. Die Fragestellung befasst sich mit der Wirklichkeit der Beratungssituation nach der ACP-Ausbildung. Die Befragten können durch das gewählte Studiendesign im offenen...
Gespräch zu diesem Thema Auskunft geben, da sie die Ausbildung absolviert haben und ACP in der Praxis umsetzen.

**Ergebnisse**

**Diskussion**
Gütekriterien

Confirmability (Bestätigung)
- Die Interviews wurden von der Autorin der Studie durchgeführt.
- Der Leitfaden für die Interviews wurde von einer Pflegefachperson im Vorfeld getestet.
- Es fand ein Austausch mit Kolleginnen statt und es wurden Memos gemacht.
- Ansonsten werden keine Auditinhalte oder -Prozesse beschrieben.

Dependability (Zuverlässigkeit)
- Die Methode ist systematisch und nachvollziehbar beschrieben (induktive und deduktive Herleitung, Kodierung bis zum Kategoriensystem).
- Die Interviews wurden mehrfach von der Autorin bearbeitet und analysiert. Es fand aber kein Austausch in einem Forschungsteam statt.
- Keine zeitlichen Angaben, keine Diskussion im Forschungsteam. Der Interviewleitfaden wurde im Laufe angepasst.

Credibility (Glaubwürdigkeit)
- Wird in der Studie dadurch begründet, dass das ganze Verfahren von der Entwicklung des Leitfadens bis zu den Interpretationsschritten dokumentiert wurde.
- Es fand ein Austausch mit Kolleginnen statt. Ansonsten hat die Autorin selbstständig gearbeitet.
- Triangulation insofern, dass der Interviewleitfaden zusätzlich auf Erfahrungen der Autorin basiert.

Transferability (Übertragbarkeit)
- Die Ergebnisse sind sehr strukturiert und detailliert. Sinnvolle Zitate werden wiedergegeben.
- Die Teilnehmenden haben einen klaren Bezug zur Praxis in der Schweiz. Die Ergebnisse sind praxisnah und wirken umsetzbar bzw. relevant.
- Es wurde ein verständliches Modell von den Resultaten abgeleitet.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.
Zusammenfassung

Einleitung

Methode
**Design und Stichprobe:** Es wurde eine randomisierte kontrollierte Studie mit zwei Gruppen mit wiederholten Messungen binnen knapp zwei Jahren durchgeführt. Als Population galten Patienten und Patientinnen mit einer bösartigen oder fortgeschrittenen chronischen Erkrankung. Sie wurden von acht medizinischen Abteilungen und einem Ambulatorium von einem Spital in Hong Kong rekrutiert. Zur Selektionshilfe wurde «The

Einschlusskriterien:
- Eines der drei Merkmale der Selektionshilfe wird erfüllt
- Mindestens 18 Jahre alt
- Mental kompetent
- Beherrschen die kantonesische Sprache
- Leben Zuhause

Die zugelassenen Probanden und Probandinnen mussten eine Person aus der Familie/Verwandtschaft/Partnerschaft (mind. 18 Jahre alt und mind. einen Kontakt zu der Person in den letzten drei Monaten) auswählen, welche in die Entscheidungen am Lebensende miteinbezogen wird.

Ausschlusskriterien:
- Keine Nominierung einer begleitenden Person möglich
- Dem palliativen Dienst zugeteilt
- Schon vor der Teilnahme eine Patientenverfügung ausgefüllt


Zwei Personen vom ärztlichen Dienst überprüften die Patienten und Patientinnen in einem ersten Durchlauf und leiteten die potenziellen Teilnehmenden an eine forschende Pflegefachperson weiter. Diese prüfte die Patienten und Patientinnen sowie die von ihnen auserwählte Person individuell und klärte sie über die Studie auf. Die Zuteilung zu den beiden Gruppen der Studie fand durch eine mitarbeitende Forschungsperson randomisiert statt und wurde geheimbehalten. Alle weiteren Assessments fanden durch zwei Pflegefachpersonen von Angesicht zu Angesicht statt, welche ebenfalls nichts von der
Zuteilung wussten. Diese wurden betreffend der Anwendung der Fragebögen geschult, damit die innere Validität gewährleistet ist.


1. Besuch: Die Probanden und Probandinnen wurden aufgefordert von ihren Erfahrungen mit Krankheit zu erzählen und erhielten eine Informationsbroschüre zu ACP.

Auch die Kontrollgruppe erhielt alle drei Wochen einen Besuch einer Pflegefachperson im Stil einer routinemässigen Kontrolle, wo auch die Medikation überprüft wurde. Die nominierte Person sollt bei diesen Besuchen auch anwesend sein und es wurde ebenfalls die Infobroschüre zu ACP beim ersten Besuch abgegeben, es wurde aber nicht näher darauf eingegangen. Wenn die Personen aus der Kontrollgruppe nach einer Patientenverfügung fragten, gab die Pflegefachperson das Formular dazu ab und verwies sie an ihren zuständigen Arzt.

**Datenerhebung:** Zum einen wurde die Übereinstimmung der gewünschten Behandlungen am Lebensende vom Patienten oder von der Patientin und der Wünsche, welche die nominierte Person annahm, untersucht. Ebenfalls wurde die Konfliktrössse betreffend Entscheidungsfindung am Lebensende und das Vorhandensein der Dokumentation der gewünschten Behandlungen am Lebensende gemessen. Die Datenerhebung fand zu drei
Zeitpunkten statt: bei der Einschreibung, ein Monat und sechs Monate nach der Einschreibung.

Bei der Einschreibung:

- demographische Daten
- Diagnosen, Komorbiditäten
- Der Charlson Comorbidity Index wurde verwendet, um die Belastung der Komorbiditäten zu beziffern. Dieser Index wurde für Langzeitstudien geprüft, das Datenniveau ist nicht bekannt (es hat eine Quelle).
- Nach sechs Monaten wurde geschaut, ob bei den Teilnehmenden eine Dokumentation vom ärztlichen Dienst in den elektronischen Unterlagen in Form einer Patientenverfügung oder in Form von formulierten Therapiezielen für lebenserhaltende Massnahmen vorhanden war.

**Datenanalyse:** Anhand deskriptiver Statistik wurden die Charakteristiken, Ergebnisse und Ausfallquoten zusammengefasst. Die Wirksamkeit der Intervention wurde mit einem Vergleich zwischen der Kontroll- und der Interventionsgruppe dargestellt. Der Chi-Quadrat und der unabhängige T-Test wurden angewendet, um die erhobenen Daten bei Eintritt in die Studie zu vergleichen. «Generalised estimating equation (GEE)» Modelle wurden
genutzt, um die Veränderung der Resultate zwischen den Gruppen zu den unterschiedlichen Zeitpunkten zu erfassen. Das «intention-to-treat» Verfahren wurde berücksichtigt. Das heisst, dass auch die Ergebnisse der Dropouts soweit wie möglich berücksichtigt wurden.

Das Signifikanzlevel wurde bei p<0.05 angesetzt.


**Ergebnisse**


Diskussion

Würdigung

Einleitung

Methode

**Ergebnisse**

Es werden fast alle erhobenen Daten kurz präsentiert. Die Tabelle 1 mit den Charakteristiken ist ergänzend zum Text. Dessen Vollständigkeit kann nicht überprüft werden, weil nicht bekannt ist, welche demographischen Daten erhoben wurden. Auf die ADL-Staircase Skala wird im Text gar nicht eingegangen, weshalb diese Daten für den Lesenden schwierig zu interpretieren sind. Der Charlson Comorbidity Index kann ebenfalls nicht interpretiert werden, wenn man den Index nicht kennt, da in der Studie keine

Aus der Tabelle 1 ist ersichtlich, dass sich die Kontroll- und Interventionsgruppe nur durch die Anzahl Verheirateten bei den nominierten Personen signifikant unterscheiden. Dieser Unterschied wurde aber bei den Analysen durch die GEE beachtet.

**Diskussion**

Insgesamt wurde mit der Studie das untersucht, was als Outcome definiert wurde und die Diskussion rundet den Inhalt verständlich ab. Die Hauptergebnisse werden aufgegriffen, zum Teil kritisch beurteilt und mit anderen Studien verglichen. Es werden unterschiedliche Erklärungen für ein paar Ergebnisse formuliert und Vorschläge für die Praxis gemacht. Als Stärke wird das methodische Vorgehen genannt. Dieses ist für den Leser und die Leserin aber sehr schwierig auf den ersten Anhieb zu verstehen und es bleiben doch ein paar Aspekte unklar.

Die Intervention dieser Studie kann in einem anderen Setting umgesetzt werden, da sie auf einem ACP-Programm basiert, welches strukturiert, aber anpassbar ist.

**Gütekriterien**

**Objektivität**

- Die Teilnehmenden wurden randomisiert auf die Studiengruppen verteilt und die Zuteilung blieb verdeckt für die Pflegefachpersonen, welche die Assessments mit den Personen durchführten.
- Die Paare wurden separat über die Studie informiert und füllten die Assessments unabhängig voneinander aus.
• Die forschungsleitende Person war bei einigen Hausbesuchen dabei. Zum einen trug das zu einer einheitlichen Durchführung bei (Reliabilität), doch die Gespräche könnten dadurch beeinflusst worden sein.

• Die Forschenden haben einige Massnahmen angewendet, um die Objektivität zu gewährleisten.

Reliabilität

• Eine Pflegefachperson führt die Hausbesuche durch. Das führt zu einer einheitlichen Intervention. Es kann diskutiert werden, ob dadurch die Objektivität gewährleistet ist.

• Ein Messinstrument wurde von der Studie als reliabel bezeichnet. Die anderen Messinstrumente verfügen über eine Quelle, welche teilweise ihre Reliabilität bestätigt.

• Die Rekrutierung der Teilnehmenden ist mehrheitlich klar beschrieben.

• Die Pflegefachpersonen, welche für die Assessments zuständig waren, wurden geschult.

• Die Daten wurden nicht auf Normalverteilung geprüft.

Validität

• Das Studiendesign trägt positiv zur Validität bei.

• Die Stichprobengrössse ist berechnet.

• Die Messinstrumente wirken valide. Es fehlen aber in der Studie Informationen, um die Ergebnisse vollständig interpretieren zu können.

• Das verwendete ACP-Programm entstammt einem anderen Programm, welches bekannt ist.

• In den Limitationen werden einige mögliche Verzerrungen durch die Paar-Struktur der Studie diskutiert.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.
Zusammenfassung

Einleitung
Die Studie erläutert in der Einleitung, dass ACP zu einer patientenzentrierten Pflege beisteuern kann. ACP kann zu jedem Zeitpunkt stattfinden, aber spätestens vor der Verschlimmerung einer Krankheit sollte der ACP-Prozess gestartet werden. Das Problem ist aber, dass es keine einheitlichen und klaren Richtlinien dafür gibt, wer für die Umsetzung von ACP verantwortlich ist. Die Pflegefachpersonen sind in der guten Position, um einen passenden Zeitpunkt für ein Standortgespräch zu erkennen und zu ergreifen. Der Aufgabenbereich muss aber noch geklärt werden. Die Studie hat im Rahmen eines Projektes zur Qualitätsverbesserung (Quality improvement project, QI) stattgefunden, welches vom Pflegepersonal einer Abteilung der Oregon Health and Science Universität vorgeschlagen wurde. Der Zweck der Studie ist, dass mehr Patienten und Patientinnen dadurch, dass das Pflegepersonal dementsprechend ausgebildet wird, eine ACP-Beratung erhalten. Das Ziel der Studie ist es herauszufinden, wie sich eine ACP-Schulung auf das Wissen und Selbstvertrauen der Pflegenden betreffend ACP auswirkt und was hinderliche Faktoren bei der Durchführung sind.

Methode
Datenerhebung: In einem vorausgehenden Assessment wurde erhoben, dass die Pflegenden dieser Abteilung sich sicher fühlen in der Kommunikation mit den Patienten und Patientinnen, dass sie aber nicht genug über ACP wissen und welche Rolle sie dabei...


**Intervention:** Es wurde eine 30-minütige Schulung durchgeführt. Ein Pflegeforschender von der am Spital angegliederten Pflegeschule leitete die Schulung. Von der Studienleiterin und den Sozialarbeitenden der Station wurde das Schulungsmaterial entwickelt. Von der stationsleitenden Person wurden ein Leitfaden und eine Richtlinie zur Durchführung und Dokumentation von ACP verfasst. Als praktischer Teil wurde den Pflegenden eine Patientenverfügung zum selbst Ausfüllen abgegeben.

Unabhängige Variable: Schulung (Intervention)
Abhängige Variable: Das Verhalten der Pflegenden, ob ACP durchgeführt wird

Ethik: Es wurden keine ethischen Fragestellungen erwähnt oder diskutiert. Es fand keine Begutachtung durch eine Ethikkommission statt.

Ergebnisse
unterstützen sie bei der Erstellung, sie tauschen sich mit den Sozialarbeitenden aus und dokumentieren.

**Diskussion**


**Würdigung**

**Einleitung**

Die Studie trägt Antworten zu der Forschungsfrage der Bachelorarbeit bei. In der Einleitung wird geschrieben, dass die Rolle der Pflege im ACP-Prozess noch unklar ist und dass der Mangel an Informationen ein Grund dafür ist, weshalb die Pflegefachpersonen im ACP-Prozess zurückhaltend sind. Durch das Forschungsdesign
kann die Studie eine Aussage über das Verhalten und die Rolle der Pflege im ACP-Prozess machen. Das Ziel und der Zweck der Studie sind verständlich beschrieben und werden mit Hypothesen ergänzt. Die Einleitung weist empirische Literatur auf. Die Hauptautorin der Studie, Izumi Shigeko (Seiko), wird ebenfalls zitiert, weil sie einen Artikel über die Rolle der Pflege geschrieben hat. Das könnte die Objektivität beeinflussen.

**Methode**

Prozentzahlen und ohne statistische Verfahren in einer Tabelle dargestellt. Das Signifikanzlevel ist nur schwer aus den Tabellen ablesbar.

Das qualitative Verfahren wird weniger genau beschrieben. Die Datenanalyse ist zitiert, doch es wird nicht näher darauf eingegangen. Der Ablauf der Interviews wird nur oberflächlich beschrieben. In der Studie werden keine ethischen Fragen aufgegriffen. ACP bringt aber ethische Diskussionen mit sich. Es wird auch keine psychologische Unterstützung für die Pflegefachpersonen erwähnt.

**Ergebnisse**


**Diskussion**


Es wird nicht erwähnt, wie dieses QI-Projekt auf weitere Settings ausgeweitet werden könnte. Die Intervention sollte aber generell auf Pflegeabteilungen durchführbar sein. Die Studie hat eine direkte Intervention in der Praxis getestet, welche anscheinend eine Lücke füllt, da die Pflegenden sich selbst für das QI-Projekt ausgesprochen hatten.
Gütekriterien

Objektivität
- Die Teilnehmenden sind eventuell bei den qualitativen Interviews durch die Teilnahme der stationsleitenden Person beeinflusst worden.
- Die Pflegefachpersonen auf der Station hatten keine freie Wahl bezüglich der Teilnahme.
- Die Stichprobe ist nicht randomisiert (wird in den Limitationen erwähnt).
- Die quantitativen Daten und qualitativen Daten ergänzen sich.

Reliabilität
- Es ist nicht klar, ob die Pflegefachpersonen vor der Edukation alle auf dem gleichen ACP-Wissensstand waren, da die Ergebnisse nur zwischen den Erhebungszeitpunkten verglichen werden, aber nicht zwischen den Teilnehmenden. Es ist auch nicht klar, wie intensiv sich die einzelnen Personen nach der Schulung mit ACP auseinandersetzten. Somit wird zum einen der Alltag abgebildet, zum anderen ist die Durchführung so nur teilweise reliabel.
- Die Durchführung der Datenerhebung ist so beschrieben, dass sie auf einer anderen Station auch durchgeführt werden könnte.
- Die Durchführung der Interviews ist nur oberflächlich beschrieben.

Validität
- Der Fragebogen basierte auf bereits vorhandener Literatur, er wurde aber nicht auf seine Validität getestet. Ausserdem wurde er von der Forschungsleitenden entwickelt.
- Das Forschungsdesign wurde entsprechend der Fragestellung sinnvoll gewählt und die Datenanalyse der quantitativen Daten wirkt korrekt. Das Ziel der Studie ist erreicht.
- Die Validität der Studie wird nicht diskutiert, einige Limitationen werden aufgezeigt. Die Studie fand im Rahmen eines QI-Projektes statt, was einen Einfluss auf das Design hatte.

Es gibt es einige kritische Punkte, die betreffend der Güte anzumerken sind. Ein Teil davon ist aber durch das QI-Projekt relativierbar. Insgesamt können die Ergebnisse der Studie als aussagekräftig beurteilt werden.
Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.
Identifying the factors associated with canadian registered nurses’ engagement in advance care planning (Rietze et al., 2018)

Zusammenfassung

Einleitung

Methode
**Messinstrument:** Es wurde ein eigener Fragebogen von den Forschenden entwickelt basierend auf ähnlichen Studien und der TPB. Wie bereits erwähnt wurde die TPB dazu verwendet, Entscheidungen betreffend ACP in der Praxis zu verstehen. Begründet wurde es damit, dass wenn Faktoren, die diese Entscheidungen und das Verhalten der Pflegefachpersonen mitbestimmen, erkannt werden, auf Möglichkeiten und Hilfestellungen für die Umsetzung von ACP geschlossen werden kann.

**Der Fragebogen:**
- Einstellung zu ACP: Fragen zu wie wichtig sie ACP im Pflegealltag einschätzen
- Subjektive Wertvorstellungen/Normen: der wahrgenommene äussere Druck sich in ACP zu engagieren oder nicht -> Kultur der Organisation, ob die Erwartung da ist, dass sie sich in ACP engagieren sollten (Quelle: Cameron und Freeman)
- Wahrgenommene Kontrolle/Beeinflussungsmöglichkeiten des Verhaltens: Faktoren der Selbstwirksamkeit -> Ressourcen oder Hindernisse (aus bekannter Literatur):
  - Vertrauen/Zuversicht, Komfort und Wissen/Kenntnis

Insgesamt waren es 35 Fragen, die entweder mit Ja/Nein, einer Likert-Skala, Multiple Choice und Kurzantworten (qualitativ) beantwortet werden konnten.

Demographische Daten (welche sich aus der Literatur als wichtig ergaben, ohne Quelle)
- Arbeitsplatz
- seit wann in dieser Berufsposition
- Alter
- Höchster Schulabschluss


Ergebnisse

Da nicht alle Teilnehmenden alle Fragen beantworten mussten, kam es pro Frage zu einer unterschiedlichen Antwortquote, welche aber angegeben ist. Die demographischen Daten sind vollständig in einer Tabelle präsentiert. Die Demographie wurde mit anderen Angaben zu Ontario verglichen (Quellen nicht angegeben) und es wurden keine Unterschiede in der Stichprobe im Vergleich zu der Berufsgruppe in Ontario gefunden. Insgesamt beteiligen sich 40.5 Prozent der Teilnehmenden am ACP oft oder sehr oft.

1. Einstellung zu ACP: Es ist keine Korrelation mit dem Ausbildungsniveau vorhanden. Fast alle Teilnehmenden sehen die Diskussion über die Werte und Behandlungen am Lebensende als eine wichtige Aufgabe der Pflegefachpersonen. Die meisten (man weiß nicht wie viele) haben eine positive Einstellung gegenüber Gesprächen über das Lebensende.


Ca. ein Drittel der 35 Fragen von der Umfrage sind in einer Tabelle aufgelistet und die Antworten sind in Prozentzahlen angegeben. Es werden nicht alle Ergebnisse präsentiert.


**Diskussion**

Würdigung

Einleitung

Methode

**Ergebnisse**

Engagiert sind oder nicht. Es ist auch nicht immer klar, ob es sich wirklich um ACP handelt oder grundsätzlich um Gespräche über das Lebensende.

**Diskussion**


Das Ziel der Studie wurde mehrheitlich erreicht. Die Teilnahme der Pflegefachpersonen am ACP-Prozess konnte anhand der Umfrage dargestellt werden und Einflussfaktoren und Barrieren wurden eruiert. Das methodische Vorgehen ist aber nicht immer nachvollziehbar und es wird nur ein statistischer Test durchgeführt, welcher sich als nicht signifikant erwiesen hat. Leider fehlt am Schluss eine Interpretation der Ergebnisse anhand des TPB. Eine Umsetzung der Ergebnisse in die Praxis wird nicht detailliert vorgeschlagen.

**Gütekriterien**

**Objektivität**

- Die Studienteilnehmenden haben keinen Kontakt zu der Forschungsgruppe.
- Die Liste, mit welcher die Probanden und Probandinnen rekrutiert wurden, bestand aus Pflegefachpersonen, welche bereit sind, an einer Studie teilzunehmen. Ihre «Motivation» könnte die Ergebnisse beeinflusst haben.

**Reliabilität**

- Das Ausfüllen des Fragebogens findet nicht in einem kontrollierten Setting statt.
- Die demographischen Daten wurden mit der Population in Ontario verglichen.
• Die Auswertung der qualitativen Daten ist nur kurz beschrieben und bei den Ergebnissen auch nicht klar abgegrenzt.
• Es ist nur ein Einschlusskriterium beschrieben.

Validität
• Der Fragebogen wird von den Forschenden als valide eingeschätzt, da er von drei Experten überprüft wurde.
• Das Studiendesign scheint passend für das Ziel der Studie gewählt zu sein. Die Wahl wird aber nicht begründet.
• Die Stichprobengröße wurde zwar berechnet, doch in den Limitationen wird sie trotzdem als knapp beschrieben.
• Die Datenanalyse ist nicht vollkommen nachvollziehbar.

Die Methode wirkt insgesamt durchdacht: der Fragebogen ist sinnvoll entwickelt worden und validiert. Die Stichprobengröße wurde berechnet. Doch die Datenanalyse ist nur knapp ausgeführt, was schlussendlich auch zu einem unübersichtlichen Ergebnisteil führt.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.
Zusammenfassung

Einleitung


Methode


**Messverfahren:** Es wurde die ACP-Umfrage benutzt, welche in Australien entwickelt und validiert wurde.


**Ethik:** Es werden keine ethischen Fragen in dieser Studie diskutiert und keine Ethikkommission miteinbezogen.

**Ergebnisse**
eigene Verhaltenswahrnehmung sich bei der Voraussage des gesamten ACP-Verhalten als signifikant erwiesen.


**Diskussion**

Die signifikanten Ergebnisse werden nochmals aufgegriffen und in den Kontext und zur Fragestellung gestellt. Es folgt eine Aufforderung, dass die Ergebnisse der Studie alle Personen im Gesundheitswesen anregen sollten und ACP umgesetzt werden soll. Die Hypothesen werden aufgegriffen und zumeist bestätigt. Die Forschenden schliessen aus den Ergebnissen, dass Edukationsprogramme mit direktem und indirektem Kontakt zu ACP sinnvoll sind. Die zweiteilige Zielformulierung konnte beantwortet werden, im Diskussionsteil wird nochmals kurz auf das Konzept Banduras eingegangen. Die Diskussion selbst wird mit wenig ähnlicher Literatur verglichen oder gestützt. Es werden keine Limitationen genannt, was eine Limitation an sich ist.

**Schlussfolgerung:** Die Forschenden zeigen auf, dass es von Vorteil wäre, ACP-Gespräche in die Ausbildung zu integrieren, da es in der Verantwortung der Pflegefachpersonen liegt, solche Themen anzusprechen und viele mit einer höheren Ausbildung in einem Setting, wo ACP relevant ist, arbeiten werden. Es braucht noch weitere Studien, um das Konzept der Selbstwirksamkeit im Bezug zu ACP zu verstehen und um die indirekten und direkten Trainingsmethoden ausbauen zu können. Institutionelle Richtlinien sollten unterstützt werden.
**Würdigung**

**Einleitung**

**Methode**

**Ergebnisse**

Diskussion


Gütekriterien

Objektivität

- Es besteht kein Kontakt des Forschungsteams zu den Teilnehmenden.
- Die Durchführung der Umfrage fand online statt. Das Umfragesetting ist nicht bekannt.

Reliabilität

- Es handelt sich um eine Gelegenheitsstichprobe. Es ist nicht klar, ob diese nur nach dem Ausbildungsgrad ausgewählt wurde.
- Die Datenanalyse ist nicht ganz schlüssig, doch die Forschenden haben auf eine sorgfältige Analyse geachtet, indem sie Cronbachs a berücksichtigt und die unterschiedlichen Datenniveaus separat behandelt haben.
Validität

- Laut der Studie wurde ein validierter Fragebogen verwendet, doch bei den Quellenangaben ist fraglich, ob dieser wirklich validiert oder nur angewendet wurde, sofern das beurteilt werden kann.
- Das Studiendesign wird nicht benannt.
- Die Oncology Nursing Society ist national, doch es nehmen nur 88 Personen an der Studie teil.

Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.
Zusammenfassung

Einleitung


Methode


einer Hausarztpraxis oder auf der Intensivstation arbeiteten. Es handelt sich hierbei um
eine zielgerichtete Gruppe, daher um ein Non-probability sampling. Die Ein- und
Ausschlusskriterien werden beschrieben. Dabei wird der Ausschluss von
Pflegefachpersonen von anderen Stationen mit einer zu geringen Anzahl an terminalen
Patienten und Patientinnen begründet. Es gibt nur eine Studiengruppe.

**Datenerhebung:** Die potenziell Partizipierenden erhielten eine Darlegung des
Studienziels und des Procederes, danach wurde ihnen die Teilnahme freigestellt und sie
wurden über ihre Rechte informiert. Nach dem Unterschreiben der
Einverständniserklärung bekamen sie den Fragebogen und Kuverts von einem
wissenschaftlichen Mitarbeiter. Nach dem einmaligen Ausfüllen der Befragung wurden sie
angehalten, die verschlossenen Kuverts in die Sammelbox auf ihrer Station einzuwerfen.

**Messverfahren:** Der Fragebogen teilt sich in drei Kategorien mit unterschiedlicher Anzahl
an Frageelementen auf. Somit konnte die Fragestellung gezielt eingebunden werden. Die
Umsetzung von Hospizpflege und ACP wurde mit sechs Elementen eruiert. Vier Fragen
wurden explizit zu der Umsetzung von ACP anhand einer Likert-Skala gestellt. In der
fünften Frage mussten die Teilnehmenden die Prozentzahl der Betroffenen einschätzen,
welche Hospizpflege erhalten. Als letztes mussten sie in einer Multiple Choice Frage mit
acht Einheiten ankreuzen, welche Faktoren das ACP-Gespräch von Pflegefachpersonen
beeinflussen. Wissen, Einstellung und Aktion betreffend ACP (KAAC-ACP) wurde mit 31
Elementen erfragt. Das Wissen wurde mit neun Fragen, welche mit korrekt oder inkorrekt
bewertet wurden, abgefragt. Die Einstellung wurde in drei Unterkategorien erfragt und alle
wurden mit einer Likert-Skala gemessen (1-5). Die generelle Überzeugung von ACP
wurde mit acht Fragen eruiert, die subjektiven Normen mit sechs und die wahrgenommene
Kontrolle mit vier. Das ACP-Handeln wurde mit vier Elementen mit einer Likert-Skala (1-5)
gemessen. Des Weiteren wurden noch demografische Daten und ACP-relevante
Informationen erhoben.

**Datenanalyse:** Die erhobenen Variablen weisen ein nominales wie auch ordinales
Datenniveau auf. Diese Studie baut auf einem deskriptiven Verfahren auf und es wurden
verschiedene Verfahren benutzt. Die SPSS 20 Software für den Mac wurde für alle
Analysen verwendet. Die kategorischen Variablen wurden sowohl aufgelistet als auch als
Verteilung und Prozentzahlen angegeben, die intervallskalierten Variablen in Zahlen und
als Standardverteilung. Der Pearson Korrelations-Koeffizient wurde benutzt, um die
Beziehung zwischen dem Wissen, der Einstellung und dem Handeln und den
intervallskalierten Daten im ACP-Prozess zu analysieren. Die Regressionsanalyse wurde

**Ethik:** Es werden keine ethischen Fragen diskutiert und auch von keiner ethischen Kommission eine Genehmigung eingeholt. Die Forschenden schreiben, dass die Studie von einem Komitee des Kaohsiung Armed Forces General Spitals freigegeben wurde.

**Ergebnisse**

**Diskussion**


**Schlussfolgerung:** Die Forschenden empfehlen, dass man Pflegefachpersonen berufsbegleitend in den ACP-Prozess einführt und schult. Noch wichtiger empfinden sie, dass Pflegefachpersonen mit der nationalen Politik zusammenarbeiten und die Wichtigkeit von Patientenverfügungen betonen. So soll auch die Ärztteschaft auf die Rolle der Pflege aufmerksam gemacht werden, sodass die Pflegefachpersonen die Aufgaben mit
Selbstbewusstsein annehmen können. Zum Abschluss fordern die Forschenden noch weitere Investigationen, um auch diesen Ergebnissen mehr Gewicht geben zu können.

Würdigung

Einleitung

Methode


Ethik: Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert und auch nicht über eine mögliche Beziehung zwischen den Teilnehmenden und Forschenden berichtet.

Ergebnisse
Diskussion


Gütekriterien

Objektivität
Das Messinstrument ist in der Würdigung als reliabel und valide eingestuft worden. Der Fragebogen wurde in einer ähnlichen Form schon für eine andere Studie entwickelt, daher erprobt und stellte sich dabei als passend heraus. Da der Fragebogen anonym abgegeben wurde, hatte das Forschungsteam keinen grossen Einfluss auf die Probanden und Probandinnen. Doch der Hawthorne-Effekt kann nie ausgeschlossen werden, sowie auch nicht der momentane Ist-Zustand einer Person.

Reliabilität
Die Studie zeigt sich als zuverlässig, da eine Wiederholbarkeit möglich ist. Somit sollten die Ergebnisse von anderen Forschenden replizierbar sein. Dabei stellt sich der Fragebogen als zuverlässig heraus.

Validität
Durch die entstandenen Ergebnisse kann die Fragestellung vollständig beantwortet werden. Somit ist gemessen worden, was gemessen werden sollte und die Validität gegeben.
Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.
Zusammenfassung

Einleitung

Methode
Übereinstimmung erreicht wurde. Die Umfrage wurde zunächst getestet und bei Bedarf angepasst.


**Datenerhebung:** Es wurde eine schriftliche Befragung mit Hilfe einer einmaligen Umfrage durchgeführt. Den Fragebogen erhielten sie von einem Forschungsmitglied während ihrer Arbeitszeit. Das Ausfüllen fand entweder während Weiterbildungen, der Arbeitszeit oder Zuhause statt. Es wurde keine Zeit zur Verfügung gestellt.

**Messinstrumente:** Es wurde eine Umfrage in Form eines Fragebogens erhoben, dabei wurde keine weitere Begründung angegeben. Der Fragebogen beinhaltet soziodemografische Charakteristiken, Gebiet der klinischen Expertise, Wissen und Einstellungen bezüglich ACP und die eigene Teilnahme in ACP.

**Datenanalyse:** Stata/IC14 wurde für alle Analysen verwendet. Der Chi-Square Test wurde zur Bemessung von Neigungen auf Grund von Geschlecht und Alter benützt. Im One-sample proportion Test wurden nationale Daten von dem Australischen Gesundheitsinstitut zu Geschlecht, Alter und Erwerbstätigkeit gesammelt und mit ihren eigenen verglichen. Das Verhältnis von jeder Pflegefachperson bezüglich der Anwendung von ACP wurde mit einem 95 Prozent Konfidenzintervall gemessen. Anhand von univariaten linearen Regressionen sollten die Beziehungen zwischen Wissen und den Charakteristiken der Pflegefachperson veranschaulicht werden. Das Messverfahren der multiplen Regression wurde für alle einzelnen Resultate verwendet und waren ab einem p-Wert von <0.05 signifikant.

**Ethik:** Es werden keine ethischen Fragen in der Arbeit diskutiert, dennoch wurde eine Genehmigung von der Ethikkommission «Human Research» der Universität Newcastle und von den zuständigen Kommissionen der teilnehmenden Gesundheitsanbieter eingeholt.
Ergebnisse

Diskussion
Die Forschenden nehmen nochmals die signifikanten Ergebnisse im Diskussionsteil auf, zeigen aber auch, dass sie nicht zwischen allen Charakteristiken und dem Wissen einen signifikanten Zusammenhang aufzeigen konnten, obwohl dies konträr zu anderen Studien steht. Es wird erwähnt, dass das Wissen über den ACP-Prozess bei den Pflegefachpersonen aufgestockt werden sollte, da sie in ihrem alltäglichen Berufsleben immer wieder bei Patienten und Patientinnen, welche urteilsunfähig sind, eine wichtige Rolle übernehmen. Sie werden als die Schnittstelle von Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen, Familien und Ärzten und Ärztinnen beschrieben. Durch diese

**Schlussfolgerung:** Auf Grund der grossen Wissenslücken sollen Ausbildungsangebote entwickelt und Unterstützung angeboten werden, um das Wissen der Pflegefachpersonen zu erweitern. In solchen Schulungen sollte auf die Erfahrung und das Fachwissen von langjährigen Pflegefachpersonen zurückgegriffen werden.

**Würdigung**

**Einleitung**

Diese Studie hat zum Ziel, eine wichtige Fragestellung zur Umsetzung von ACP für die Pflegefachpersonen zu beantworten. Auch für die Fragestellung der Bachelorarbeit ist diese Studie geeignet, da man aus dem bestehenden Wissen der Fachpersonen ein Rollenverständnis herausfiltern kann. Die zweiteilige Forschungsfrage ist präzise und verständlich formuliert, Hypothesen werden nicht aufgestellt. Das vorhandene Wissen zum

**Methode**

**Design:** Da die Forschenden das Wissen und die eigene Aktivität zum momentanen Zeitpunkt in Australien erfragen möchten, eignet sich eine einmalige Umfrage dazu. Vor allem das Wissen über gesetzliche Verankerungen kann mit spezifischen Fragen nachvollziehbar veranschaulicht werden. Durch die acht verschiedenen Fragen zur Partizipation im ACP-Prozess und den breiten Antwortmöglichkeiten wird auch hier eine logische Verbindung zu der Forschungsfrage gewährleistet. In der Studie wird die Kontrolle der internen und externen Validität nicht explizit angesprochen. Da das Ausfüllen des Fragebogens in keinem organisierten Setting stattgefunden hat und die Bedingungen somit nicht für alle Teilnehmenden gleich waren, wird die interne Validität beeinflusst.

**Stichprobe:** Die Stichprobenwahl scheint angemessen zu sein, da nur Akutstationen miteingeschlossen werden und dies zur Beantwortung der Fragestellung beiträgt. Wie die Stichprobe erzielt wurde, ist nicht weiter ausgeführt und lässt Fragen offen, wie die Forschenden zu den Teilnehmenden gekommen sind. So wird die Stichprobengrösse weder erwähnt noch diskutiert und kann auf ihre Angemessenheit nicht überprüft werden. Es werden keine Dropouts genannt. Das Design scheint passend zu sein, da durch die Umfrage das Wissen abgefragt werden kann. Die Ergebnisse können tendenziell nur auf die Zielpopulationen, also auf Pflegefachpersonen in Australien, welche die Einschlusskriterien erfüllen, übertragen werden. Das Ausbildungsniveau hat zum Beispiel einen Einfluss auf den Wissensstand.

**Datenerhebung:** Die Daten werden bei den Teilnehmenden nicht alle auf die gleiche Weise erhoben und weisen Unterschiede auf. So werden die Fragen nicht in einem geregelten Setting beantwortet und nicht beantwortete Daten einfach über die verschiedenen Elemente verteilt. Die Forschenden erwähnen somit unvollständige Daten.

**Messverfahren:** Das Messinstrument, die Umfrage, wirkt reliabel, da der Fragebogen zuvor ausführlich entwickelt, getestet und überarbeitet wurde. So kann er von anderen Forschungsteams wiederverwendet werden. Dies ist ein guter Ausgangspunkt für die Beantwortung der Fragestellung, da die Reliabilität gegeben ist und diese eine Voraussetzung für die Validität ist und das Messinstrument misst was es messen soll. Da
zuvor die Fragen schon getestet wurden, wirkt er in sich valide. Die einzelnen Elemente sind nachvollziehbar erklärt.

**Datenanalyse:** Die Verfahren der Datenanalyse werden klar beschrieben und sinnvoll angewendet. Die Anwendung vom Chi-Quadrat-Test ist in dieser Studie bedingt korrekt. Es handelt sich nämlich um nominale (Geschlecht) und proportionale (Alter) Daten und der Chi-Quadrat Test sollte nur bei kategorialen Variablen angewendet werden. Da die Stichprobe grösser als 50 ist und ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen untersucht werden soll, liegt man mit dieser Datenanalyse nicht ganz falsch, aber die Validität dieser spezifischen Aussagen ist begrenzt. Der p-Wert wurde für den genannten Test nicht dokumentiert. Die univariate lineare Regression ist ebenfalls nachvollziehbar, da ein Zusammenhang zwischen der unabhängigen (UV) (Charakteristiken der Pflegefachpersonen) und der abhängigen (AV) (Wissen) Variabel analysiert werden möchte. Die Summenscores des Wissens und der Partizipation können als metrisch betrachtet werden, eine Erklärung zu den einzelnen Datenniveaus fehlt. Die Ergebnisse wurden ab p <0.2 als signifikant bewertet und in die multiple Regression einbezogen. Bei dieser soll eine Beziehung zwischen mehreren UV und einer AV erforscht werden. Das Signifikanzniveau wird für diese Analyse mit p<0.05 angegeben, aber nicht weiter begründet. Die Voraussetzungen für die multiple Regressionsanalyse wurden geprüft.

**Ethik:** Die Studie weist keine Diskussion über ethische Fragen auf und die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden wurde nicht festgehalten. Einen kurzen Kontakt zwischen einem Mitglied des Forschungsteams und den Teilnehmenden hat es bei der Verteilung der Fragebögen gegeben. Es wurde aber nicht weiter erwähnt, wie lange dieser Kontakt bestand und welche Rolle der oder die Forschende in der Arbeit hatte.

**Ergebnisse**

Die Ergebnisse sind präzise und detailliert in Tabellen aufgeschlüsselt und es wird nochmals auf die statistischen Verfahren eingegangen. So wird aus dem Text und den Tabellen klar, welche Kategorien in die multiple Regression miteinbezogen wurden. Die Grösse der Stichprobe wurde für dieses Verfahren beurteilt. Die Tabellen sind jeweils mit einem Titel beschriftet und im Text verankert, was zum Überblick beiträgt. Die aufgelisteten Ergebnisse sind vollständig und die Tabellen ergänzen den Fliesstext mit weiteren Details. Es wird erstmals die univariate Regressionsanalyse zwischen Charakteristik und Partizipation erwähnt.
**Diskussion**


**Schlussfolgerung:** Diese Studie trägt dazu bei, Lücken aufzuzeigen und sie durch konkrete Lösungsvorschläge, basierend auf anderen Forschungsergebnissen, zu füllen. Die Forschenden zeigen dabei auch Stärken und Schwächen auf, sodass die Studie in einem anderen klinischen Setting ebenfalls durchführbar wäre. Die Ergebnisse lassen sich in der Praxis umsetzen, indem vermehrt Schulungen zum ACP-Konzept veranstaltet werden und durch Kampanien Aufmerksamkeit in der Bevölkerung geschaffen wird.

**Gütekriterien**

**Objektivität**

- Das Messinstrument ist reliabel und valide.
- Die Ergebnisse wurden nicht von anderen Einflüssen wie zum Beispiel durch die Forschenden beeinflusst, daher wirken sie unabhängig.
- Es war kein kontrolliertes Umfragesetting vorhanden.

**Reliabilität**

- Das Vorgehen wurde gut beschrieben. Die Entwicklung des Fragebogens ist gut nachvollziehbar, er wurde getestet und in mehreren Schritten entwickelt.
- Die Datenanalyse ist klar beschrieben.

**Validität**

- Das Forschungsdesign stellt sich als angemessen heraus, da die Ergebnisse die Fragestellung beantworten können.
- Das Messinstrument misst, was es messen soll und ist somit valide.
- Das Analyseverfahren wirkt valide.
- Die beiden Grundvoraussetzungen für die Validität, nämlich die Objektivität und die Reliabilität sind gegeben.

**Evidenzlevel nach DiCenso et al. (2009):**
Diese Studie ist auf der untersten Ebene der 6S-Pyramide einzuordnen.