

«Wenn ein Sterbedatum festgelegt wird»

Wie erleben Pflegefachpersonen den assistierten Suizid in der stationären und ambulanten Praxis, und wodurch wird dieses Erleben beeinflusst?

Casanova Stefanie
[REDACTED]

Zehnder Vera
[REDACTED]

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF20

Eingereicht am: 26.04.2023

Begleitende Lehrperson: Neumeyer Gerda
Maria Margaretha

**Bachelorarbeit
Pflege**

Abstract

Darstellung des Themas

Das Thema des assistierten Suizids betrifft professionelle und persönliche Wertvorstellungen von Pflegefachpersonen. Sie fühlen sich hilflos und allein gelassen. In der Praxis zeigt sich ihr fehlendes Wissen bezogen auf gesetzliche Regelungen und Richtlinien.

Fragestellung und Ziel

Wie erleben Pflegefachpersonen den assistierten Suizid in der stationären und ambulanten Praxis, und wodurch wird dieses Erleben beeinflusst?

Das Ziel der Bachelorarbeit war durch eine differenzierte Beschreibung des Erlebens sowie den beeinflussenden Faktoren einen Ausblick auf den Handlungsbedarf bezüglich der Unterstützung von Pflegefachpersonen in der Praxis zu generieren.

Methode

Es wurde eine systematisierte Literatursuche in den Datenbanken CINAHL complete und PubMed durchgeführt. Vier qualitative, zwei quantitative Studien und eine Mixed-Methods Studie wurden ausgewählt, bewertet und zusammengefasst.

Relevante Ergebnisse

Der assistierte Suizid wird in der Praxis unterschiedlich erlebt und mit positiven sowie negativen Emotionen in Verbindung gebracht. Komplexe emotionale Erfahrungen werden beschrieben. Religionszugehörigkeiten, Wissen, Wertvorstellungen sowie Erfahrungen haben einen Einfluss auf das Erleben.

Schlussfolgerung

Der assistierte Suizid ist ein aktuelles und diskutiertes Thema, welches an Relevanz gewinnt. Pflegefachpersonen werden zunehmend damit konfrontiert werden. Deshalb ist es unabdingbar, dass sich die Praxis entsprechend vorbereitet, Pflegefachpersonen adäquat zu begleiten und zu unterstützen.

Keywords

assisted suicide, nurses, nurse attitudes, attitudes, experiences, influencing factors

Inhalt

1	Einleitung.....	1
1.1	Pflegerelevanz.....	1
1.2	Problemstellung.....	2
1.3	Eingrenzung des Themas.....	3
1.4	Fragestellung und Ziel.....	4
2	Theoretischer Hintergrund.....	5
2.1	Theoretische Begrifflichkeiten.....	5
2.2	Evidence-based Nursing Modell.....	8
3	Methodik.....	10
3.1	Literaturrecherche.....	10
3.2	Literaturauswahl.....	11
3.3	Weiteres methodisches Vorgehen.....	14
4	Ergebnisse.....	15
4.1	Studie von Beuthin et al. (2018).....	18
4.1.1	Zusammenfassungen der Ergebnisse.....	18
4.1.2	Einschätzung der Güte.....	19
4.2	Studie von Davidson et al. (2022).....	20
4.2.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	20
4.2.2	Einschätzung der Güte.....	20
4.3	Studie von Freeman et al. (2020).....	21
4.3.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	21
4.3.2	Einschätzung der Güte.....	22
4.4	Studie von Penman et al. (2022).....	23
4.4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	23
4.4.2	Einschätzung der Güte.....	24
4.5	Studie von Pesut et al. (2020).....	25

4.5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	25
4.5.2	Einschätzung der Güte.....	27
4.6	Studie von Snir et al. (2022)	28
4.6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	28
4.6.2	Einschätzung der Güte.....	29
4.7	Studie von Wilson et al. (2020).....	30
4.7.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	30
4.7.2	Einschätzung der Güte.....	32
5	Diskussion	33
5.1	Gesamtwürdigung der Studien	33
5.2	Erleben	33
5.3	Beinflussende Faktoren	34
5.3.1	Erfahrungen	34
5.3.2	Wertvorstellungen	35
5.3.3	Religionszugehörigkeit.....	36
5.3.4	Wissen	37
5.4	Auswirkungen der beeinflussenden Faktoren auf das Erleben.....	38
5.5	Beantwortung der Fragestellung.....	39
6	Theorie-Praxis-Transfer.....	40
6.1	Evidence-based Nursing Modell	40
6.1.1	Forschungsstand.....	40
6.1.2	Expertise der Fachperson	40
6.1.3	Präferenzen und Vorstellung der Pflegebedürftigen.....	41
6.1.4	Umgebungsbedingungen	42
6.2	Implikationen für die Praxis.....	43
7	Limitationen und Stärken	45
8	Schlussfolgerung	46

Literaturverzeichnis.....	47
Abbildungsverzeichnis	54
Tabellenverzeichnis	54
Wortzahl.....	54
Danksagung.....	55
Eigenständigkeitserklärung.....	56
Anhang A: Suchverlauf in den Datenbanken	V
Anhang B: AICA der Studie von Beuthin et al. (2018)	VII
Anhang C: AICA der Studie von Davidson et al. (2022)	X
Anhang D: AICA der Studie von Freeman et al. (2020).....	XIV
Anhang E: AICA der Studie von Penman et al. (2022)	XVIII
Anhang F: AICA der Studie von Pesut et al. (2020).....	XX
Anhang G: AICA der Studie von Snir et al. (2022).....	XXVI
Anhang H: AICA der Studie von Wilson et al. (2020).....	XXIX
Anhang I: Einverständniserklärungen klinische Expertise.....	XXXIII

1 Einleitung

Pflegefachpersonen begleiten Menschen unter anderem in ihrer letzten Lebensphase. Dabei übernehmen Pflegefachpersonen Verantwortung, Menschen ein autonomes und würdiges Sterben zu ermöglichen und Leiden zu verringern (Riedel et al., 2022, S. 5).

Beim assistierten Suizid, einer Form des selbstbestimmten Sterbens, wird einer sterbewilligen Person ein ärztliches Rezept für ein tödliches Betäubungsmittel ausgestellt und die Substanz vermittelt, welche die Person selbständig einnehmen muss (Bundesamt für Statistik [BFS], 2016, S. 1). Dies ist in der Schweiz erlaubt, sofern es ohne selbstsüchtige Beweggründe erfolgt (Bundesamt für Justiz [BJ], 2023). Hierzulande werden assistierte Suizide meist mit der Hilfe von Sterbehilfeorganisation organisiert und durchgeführt (Exit, n.d.). Sterbehilfeorganisationen der Schweiz sind: Exit Deutsche Schweiz, Exit Suisse romande Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (A.D.M.D.), Pegasos Swiss Association, Dignitas, Eternal Spirit, Ex International und der Verein Sterbehilfe (Feichtner & Wasl, 2022, S. 264).

Die grösste Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit Deutsche Schweiz, zählt Ende 2022 154'118 Mitglieder. Im Vergleich zum Jahr 2020 ist dies ein Zuwachs von 19'077 Personen (Exit, 2021, 2023). Eine Statistik des BFS (2022) verdeutlicht, dass die Anzahl Fälle von assistiertem Suizid über die Jahre angestiegen ist. In der Schweiz haben sich im Jahr 2020 1251 Personen für die Durchführung des assistierten Suizid entschieden.

Gründe, aus welchen Menschen den assistierten Suizid wählen, können körperliche Beschwerden, der Verlust wichtiger Körperfunktionen und Schmerzen sein. Weiter werden fehlende Lebensqualität, zunehmende Pflegebedürftigkeit, Wunsch nach Autonomie und würdevollem Sterben sowie die Vorstellung für andere eine Last zu sein benannt (Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende, 2017, S. 33).

1.1 Pflegerelevanz

Zwischen Pflegefachpersonen und den zu betreuenden Personen bestehen Beziehungen, welche durch Zuwendung, Anteilnahme und Einfühlsamkeit geprägt sind (Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK], 2008). Aufgrund dieses Beziehungs- und Vertrauensaufbaus sind Pflegefachpersonen oft die Ersten, welche mit

dem Sterbewunsch oder dem Wunsch nach assistiertem Suizid einer zu betreuenden Person konfrontiert sind (De Bal et al., 2006, S. 590; Riedel et al., 2022, S. 3; Roy, 2022, S. 32). Demnach werden unter anderem Menschen gepflegt, die entschlossen sind, den assistierten Suizid durchzuführen (Schaffert-Witvliet et al., 2014, S. 14). Bezogen auf Menschen mit Sterbewunsch, steht gemäss SBK (2021, S. 2) das Begleiten und das Wahrnehmen von physischen, psychischen und spirituellen Bedürfnissen sowie das Führen von Gesprächen im Vordergrund. Pflegefachpersonen sollen zudem die gesetzlichen und institutionellen Möglichkeiten und Grenzen erklären, sowie den Zugang zu den benötigten Informationen zum assistierten Suizid ermöglichen. Bis zur Übernahme der Betreuung durch die Sterbehilfeorganisation kann laut dem SBK (2021, S. 2) die pflegerische Betreuung fortgeführt werden. Die Anwesenheit von Pflegefachpersonen beim Tod durch den assistierten Suizid kann freiwillig erfolgen. Die Pflegefachpersonen in der Schweiz sollen demnach keine aktive Rolle in der Abklärung, Organisation und Verabreichung des Medikamentes zur Herbeiführung des Todes einnehmen. Fakt ist jedoch, dass sie in Pflegesituationen tätig sind, in welchen der assistierte Suizid ein Thema ist (Schaffert-Witvliet et al., 2014, S. 14). Daraus leitet sich die Pflegerrelevanz der Thematik ab.

1.2 Problemstellung

Die Betreuung von Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid wird als anspruchsvolle und emotional belastende Aufgabe angesehen (Denier et al., 2009, S. 46; Pleschberger & Petzold, 2022, S. 141). Die Thematik des assistierten Suizides betrifft demnach die persönlichen und professionellen Wertvorstellungen der Pflegefachpersonen (Riedel et al., 2022, S. 2). Schweizer Pflegefachpersonen berichten zudem von Schwierigkeiten, sich über ihr Erleben in der Pflege von Menschen, die mit assistiertem Suizid sterben möchten, zu äussern. Oftmals fehle ihnen gar die Sprache dazu. Zusätzlich fühlen sich Pflegefachpersonen in den Betreuungssituationen hilflos und allein gelassen. Sie erzählen, dass Führungsverantwortliche der Institutionen ihre seelische Not nicht erkannt haben oder nicht darauf eingegangen sind (Schaffert-Witvliet et al., 2014, S. 15–16). Gemäss van Bruchem-van de Scheur et al. (2008, S. 1624) kommt es öfters vor, dass in den Institutionen keine Richtlinien zu Rahmenbedingungen sowie Rollenbeschreibungen vorhanden sind. Zusätzlich zeigt sich fehlendes Wissen bezüglich der Rahmenbedingungen, Rollen und Aufgaben (McMechan et al., 2019, S. 8–9). Daraus lässt sich schliessen, dass Pflegefachpersonen einerseits mit der Thematik überfordert

sind und andererseits mangelnd ausgebildet und in der Praxis zu wenig unterstützt werden. Es ist anzunehmen, dass in der Praxis Rahmenbedingungen und Wissen fehlen. Deshalb ist es von Wichtigkeit zu untersuchen, wie genau Pflegefachpersonen den assistierten Suizid erleben und welche Faktoren dieses beeinflussen. Damit aus den Erkenntnissen abgeleitet werden kann, in welchen Bereichen Pflegefachpersonen mehr Unterstützung und Ausbildung benötigen.

1.3 Eingrenzung des Themas

Diese Arbeit meint mit Erleben empfundene Emotionen bezogen auf den assistierten Suizid sowie die kognitive Auseinandersetzung mit diesen. Erfahrungen und vorhandenes Wissen bezüglich des assistierten Suizides, sowie sich daraus ergebenden Einstellungen und Absichten werden unter anderen den beeinflussenden Faktoren zugeordnet. Das Erleben und die beeinflussenden Faktoren beziehen sich dabei auf alle Phasen des assistierten Suizides (Wunschäusserung, Entscheidungsprozess, Organisation und Begleitung bei der Einnahme der tödlichen Substanz).

Massnahmen der Palliative Care können gemäss dem BJ (2023) die Lebensqualität von schwerkranken und sterbenden Personen erhöhen und dadurch Sterbewünsche abwenden. Hinter einem Sterbewunsch kann sich das starke Motiv verbergen, Leid zu vermeiden und den Prozess beziehungsweise der Weg des Sterbens abzukürzen (Diakonie Deutschland, 2022, S. 12). Durch den assistierten Suizid wird der Tod herbeigeführt. Palliative Care beabsichtigt hingegen gemäss ihrer Definition weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes (palliative.ch, n.d.). Deshalb wird der assistierte Suizid von der Palliative Care abgegrenzt, da diese den Fokus auf die Erhaltung der Lebensqualität und nicht auf das Ermöglichen des assistierten Suizides legt.

Aufgrund des Bezuges auf den assistierten Suizid, erfolgt in der Arbeit eine Abgrenzung zur indirekt aktiven Sterbehilfe sowie der passiven Sterbehilfe. Hinsichtlich der gesetzlichen Regelungen wird zusätzlich von der direkt aktiven Sterbehilfe und der Tötung auf Verlangen abgegrenzt.

Gemäss Exit (2021) werden als Sterbeorte von assistierten Suiziden Sterbezimmer von Exit, private Sterbeorte oder Heime aufgelistet. Die Zahl von assistierten Suiziden in Alters- und Pflegeheimen steigt zudem in den letzten Jahren stetig an (Exit, 2023). Die

Konfrontation mit einem Wunsch nach assistiertem Suizid kann in jedem pflegerischen Setting vorkommen. Deshalb findet in dieser Arbeit bezogen auf das Setting keine Eingrenzung statt.

1.4 Fragestellung und Ziel

Diese Bachelorarbeit beschäftigt sich mit folgender Fragestellung, die von der oben beschriebenen Problemstellung abgeleitet wurde: Wie erleben Pflegefachpersonen den assistierten Suizid in der stationären und ambulanten Praxis, und wodurch wird dieses Erleben beeinflusst?

Ein Ziel dieser Bachelorarbeit ist, dass eine differenzierte Beschreibung des Erlebens von Pflegefachpersonen bezogen auf den assistierten Suizid sowie der beeinflussenden Faktoren auf das Erleben vorliegt. Zudem sind in der Literatur aufgeführtes Erleben von Pflegefachpersonen sowie beeinflussende Faktoren zusammengetragen, miteinander verglichen und diskutiert. Ein Ausblick auf den Handlungsbedarf der Schweizer stationären und ambulanten Praxis liegt vor, indem Handlungsempfehlungen formuliert werden, wie Pflegefachpersonen in der Praxis unterstützt werden sollen.

2 Theoretischer Hintergrund

Nachfolgend werden die theoretischen Begriffe für die Bearbeitung der Fragestellung definiert und in Verbindung zueinander gesetzt. Zusätzlich wird das Evidence-based Nursing Modell (EBN) (Rycroft-Malone et al., 2004) erläutert.

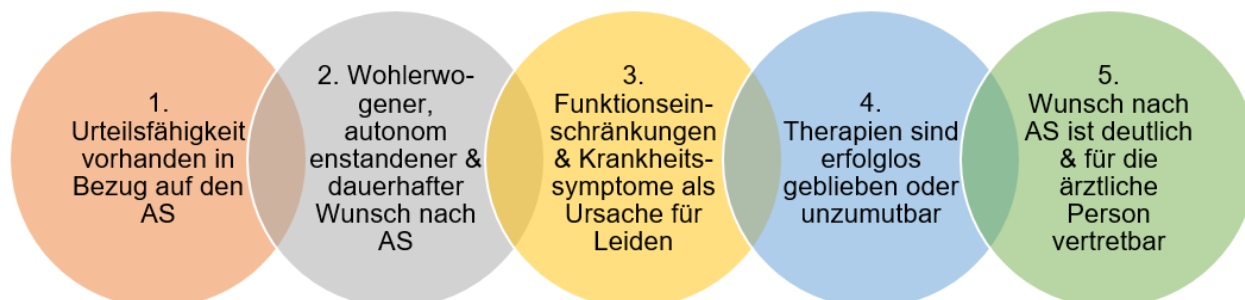
2.1 Theoretische Begrifflichkeiten

Unter **Pflegefachpersonen** werden Personen mit Abschluss eines Diplomes an einer Höheren Fachschule, eines Bachelor of Science in Nursing sowie durch das Schweizerische Rote Kreuz anerkannte ausländische Abschlüsse in Pflege verstanden. In den inkludierten Studien aus dem Ausland weisen die Pflegefachpersonen ein Bildungsniveau vergleichbar mit dem der Schweizer Tertiärstufe auf.

Pflegefachpersonen werden in ihrer Berufspraxis mit dem Wunsch nach assistiertem Suizid und der Begleitung im Prozess des assistierten Suizids konfrontiert. Unter **assistiertem Suizid** wird die selbstständige Einnahme oder Zuführung einer ärztlich verschriebenen, tödlichen Substanz verstanden. Die Verschreibung des Medikamentes zur Selbsttötung, muss innert 30 Tagen den zuständigen kantonalen Behörden gemeldet werden (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMW], 2019, S. 26). Der Tod durch assistierten Suizid gilt als aussergewöhnlicher Todesfall und muss der zuständigen Strafermittlungsbehörde gemeldet werden (Bartsch et al., 2016, S. 2). Die medizinethischen Richtlinien der SAMW (2019, S. 26–27) beschreiben fünf Voraussetzungen in Bezug auf den assistierten Suizid, welche die ärztliche Person überprüfen muss. Wobei die erste und zweite Voraussetzung von einer unabhängigen Drittperson bestätigt werden müssen. Dies Voraussetzungen sind auf der Abbildung 1 ersichtlich.

Abbildung 1

Voraussetzungen, welche die Person mit Wunsch nach assistierten Suizid erfüllen muss



Anmerkung. In Anlehnung an *Umgang mit Sterben und Tod*, von Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2019, S. 26–27. Copyright 2022 durch SAMW.
AS = assistierte Suizid.

Aufgrund dessen in der Schweiz assistierte Suizide meist als organisierte Sterbehilfe stattfinden, wird folgend der **Ablauf eines assistierten Suizids mit einer Sterbehilfeorganisation** erklärt. Laut Exit (n.d.) nimmt die sterbewillige Person oder deren Angehörigen mit der Sterbehilfeorganisation Kontakt auf und wird über die nötigen Dokumente aufgeklärt. Sobald die Sterbehilfeorganisation über diese verfügt, wird die gesamte Situation mit den Involvierten besprochen. Sind alle Voraussetzungen erfüllt, wird das Rezept für die tödliche Substanz durch die behandelnde ärztliche Person oder durch eine konsiliarärztliche Person der Sterbehilfeorganisation ausgestellt.

Da sich diese Arbeit auf den assistierten Suizid bezieht, wird von den anderen Formen der Sterbehilfe, wie der direkt aktiven Sterbehilfe, indirekt aktiven Sterbehilfe und der passiven Sterbehilfe abgegrenzt. Diese verschiedenen Formen der Sterbehilfe der Schweiz werden in der Tabelle 1 mit ihren Beschreibungen sowie den rechtlichen Status dargestellt.

Tabelle 1

Formen der Sterbehilfe in der Schweiz

Form der Sterbehilfe	Beschreibung	Rechtlicher Status
Assistierter Suizid	Vermittlung einer tödlichen Substanz, welche die suizidwillige Person ohne Fremdeinwirkung, selbst zu sich nimmt.	Legal nach Artikel 115 StGB
Direkt aktive Sterbehilfe	Gezielte Tötung zur Verkürzung des Leiden eines anderen Menschen. Dabei führt die Substanz, welche absichtlich verabreicht wird, direkt zum Tod.	Strafbar nach Artikel 111 (vorsätzliche Tötung), Artikel 114 (Tötung auf Verlangen) oder Artikel 113 (Totschlag) StGB

Form der Sterbehilfe	Beschreibung	Rechtlicher Status
Indirekt aktive Sterbehilfe	Zur Linderung von Leiden werden Mittel eingesetzt, welche als Nebenwirkung die Lebensdauer herabsetzen können, wobei ein möglicherweise früher eintretender Tod in Kauf genommen wird.	Ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt, wird jedoch als erlaubt angesehen.
Passive Sterbehilfe	Verzicht auf die Aufnahme von lebenserhaltenden Massnahmen oder Abbruch von Behandlungen mit lebenserhaltenden Massnahmen.	Ist gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt, wird jedoch als erlaubt angesehen.

Anmerkung. In Anlehnung an Bundesamt für Justiz (2023)

Die inkludierten Studien dieser Bachelorarbeiten verwenden die Bezeichnungen Medical Aid in Dying (MAiD), Medical Assistance in Dying (MAiD), Voluntary assisted Dying (VAD) sowie legal Assisted-dying. Die Tabelle 2 zeigt die Bezeichnungen mit einer Beschreibung sowie den jeweiligen Regelungen bezogen auf die Beteiligung von Pflegefachpersonen und ärztlichen Personen auf. MAiD in Amerika ist als einzige Bezeichnung gleichzusetzen mit dem assistierten Suizid der Schweiz. Jedoch ist generell anzumerken, dass für die Zulassung und Durchführung teilweise andere Voraussetzungen wie in der Schweiz erfüllt werden müssen.

Tabelle 2
Formen der Sterbehilfe in den Studien und ihre Regelungen

Land/ Region	Bezeichnung	Form der Sterbehilfe	Beteiligung
Amerika, in einigen Bundesstaaten	Medical Aid in Dying (MAiD) (Brandon, 2020)	Assistierter Suizid	Verschreibung durch ärztliche Personen
Kanada	Medical Assistance in Dying (MAiD) (Government of Canada, 2023)	Assistierter Suizid und direkt aktive Sterbehilfe	Verschreibung und Verabreichung durch ärztliche Personen oder Pflegefachpersonen
Australien, in einigen Bundesstaaten	Voluntary assisted Dying (VAD) oder legal Assisted-dying (Queensland University of Technology, 2023)	Assistierter Suizid und direkt aktive Sterbehilfe	Verschreibung und Verabreichung durch ärztliche Personen In vereinzelt Bundesstaaten Verabreichung durch Pflegefachpersonen

Anmerkung. Erklärungen zu den Formen der Sterbehilfe siehe Tabelle 1

Es gibt schweizweit keine einheitlichen gesetzlichen Regelungen in welchen Institutionen Sterbehilfeorganisationen Zutritt haben und in welchen nicht. Ein Beitrag publiziert auf Swissinfo hält dabei die Unterschiede der Kantone fest (Kaoru, 2022). Abgeleitet von diesem können die meisten Institutionen der Schweiz noch selbst entscheiden, wie sie sich positionieren und welche Schritte des assistierten Suizides sie erlauben.

Der Wunsch nach assistiertem Suizid kann in allen Settings, in welchen Pflegefachpersonen arbeiten, geäußert werden. Die Arbeitsfeder von Pflegefachpersonen setzt sich aus der **stationären und ambulanten Praxis** zusammen. Unter stationärer Praxis werden in dieser Arbeit Spitäler, Kliniken sowie Alters- und Pflegeheime verstanden. Die ambulante Praxis umfasst Ambulatorien, die freiberufliche Pflege sowie Spitexorganisationen (SBK, n.d.).

Der assistierte Suizid wird von Pflegefachpersonen unterschiedlich erlebt. **Erleben** wird gemäss der Pschyrembel Redaktion (2016) wie folgt definiert: «Jeder im Bewusstsein ablaufende Vorgang. Erleben ist neben Denken und Verhalten traditionell ein Gegenstand der Psychologie. Bei der Gegenüberstellung von Verhalten und Erleben ist es als die Summe der geistigen (mentalen, nicht beobachtbaren, verdeckten) Tätigkeiten». Im Dorsch Lexikon der Psychologie (Wirtz, 2021) wird Erleben als «ein wesentliches Merkmal der menschlichen Wahrnehmung und Informationsverarbeitung» beschrieben. Folglich sind in dieser Arbeit mit Erleben Emotionen und die kognitive Auseinandersetzung mit diesen gemeint. Erleben wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst. Zu den **beeinflussenden Faktoren** werden unter anderem Absichten, Einstellungen und Erfahrungen gezählt. Diese Bachelorarbeit versucht aufzuzeigen, welches mögliche beeinflussende Faktoren bezogen auf das Erleben des assistierten Suizids sind. Diese Faktoren werden in externale (von aussen) und internale (von innen) Faktoren unterteilt, um festzustellen woher die Beeinflussung stammt.

2.2 Evidence-based Nursing Modell

Das beschriebene Erleben sowie die beeinflussenden Faktoren und die Interviewergebnisse werden im Theorie-Praxis-Transfer in das EBN-Modell (Rycroft-Malone et al., 2004) eingeordnet. Anschliessend werden daraus Empfehlungen für die Implikation in die Schweizer Praxis abgeleitet.

Rycroft-Malone et al. (2004, S. 81–90) beschreiben Evidence-based Nursing als die wissenschaftliche Pflege unter Einhaltung der vier Aspekte Forschungsstand, Expertise der Fachperson, Präferenzen sowie Vorstellung der Pflegebedürftigen und die Umgebungsbedingungen. Mit Forschungsstand sind Forschungsergebnisse gemeint, die aus wissenschaftlichen Quellen stammen, als Voraussetzung für die evidenzbasierte Pflege (Rycroft-Malone et al., 2004, S. 83–84) Die Expertise der Fachperson beinhaltet gemäss Rycroft-Malone et al. (2004, S. 84–85) durch Erfahrung erworbenes fachspezifisches Wissen des Pflegepersonals. Damit das Wissen glaubwürdig wird, muss dieses kritisch analysiert werden und erklärbar sein. Zu den Präferenzen und Vorstellungen der Pflegebedürftigen gehören ihre Erfahrungen, ihr Wissen und ihre Werteinstellungen bezogen auf die Pflegesituation (Rycroft-Malone et al., 2004, S. 85–86). Mit den Umgebungsbedingungen sind laut Rycroft-Malone et al. (2004, S. 86) aus dem lokalen Kontext gesammelte Daten gemeint, welche die lokale Kultur und Politik sowie die Organisation der einzelnen Institutionen berücksichtigen und somit die vorhandenen Ressourcen darlegen.

3 Methodik

In folgendem Kapitel wird die Vorgehensweise bei der Literaturrecherche beschrieben, der Prozess der Literatúrauswahl erläutert und anschliessend das weitere methodische Vorgehen benannt.

3.1 Literaturrecherche

Um Literatur zur Beantwortung beider Teilen der Fragestellung zu suchen, wurden zwischen Juli und Dezember 2022 in den Datenbanken CINAHL Complete und PubMed zwei systematisierte Literaturrecherchen durchgeführt. Die ausgewählten Datenbanken wurden genutzt, da beide geeignete und aktuelle Fachliteratur aus dem Fachbereich Gesundheit enthalten. Weiter wurde in der Cochrane Library gesucht, ob zur Thematik passende Reviews vorhanden sind. Bis zum Dezember 2022 wurden keine zur Fragestellung identischen Review gefunden. Passend zu beiden Teilen der Fragestellung wurden Keywords auf Deutsch und Englisch ausgearbeitet. Zudem wurde in den Datenbanken nach dazugehörigen Schlagwörtern gesucht. Die Tabelle 3 und Tabelle 4 zeigen eine Übersicht der Keywords und Schlagwörter, welche für die Literaturrecherche zum Erleben und für die Literaturrecherche zu den beeinflussenden Faktoren genutzt wurden. Die Keywords und Schlagwörter wurden mit den Booleschen Operatoren «AND» und «OR» kombiniert und die Trunkierung «*» wurde zusätzlich verwendet, um geeignete Studien zu finden.

Tabelle 3
Übersicht der Keywords und Schlagwörter für das Erleben

Elemente der Fragestellung	Keywords deutsch	Keywords englisch	Schlagwörter CINAHL	Schlagwörter PubMed
Phänomen	Erleben Erfahrungen Emotionen	experience perception participation emotion*	Job Experience Work Engagement	-
	Assistierter Suizid	assisted suicide hasten death physician assisted suicide	Suicide, Assisted	Suicide, Assisted
Population	Pflegeschwestern	nurs*	Nurses	Nurses

Tabelle 4*Übersicht der Keywords und Schlagwörter für die beeinflussenden Faktoren*

Elemente der Fragestellung	Keywords deutsch	Keywords englisch	Schlagwörter CINAHL	Schlagwörter PubMed
Phänomen	Einstellungen Ansichten Meinungen	attitude perception view opinion	Caregiver Attitudes Nurse Attitudes	Attitude
	Beeinflussende Faktoren Einfluss Beeinflussung	influencing factors factors influence	-	-
	Assistierter Suizid	assisted suicide hasten death physician assisted suicide	Suicide, Assisted	Suicide, Assisted
Population	Pflegefachpersonen	nurs*	Nurses	Nurses

3.2 Literatúrauswahl

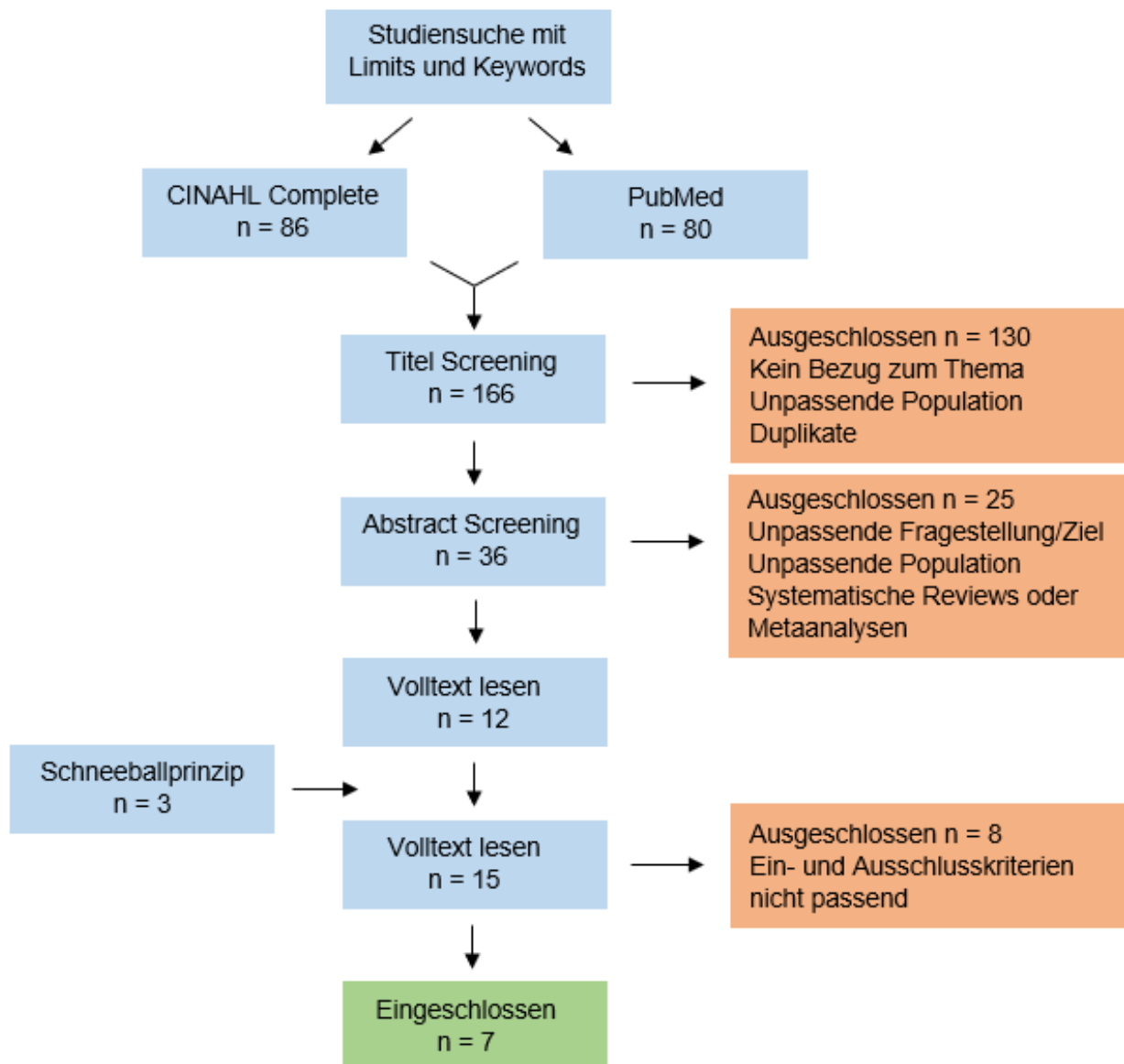
Es wurde nur Literatur berücksichtigt, welche in deutscher oder englischer Sprache verfasst ist. Zudem wurden nur Studien ausgewählt, welche im Zeitraum zwischen 2012 bis 2022 veröffentlicht wurden, um die Aktualität der Ergebnisse zu gewährleisten. Im Vorhinein definierte passende Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatúrauswahl sind in der Tabelle 5 ersichtlich. Die gefundene Literatur in den Datenbanken wurde zuerst nach den Teilen der Fragestellung passenden Titeln durchsucht. Bei passenden Titeln wurden anschliessend die Abstracts gelesen und die Relevanz bewertet. Bei relevanten Studien wurde der Volltext gelesen und dieser unter Anbetracht der Ein- und Ausschlusskriterien als passend oder unpassend beurteilt. Mit diesem Vorgehen wurden sechs Studien gefunden, welche als geeignet für die Beantwortung der Fragestellung bewertet wurden. In den Literaturverzeichnissen der Studien wurde nach weiteren möglichen Studien gesucht (Schneeballprinzip), so konnte eine weitere Studie gefunden werden. Der Prozess der Literatúrauswahl zeigt das Flussdiagramm der Abbildung 2.

Tabelle 5*Formulierte Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatursauswahl*

Thematik	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Form der Sterbehilfe	Assistierter Suizid Beihilfe zum Suizid	Direkt aktive Sterbehilfe Indirekte aktive Sterbehilfe Passive Sterbehilfe Suizid
Länder/Regionen	Länder/Regionen der Welt, in welchen der assistierte Suizid legal ist	Länder/Regionen der Welt, in welchen der assistierte Suizid illegal ist
Setting	Stationäre Langzeitpflege Spitäler Hospize ambulante Praxis	-
Berufsgruppe	Pflegefachpersonen: registered nurses registered practical nurses nurse practitioners licensed practical nurses	Pflegende in Ausbildung ärztliches Personal sonstiges Personal des Sozial- und Gesundheitswesens

Studien, welche sich nur mit einer anderen Form der Sterbehilfe wie der assistierte Suizid beschäftigen wurden ausgeschlossen. Die direkt aktive Sterbehilfe wurde ausgeschlossen, da hierbei die Tatherrschaft nicht bei der betroffenen Person liegt. Studien, welche sich mit dem Erleben oder den beeinflussenden Faktoren in Zusammenhang mit dem assistierten Suizid und der direkt aktiven Sterbehilfe auseinandersetzten, wurden aufgrund der Teilthematisierung des assistierten Suizides trotzdem eingeschlossen. Die indirekt aktive und passive Sterbehilfe wurden aufgrund des Unterschiedes in der Vorgehensweise und der fehlenden gesetzlichen Regelung in der Schweiz als Ausschlusskriterium definiert. Studien, welche sich mit Suizid beschäftigen, wurden ausgeschlossen. Als Einschlusskriterium galten Länder, in welchen der assistierte Suizid gesetzlich erlaubt ist. Da die Ergebnisse der Studien das pflegerische Erleben sowie die beeinflussenden Faktoren beschreiben, sollten die Ergebnisse über örtliche Begrenzungen hinaus anwendbar sein. Bezogen auf das Setting wurden keine Ausschlusskriterien definiert, da Pflegefachpersonen in verschiedenen Settings mit dem assistierten Suizid konfrontiert sind. Mit Pflegefachpersonen wurden Pflegende, deren Ausbildungsstand mindestens dem tertiären Niveau der Schweiz entspricht, eingeschlossen, um die Übertragbarkeit der Ergebnisse zu stärken.

Abbildung 2
Flussdiagramm des Prozesses der Literatursuche



Anmerkung. n = Anzahl der Studien

In der Tabelle 6 sind die Suchterme ersichtlich, durch welche die inkludierten Studien gefunden wurden. Der genaue Suchverlauf, welcher durchgeführt wurde in den Datenbanken ist im Anhang A ersichtlich.

Tabelle 6
Suchterme, mit welchen die Studien gefunden wurden

Teil der Fragestellung	Datenbank	Suchterm	Anzahl Treffer	Referenz
Erleben	CINAHL complete	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs* AND emotion*)	18	Freeman et al. (2020) Pesut et al. (2020)
	PubMed	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND nurs* AND experience	59	Pesut et al. (2020)
	Schneeballprinzip	gefunden in Snir et al. (2022)	-	Beuthin et al. (2018)
Beeinflussende Faktoren	CINAHL complete	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs* AND (MH "Nurse Attitudes")	68	Davidson et al. (2022) Freeman et al. (2020) Penman et al. (2022) Pesut et al. (2020) Snir et al. (2022) Wilson et al. (2020)
	PubMed	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND (nurs*) AND Attitude [MeSH Terms] AND (influencing factors OR factors OR influence)	21	Freeman et al. (2020) Wilson et al. (2020)

3.3 Weiteres methodisches Vorgehen

Die qualitativen Studien wurden anhand des Arbeitsinstrumentes für ein Critical Appraisal (AICA) für qualitative Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt (Burns & Grove, 2005; Haber et al., 2005; Lincoln & Guba, 1985 zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Die Zusammenfassung und Würdigung der quantitativen Studien erfolgte mithilfe des AICA für quantitative Studien (Burns & Grove, 2005; Haber et al., 2005 zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Die Mixed-Methods Studie wurde mittels des AICA für Mixed-Methods Studien zusammengefasst und kritisch gewürdigt (Creswell, 2022; Levitt et al., 2018 zitiert nach Ris et al., 2022). Die Güte der qualitativen Studien wurde anhand den Gütekriterien Bestätigung, Zuverlässigkeit, Glaubwürdigkeit und Übertragbarkeit von Lincoln und Guba (1985) kritisch beurteilt. Quantitative Studien wurden anhand der Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nach Bartholomeyczik et al. (2008) bewertet. Die Mixed-Methods Studie wurde anhand den Gütekriterien von Creswell (2022) analysiert. Zur Einschätzung des Evidenzlevels wurde die 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) genutzt, wobei die unterste Stufe dem Evidenzlevel sechs entspricht. Die Ergebnisse der inkludierten Studien wurden zusammengetragen, die Güte beurteilt und im Diskussionsteil gewürdigt und auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede untersucht.

4 Ergebnisse

Es wurden vier qualitative, zwei quantitative und eine Mixed-Methods Studie ausgewählt, welche im Zeitraum von 2018 bis 2022 publiziert wurden. Diese beziehen sich auf unterschiedliche Weise auf das Erleben des assistierten Suizids und Faktoren, welche dieses beeinflussen. In der Tabelle 7 werden die wichtigsten Eckdaten sowie Kernaussagen der Studien dargestellt. Erstere beziehen sich unter anderem auf die Ziele, die Designs und die Stichproben. Gemäss der Fragestellung werden anschliessend die Ergebnisse zum Erleben der Pflegefachpersonen und die beeinflussenden Faktoren nach den einzelnen Studien zusammengefasst und die Güte der Studien beurteilt.

Die Gesamtgüte der ausgewählten Studien wird mit gering bis mittel eingeschätzt. Das Evidenzlevel aller sieben Studien befindet sich auf der untersten Stufe der 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009).

Tabelle 7*Übersicht der Eckdaten der ausgewählten Studien*

Referenz	Ziel	Studiendesign	Stichprobe/Setting	Kernaussagen
Beuthin et al. (2018): Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences	Das Verstehen von Erfahrungen von Pflegefachpersonen bei der Betreuung von Personen, die sich für MAiD entscheiden. Abhängig davon, ob sie direkt helfen, unterstützende Pflege leisten oder die Teilnahme ablehnen.	qualitatives Design, deskriptive narrative Querschnittsstudie, halbstrukturierte Interviews	n = 17 (NP, LPN, RN), aus unterschiedlichen Settings, Vancouver Island, Kanada	Mit der Teilnahme an MAiD werden viele Emotionen verbunden. Das Einsetzen für die Wünsche von Patient*innen steht für alle an erster Stelle. Es fehlen klare rechtliche Informationen bezogen auf MAiD, damit sich Pflegefachpersonen positionieren können.
Davidson et al. (2022): Nurses' Values and Perspectives on Medical Aid in Dying: A Survey of Nurses in the United States	Die Ermittlung der Werte und Wahrnehmungen von Pflegefachpersonen in Bezug auf Medical Aid in Dying (MAiD).	quantitatives Design, deskriptive korrelative prädiktive Querschnittsstudie, Fragebogen	n = 2043 (RN), aus unterschiedlichen Settings, Amerika	Mehr Wissen prognostiziert signifikant die persönliche Unterstützung und die Bereitschaft zur Betreuung von Patient*innen mit Wunsch nach MAiD. Pflegefachpersonen mit christlicher Religion unterstützen das MAiD Konzept signifikant weniger.
Freeman et al. (2020): Investigating palliative care nurse attitudes towards medical assistance in dying: An exploratory cross- sectional study	Faktoren identifizieren, welche die Einstellungen von Palliativpflegefachpersonen bezüglich MAiD erklären sowie ihre Einstellungen bezogen auf die Bereitstellung von MAiD in der Hospizpflege ermitteln.	quantitatives Design, deskriptive Querschnittsstudie, Fragebogen	n = 239 (RN, RPN) aus der Palliative Care, Ontario, Kanada	Die wahrgenommene Expertise im sozialen Bereich der Palliative Care, die berufliche Bedeutung von Glauben und Religion, die persönliche Bedeutung von Glauben und Religion sowie die Berufsbezeichnung sind signifikant mit der Einstellung der Pflegefachpersonen assoziiert.
Penman et al. (2022): It's all about the individual's right to choose: A qualitative study of Australian culturally and linguistically diverse nurses' knowledge of and attitudes to voluntary assisted dying	Das Wissen und die Einstellungen von Pflegefachpersonen mit kulturell und sprachlich unterschiedlichen Hintergrund untersuchen. Den Einfluss von kulturellen und religiösen Überzeugungen auf die Einstellung gegenüber Voluntary assisted Dying (VAD) zu ergründen.	qualitatives Design, deskriptive Querschnittsstudie, Fokusgruppen- und Einzelinterviews	n = 21 (PFP), aus End-of-Life Bereichen, Viktoria, Australien	Die Pflegefachpersonen weisen einen gemischten Wissensstand sowie Wissensdefizite bezüglich VAD auf. Pfleger*innen werden bei der Konfrontation mit VAD durch ihre Kultur und Religion beeinflusst. Die beruflichen und ethischen Werte lassen Pflegefachpersonen VAD akzeptieren, da sie die kulturellen und religiösen Werte überwiegen.

Referenz	Ziel	Studiendesign	Stichprobe/Setting	Kernaussagen
Pesut et al. (2020): Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD)	Moralische Erfahrungen von Pflegefachpersonen im Kontext von Medical Assistance in Dying (MAiD) untersuchen und festhalten	qualitatives Design, interpretative deskriptive Querschnittstudie, Interviews	n = 59 (RN, NP, CNS), aus unterschiedlichen Settings, Kanada	Die Pflegefachpersonen verbinden MAiD mit sehr vielen Emotionen. Die Bereitschaft zur Teilnahme an MAiD wird durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst. Moralische Standpunkte werden genutzt, um Sinn in ihren Entscheidungen bezogen auf MAiD zu finden.
Snir et al. (2022): Anticipated impacts of voluntary assisted dying legislation on nursing practice	Die Erwartungen von viktorianischen Pflegefachpersonen an die Auswirkungen der Gesetzesänderung auf ihr Berufsleben zu beschreiben.	qualitatives Design, Analyse von Freitextdaten einer Mixed-Methods Studie	n = 1873 (PFP), aus verschiedenen Spitälern, Viktoria, Australien	Es werden je nach Positionierung zum VAD unterschiedliche Veränderungen erwartet (höhere Arbeitszufriedenheit vs. Angst vor beruflichen Konsequenzen) Es wird mit komplexeren Familiendynamiken gerechnet, wenn Angehörigen gegen den Wunsch nach VAD von Patient*innen sind. Es seien Spannungen und Reibungen aufgrund unterschiedlicher Meinungen zwischen Mitarbeiter*innen zu erwarten.
Wilson et al. (2020): Nurses' intentions to respond to requests for legal assisted-dying: A Q-methodological study	Ein fundiertes Verständnis für die Arten von Absichten entwickeln, welche Pflegefachpersonen bei der Reaktion auf die Bitte nach legalem Assisted-dying verfolgen.	Mixed-Methods, Q-Methodologie	n = 45 (RN), aus End-of-Life Bereichen, Australien	Aufgrund unterschiedlicher Absichten wird mit den vier verschiedenen Arten auf die Frage nach legalem Assisted-dying reagiert. Ein Teil der Pflegefachpersonen engagieren und erkunden sich, die meisten leiten den Wunsch weiter und sind unterstützend, andere schätzen Bedürfnisse ein und stellen Informationen bereit und der kleinste Teil wendet etwas ein oder lenkt davon ab.

Anmerkung. n = Anzahl Teilnehmende in der Studie, NP = Nursepractitioner, LPN = Licensed practical Nurse, RN = Registered Nurse, RPN = Registered practical Nurse, CNS = Clinical Nurse Specialist, PFP = Pflegefachpersonen

4.1 Studie von Beuthin et al. (2018)

Beuthin et al. (2018) generierten die Daten ihrer Studie mithilfe eines qualitativen narrativen Ansatzes. Dabei ging es darum, die Erfahrungen von Pflegefachpersonen bei der Betreuung von Personen zu verstehen, die sich für Medical Assistance in Dying (MAiD) entscheiden. Wobei nicht unterschieden wurde, ob die Pflegefachpersonen direkt helfen, unterstützende Pflege leisten oder die Teilnahme ablehnen. Dafür führten sie mit 17 Pflegefachpersonen, aus verschiedenen Gesundheitsinstitutionen in Kanada, Interviews. Die ausführliche Zusammenfassung der Studie und die Würdigung im AICA ist im Anhang B ersichtlich.

4.1.1 Zusammenfassungen der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie werden mittels Themenbereiche und dazu passenden Unterthemen dargestellt.

Pflegeberuf und pflegerische Praxis

Ein Teil der Pflegefachpersonen beschreiben den Pflegeberuf als ganzheitlich, wobei MAiD für sie als Ausdruck dessen gilt. Alle sind der Meinung, dass Pflegefachpersonen kein Urteil über die Entscheidungen der Patient*innen fällen sollen. Das Einsetzen für die Wünsche der Patient*innen steht für alle Pflegefachpersonen an erster Stelle, wobei es für sie keine Rolle spielt, ob sie persönlich mit MAiD einverstanden sind oder nicht. Für viele ist es zudem wichtig, den Patient*innen Optionen am Lebensende aufzuzeigen. Eine Pflegefachperson äussert: «Ich bin nicht für das Leben [der Patient*innen] verantwortlich, ich bin dazu da,[den Patient*innen] bei [ihren] Lebensentscheidungen zu helfen» (Beuthin et al., 2018, S. 514). Die Pflegefachpersonen benennen aktives und empathisches Zuhören sowie die Informationsweitergabe an Patient*innen als ausschlaggebend im Prozess von MAiD.

Persönliche Auswirkungen

Die Teilnahme an MAiD hat bei den befragten Pflegefachpersonen das Bewusstsein für ihre Rolle bei der Linderung von Leiden gestärkt und das Verständnis, was ein würdiger Tod sein könnte, erweitert. So könne durch MAiD ein schmerzhaftes und langwieriges Sterben vermieden und ebenfalls viel Dankbarkeit von den Angehörigen erfahren werden. Mit der Teilnahme an MAiD verbinden die Pflegefachpersonen viele Emotionen. Obwohl einige Pflegefachpersonen befürchten, dass sie das Miterleben eines Todes überwältigend finden könnten, seien sie der Ansicht, dass die Bereitschaft und Klarheit der Patient*innen

eine erhebende Wirkung auf die Erfahrung haben: «Ich fühlte mich geehrt oder irgendwie privilegiert, dass ich mitmachen konnte, wenn [eine Person] so sicher war, dass sie das wollte» (Beuthin et al., 2018, S. 517). Sie haben nach der Legalisierung von MAsiD einen persönlichen Entscheidungsprozess durchlaufen, um herauszufinden, wie ihre Einstellung bezogen auf MAsiD ist. Viele befinden sich in einem Zwischenstand, in welchem sie unsicher sind, ob sie aktiv an MAsiD beteiligt sein wollen oder nicht. Dies nicht aufgrund ihrer Religionszugehörigkeit oder Spiritualität, sondern mehr aufgrund unklarer ethischer und rechtlicher Informationen bezüglich MAsiD. Die Teilnahme an MAsiD wird durch zwei Pflegefachpersonen abgelehnt, aufgrund der eigenen Religionszugehörigkeit und einem Mangel an Klarheit über die rechtlichen und beruflichen Anforderungen für die Pflegefachpersonen. Sie äussern auch Ängste bezogen auf die Verurteilung ihrer Entscheidung: «Was ist, ... wenn dein Team denkt, dass dir das Leiden egal ist?» (Beuthin et al., 2018, S. 515).

4.1.2 Einschätzung der Güte

Das Gütekriterium der Glaubwürdigkeit nach Lincoln und Guba (1985) wird insofern erreicht, indem die Daten-Triangulation durch die Datenerhebung in unterschiedlichen Institutionen erfüllt wurde. Die Teilnehmenden sind zudem gebeten worden, die vorläufigen Ergebnisse zu prüfen, womit das Member-checking erfüllt worden ist. Zudem werden die Ergebnisse aus den Interviews unter den Forschenden vorgestellt und gemeinsam kodiert. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist gewährleistet, aufgrund der Anzahl an Zitaten aus den Interviews und der Angaben zur Stichprobe. Die Zuverlässigkeit ist nur begrenzt erfüllt, da die Forschenden ihre Entscheidungen in der Methodik zwar gut beschreiben und die Analysemethoden referenzieren, jedoch ihre Entscheidungen kaum begründen. Die Bestätigbarkeit der Studie wird nur knapp erreicht, da keine externen Personen genannt werden, welche die Daten überprüft haben. Zudem ist nicht überprüfbar, ob die Daten transparent dargestellt sind. Die Forschenden reflektieren sich an gewissen Punkten ihrer Studie und beschreiben vorhandene Limitationen der Studie. Abschliessend wird die Studie von Beuthin et al. (2018) von mittlerer Güte beurteilt. Zusätzlich beschreiben die Ergebnisse, inwiefern MAsiD in der Praxis erlebt wird und welche Faktoren das Erleben beeinflussen, deswegen wurde sie in diese Bachelorarbeit integriert.

4.2 Studie von Davidson et al. (2022)

Davidson et al. (2022) führten eine nicht-experimentelle Querschnittstudie durch. Diese diente der Ermittlung von Werten und der Wahrnehmung von Pflegefachpersonen in Bezug auf Medical Aid in Dying (MAiD). Mittels eines Fragebogens wurden 2043 Pflegefachpersonen in Amerika befragt. Die ausführliche Zusammenfassung der Studie und die Würdigung im AICA ist im Anhang C ersichtlich.

4.2.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Studie von Davidson et al. (2022) werden gemäss der Fragebogenstruktur dargestellt.

Knapp die Hälfte (49.4 %) der Pflegefachpersonen unterstützen MAiD persönlich und 57 % im Rahmen ihrer beruflichen Rolle. 38% sind der Meinung, dass die tödliche Substanz durch die Patient*innen selbst verabreicht werden sollte. Total 49 % unterstützen den Vorschlag, dass MAiD vorgängig in der Patientenverfügung geregelt werden sollte. Insgesamt 86 % der Pflegefachpersonen würden Patient*innen mit Wunsch nach MAiD betreuen, unabhängig von ihrem persönlichen Standpunkt.

Pflegefachpersonen, welche MAiD persönlich unterstützen, stimmen seltener zu, dass Patient*innen verpflichtet werden sollen, die tödliche Substanz selbst einzunehmen (33,1 % vs. 43,1 %, $p < 0.001$). Zudem stimmen diese öfter zu, dass MAiD in der Patientenverfügung geregelt werden soll (71,3 % vs. 27.0 %, $p < 0.001$). Pflegefachpersonen, die sich mit der christlichen Religion identifizieren, unterstützen das MAiD-Konzept signifikant weniger in persönlicher Hinsicht und beruflicher Hinsicht als nicht-christliche Pflegefachpersonen ($p < 0.001$). Die Bereitschaft Patient*innen während dem Prozess von MAiD zu betreuen, ist bei den nicht-christlichen Befragten höher. Mehr Wissen über die Durchführung von MAiD prognostiziert die persönliche Unterstützung von MAiD ($p < 0.001$). Gemäss Davidson et al. (2022) ist die Bereitschaft höher, Patient*innen mit Wunsch nach MAiD zu betreuen, wenn ein grosses Wissen über MAiD verfügt wird ($p < 0.05$).

4.2.2 Einschätzung der Güte

Gemäss den Gütekriterien von Bartholomeyczik et al. (2008) ist die Objektivität der Studie zu hinterfragen, da die Forschenden die Unabhängigkeit der Ergebnisse nicht thematisieren. Der Fragebogen ist von den Forschenden selbst erstellt, weshalb dessen

Güte als eher gering einzuschätzen ist, obwohl dieser vorgängig durch Expert*innen und Studienteilnehmern validiert worden ist. Somit wird die Objektivität als gering beurteilt. Eine mögliche Wiederholbarkeit ist gegeben, da die Stichprobenziehung genau beschrieben ist, die Fragen und Antwortmöglichkeiten des Fragebogens ersichtlich sind. Die Test-Retest Reliabilität ist nicht erfüllt, da die Teilnehmenden nur zu einem Zeitpunkt befragt wurden. Zudem wird die Interraterreliabilität als gering eingeschätzt, da keine Angaben gemacht werden, wie die Daten genau ausgewertet wurden. Somit wird die Reliabilität der Studie als gering beurteilt. Die Forschungsergebnisse können aufgrund schwacher externer Validität nur mit Vorsicht verallgemeinert werden. Die Konstruktvalidität der Studie erscheint erreicht zu sein durch die passenden Variablen zum theoretischen Bezugsrahmen. Die interne Validität wird gefährdet, aufgrund des gewählten Studiendesigns. Somit ist die Studie von Davidson et al. (2022) von eher geringer Güte. Trotz geringer Güte wurde die Studie ausgesucht, da sie unter anderem Zusammenhänge zwischen Einflussfaktoren auf das Erleben von MAiD aufzeigt. Zudem ist die Rechtslage in Amerika in Bezug auf die Verabreichung durch Pflegefachpersonen gleich wie die der Schweiz, weshalb sich die Resultate besser auf die Schweiz übertragen lassen.

4.3 Studie von Freeman et al. (2020)

In der quantitativ deskriptiven Querschnittstudie von Freeman et al. (2020) wurden 239 Palliativpflegefachpersonen aus Ontario in Kanada mittels einem Onlinefragebogen befragt. Das Ziel war die Einstellungen der Palliativpflegefachpersonen gegenüber Medical Assistance in Dying (MAiD) zu erforschen. Dabei sollten Faktoren identifiziert werden, welche die Einstellung der Palliativpflegenden zu MAiD begründen und die Einstellung bezüglich Bereitstellung von MAiD in Hospizumgebung abgeholt werden. Die ausführliche Zusammenfassung der Studie und die Würdigung im AICA ist im Anhang D ersichtlich.

4.3.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Resultate der Studie sind nach den identifizierten Faktoren und der Einstellung bezüglich der Bereitstellung von MAiD dargestellt.

Faktoren, welche die Einstellung zu MAiD begründen

Freeman et al. (2020) beschreiben vier Faktoren, welche mit den Einstellungen der Palliativpflegefachpersonen gegenüber MAiD signifikant assoziiert sind. Die

wahrgenommene Expertise im sozialen Bereich der Palliative Care ($p < 0.019$), berufliche Bedeutung von Glauben und Religion ($p < 0.012$) sowie die Pflegeberufsbezeichnung (RN oder RPN) ($p < 0.035$) zeigten eine Assoziation zu den Einstellungen der Pflegenden. Als vierte und einflussreichste Variable erweist sich die persönliche Bedeutung von Glauben und Religion ($p < 0.001$).

Einstellung bezüglich der Bereitstellung von MAsiD in Hospizen

46 % der Palliativpflegefachpersonen befürworten die Bereitstellung von MAsiD in Hospizen. Etwas mehr als die Hälfte (54 %) zeigt sich unsicher oder ist gegen die Bereitstellung von MAsiD in Hospizen. Es wird von 68 % befürwortet, dass Hospize in Aufnahmerichtlinien darüber aufzuklären sollen, wenn MAsiD im Hospiz nicht verfügbar ist. Für den Fall, wenn während des Hospizaufenthalts ein MAsiD-Antrag gestellt wird, vertreten 55 % der Pflegefachpersonen die Meinung, dass diese Personen in eine andere Einrichtung verlegt werden sollen.

Weitere wichtige Aussagen der Pflegefachpersonen

Der Aussage, ihre Einstellung zu MAsiD sei widersprüchlich, stimmen 30.5% der Pflegefachpersonen zu oder stark zu, 50.7% stimmen dem jedoch nicht oder überhaupt nicht zu, die Restlichen (18.8%) sind sich unsicher. Die Mehrheit (72.2%) stimmt zu oder stark zu, dass die Patient*innen umfassende Palliativversorgung erhalten sollten, bevor MAsiD in Betracht gezogen wird. Personen sollen das Recht haben, über ihren eigenen Tod zu entscheiden, dazu stimmen 74.9 % der Pflegefachpersonen zu oder stark zu. 70.3 % stimmen zu oder stark zu, dass sie die rechtlichen und regulatorischen Verpflichtungen von Pflegefachpersonen in Bezug auf MAsiD kennen, 15.9 % stimmen überhaupt nicht zu oder nicht zu.

4.3.2 Einschätzung der Güte

Das Gütekriterium der Objektivität nach Bartholomeyczik et al. (2008) erscheint fraglich, da die Unabhängigkeit der Ergebnisse von den Forschenden nicht thematisiert wird. Ein Messinstrument wurde von den Forschenden selbst entwickelt. Der Cronbachs Alpha zeigt für dieses eine sehr gute interne Konsistenz und es wurde durch Pflegefachpersonen pilotiert. Dadurch erreicht es eine gewisse Validität. Die Datenanalyse ist knapp beschrieben und es werden ungenaue Angaben zu den Variablen gemacht, wodurch die Reliabilität der Studie als zweifelhaft eingeschätzt wird. Die Konstruktvalidität wird gefährdet, da das Messinstrument nicht logisch ersichtliche Ergebnisse für beide Ziele der Studie liefert und somit nur bedingt zum theoretischen Bezugsrahmen passt. Die interne

Validität wird durch die Wahl des nicht-experimentellen Studiendesign und durch den Selektionsbias gefährdet. Die externe Validität wird durch das einmalige Messen sowie durch die Wahl der willkürlichen Stichprobe eingeschränkt. Somit erscheint die Gesamtvalidität der Studie als eher fraglich. Die Studie von Freeman et al. (2020) wird folglich mit geringer Güte eingeschätzt. Die Studie wurde trotz ihrer geringen Güte ausgewählt, da sie Faktoren, welche einen Einfluss auf die Einstellung der Pflegefachpersonen bezüglich MAsiD aufzeigt und somit beeinflussende Faktoren auf das Erleben benennt.

4.4 Studie von Penman et al. (2022)

In der australische Studie von Penman et al. (2022) wurde einen qualitativ deskriptiver Ansatz verfolgt. Dabei wurde das Wissen und die Einstellungen der Pflegefachpersonen bezogen auf Voluntary assisted Dying (VAD) und der Einfluss kultureller und religiöser Überzeugungen auf die Einstellung erforscht. Um angemessene Bildungsvorschläge machen zu können, wurden zusätzlich Bereiche gesucht, in welchen Defizite bestehen. Dafür wurden 21 Pflegefachpersonen mit kulturell und sprachlich unterschiedlichem Hintergrund, aus End-of-Life Bereichen, einzeln oder in einer Fokusgruppe interviewt. Die ausführliche Zusammenfassung der Studie und die Würdigung im AICA ist im Anhang E ersichtlich.

4.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Resultate aus den Interviews bezogen auf den Wissenstand und die Einstellungen der Pflegefachpersonen werden durch die Forschenden in Themenbereiche unterteilt.

Gemischter Wissenstand über VAD

Das Wissen der befragten Pflegefachpersonen reicht von begrenztem bis zu sehr fundiertem Wissen. Insbesondere Palliativpflegende kennen gesetzliche Details, Zulassungskriterien, Verfahren und Schutzmassnahmen von VAD. Fehlende oder gar falsche Angaben werden zur Anspruchsberechtigung sowie der Anzahl ärztlicher Personen, welche die Notwendigkeit von VAD bestätigen müssen, gemacht. Auch in Bezug auf die Palliative Care und deren Verbindung zu VAD zeigen die Pflegefachpersonen unterschiedliches und teils falsches Wissen. Den meisten Pflegefachpersonen ist die Rolle der Pflege im Prozess des VAD unklar. Sie wünschen sich mehr Wissen über VAD und mehr Klarheit über ihre Rollen und Verantwortlichkeiten.

Nicht alle wissen, dass die Beteiligung an VAD aus Gewissensgründen abgelehnt werden kann.

Kulturelle und religiöse Überzeugungen

Die Pflegefachpersonen benennen kulturelle und religiöse Einflüsse, wenn sie mit VAD konfrontiert werden. Einige vertreten eine lebensbejahende und lebensschützende Einstellung und religiöse Überzeugungen, welche sie dazu veranlasst, VAD abzulehnen. Religiöse Pflegefachpersonen akzeptieren VAD weniger als nicht religiöse. Vereinzelt stellen das Recht der Person auf eigene Entscheidung über ihre eigenen kulturellen und religiösen Einstellungen. Dazu sagt eine Pflegefachperson: «... Es spielt keine Rolle, welcher Religion du angehörst oder welchen kulturellen Hintergrund du hast, wichtig ist es, die Würde und die Wahl der Person innerhalb des Gesetztes zu respektieren» (Penman et al., 2022, S. 88).

Überlegenheit von beruflichen und ethischen Werten sowie Einstellungen

Pflegefachpersonen äussern, dass sie VAD aus beruflicher und ethischer Sicht akzeptieren und verstehen können, auch wenn es nicht mit ihren kulturellen oder religiösen Werten übereinstimmt. Auf die Frage, welche Meinung die Teilnehmenden zu VAD haben, drückt die Mehrheit eine positive Überzeugung aus, dass Menschen ihre Entscheidungen und Handlungen selbst bestimmen können sollen. Dabei sehen sie VAD als Option, wie Personen Kontrolle über das eigene Sterben haben können.

4.4.2 Einschätzung der Güte

Beim Gütekriterium der Glaubwürdigkeit nach Lincoln und Guba (1985) wird die Methoden-Triangulation durch die Einzel- und Fokusgruppeninterviews und die Daten-Triangulation durch die Erhebung der Daten in unterschiedlichen Institutionen erfüllt. Zudem wurden die Daten der Studie über ein Jahr gesammelt, was längeres Engagement voraussetzt. Die Forschenden machen keine Angaben zum Peer-Debriefing oder Member-checking. Dennoch wird die Studie als glaubwürdig eingeschätzt. Die Ergebnisse werden mit plausiblen Zitaten aus den Interviews ergänzt, wodurch eine gewisse Übertragbarkeit erreicht wird. Die Zuverlässigkeit wird erreicht, da die Forschenden ihr Vorgehen bei der Datensammlung und -analyse beschreiben und referenzieren sowie ihre Entscheidungen mehrheitlich begründen. Zur Überprüfung der Daten werden jedoch keine externen Forschenden hinzugezogen. Es ist nicht überprüfbar, ob alle Daten transparent dargestellt wurden. Dadurch wird die Bestätigbarkeit nur bedingt erreicht. Abschliessend wird die Studie von Penman et al. (2022) mit mittlerer Güte eingeschätzt. Die Studie wurde in diese

Bachelorarbeit integriert, da der Wissensstand mit Defiziten der Pflegefachpersonen aufgezeigt wird, wodurch Felder mit Handlungsbedarf für die Praxis abgeleitet werden können. Zusätzlich werden die Einstellungen der Pflegefachpersonen zu VAD und Faktoren, welche einen Einfluss auf diese Einstellung haben, aufgezeigt.

4.5 Studie von Pesut et al. (2020)

Pesut et al. (2020) führten eine qualitative Studie in Kanada durch, wobei ein pragmatischer Ansatz verfolgt wurde, welcher die interpretative Beschreibung des Phänomens beinhaltet. Den Forschenden ging es darum, moralische Erfahrungen von Pflegefachpersonen im Kontext von Medical Assistance in Dying (MAiD) festzuhalten. Dazu wurden mit 59 Pflegefachpersonen halbstrukturierte Interviews durchgeführt. Die ausführliche Zusammenfassung der Studie und die Würdigung im AICA ist im Anhang F ersichtlich.

4.5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden mittels drei Themen und jeweils passenden Unterthemen dargestellt, um die moralischen Erfahrungen von den Pflegefachpersonen bezogen auf MAiD zu beschreiben.

Bereitschaft zur Teilnahme an MAiD – relevante Einflussfaktoren

Als Einflussfaktor auf die Entscheidung, ob an MAiD teilgenommen wird oder nicht, wird unter anderem die Familie und die Gemeinschaft genannt. Bei ihrer Entscheidung werden unter anderem Partner*innen, Eltern, Grosseltern und Kinder berücksichtigt. Einige Pflegefachpersonen nannten zudem, dass ihre Religionszugehörigkeit und ihre Herkunftsfamilie eine Rolle bei der Entscheidung spielen. Auch Kolleg*innen, klinische Erfahrungen mit Leiden von Patient*innen sowie persönliche und berufliche Werte haben Einfluss auf die Entscheidungsfindung. Einige sehen MAiD als Möglichkeit Leiden zu lindern und erleben es als Erleichterung. Eine Pflegefachperson erläutert dazu:

Zu sehen, wie sie von einem Zustand der Verzweiflung und Erschöpfung in einen Zustand der Erleichterung übergehen und zu wissen, dass wir tatsächlich etwas für diese Menschen tun können, war nicht nur ermutigend, sondern es fühlte sich tatsächlich so an, als ob wir etwas tun würden. (Pesut et al., 2020, S. 3874)

Ältere Teilnehmende haben jedoch Mühe MAiD abzulehnen, da sie darin eine Art Verpflichtung aufgrund der Sozialisation der Pflege sehen. Pflegefachpersonen, welche

die tödlichen Medikamente selbst Verschreiben und Verabreichen sehen MAsiD als einzigartige Chance in ihrem Beruf, auch in Hinblick auf den Ärztemangel.

Erfahrungen mit MAsiD

Pflegefachpersonen erleben unterschiedliche Emotionen. Zur Beschreibung dieser werden Adjektive wie tiefgreifend, erstaunlich und überwältigend genannt. Einige

Pflegefachpersonen beschreiben MAsiD als Privileg und als eine der sinnvollsten Arbeiten, die sie je gemacht haben. Eine befragte Pflegefachperson erzählt dazu: «...Ich vergesse diese Menschen und Situationen nie. Mir geht es gut, weil ich weiß, dass es das Richtige ist und ich das Leiden gelindert habe» (Pesut et al., 2020, S. 3875).

Andererseits werden auch Gefühle, wie Verzweiflung, Traurigkeit und Unglauben erlebt. Einige beschrieben, sich aufgrund von MAsiD aus dem Beruf zurückziehen zu wollen.

Pflegefachpersonen, welche das tödliche Medikament verabreicht haben, empfinden Vertrauen und Freundlichkeit. Sie beschreiben den Moment als sehr ergreifend.

Unangenehme Emotionen werden zusätzlich im Zusammenhang mit den Fällen genannt, wo zu wenig kollegiale Unterstützung erlebt wurde. Die Pflegefachpersonen, welche keine Zusatzfunktion für die Verschreibung und Verabreichung der tödlichen Medikamente haben, erleben teilweise Schuldgefühle, wenn sie Patient*innen Informationen zu MAsiD geben. Ein Faktor, worauf die Pflegefachpersonen die Emotionen zurückführen, ist, dass sie normalerweise ja nicht der Grund dafür sind, weshalb jemand verstirbt. «...Wenn man sein ganzes Leben lang im medizinischen Bereich tätig war und wir nichts Böses tun, und dann tötet man jemanden oder beteiligt sich daran, dann ist das eine Grenze, die nur schwer zu überschreiten ist. Niemand will Gott spielen», sagt eine der befragten Pflegefachpersonen (Pesut et al., 2020, S. 3876). Zusätzlich habe der verwurzelte Grundsatz, im Gesundheitswesen sollte den Personen keinen Schaden zugeführt werden, einen Einfluss auf die erlebten Emotionen.

Moralische Wegweiser

Selbst bei Unsicherheiten bezüglich MAsiD als Option am Lebensende, reflektieren die Pflegefachpersonen ihre moralischen Standpunkte, was ihnen hilft den Sinn hinter ihren Erfahrungen zu sehen. Aufgrund der Annahme, dass MAsiD den Patient*innen die Wahlmöglichkeit und die Kontrolle über ihr eigenes Sterben bietet, ist es für einige Pflegefachpersonen nur schwierig nachvollziehbar, weshalb andere die moralische Richtigkeit von MAsiD in Frage stellen. Die Gewissheit und die Entschlossenheit der Patient*innen wird als erleichternd erlebt. Die Erkenntnis, bei der Entscheidung zu MAsiD geht es nicht um sie als Pflegefachperson, ist für viele ein relevanter Punkt für die

Teilnahme. «Ich tue etwas, an das ich sehr, sehr stark glaube, und es geschieht ausschließlich auf Wunsch der Person, die dort liegt», erläutert eine Pflegefachperson (Pesut et al., 2020, S. 3876). Eng damit verbunden wird die Frage, wie die eigenen Werte in die Praxis einfließen. Für Einige bedeutet die patientenzentrierte, ganzheitliche Pflege, dass ihre eigenen persönlichen Überzeugungen in der Praxis keine Rolle spielen. Leiden sei subjektiv und es sei damit nicht in ihrer Position die Wahl der Patient*innen zu verurteilen. Dies und der Versuch das Leiden zu lindern, ist ausschlaggebend für die Teilnahme an MAsiD. Pflegefachpersonen, welche die Teilnahme an MAsiD verweigern, begründen, es sei nicht in ihrer Position, so etwas zu entscheiden. Aufgrund des Kontexts von MAsiD wird auch über die Bedeutung von Seele, Tod und Leben philosophiert. Es stellen sich einige die Frage, ob sie damit in den natürlichen Tod oder gar in etwas Göttliches eingreifen. «Das geht einem immer durch den Kopf. Spielen wir Gott? Das ist doch eine sehr ernste Sache, oder?» (Pesut et al., 2020, S. 3878). Die Pflegefachpersonen beschreiben eine Art seelischen Kampf, der entstehen kann. Befürworter*innen beschreiben den Tod durch MAsiD als sehr friedlich, dies helfe ihnen zu begründen, dass MAsiD moralisch vertretbar sei. Auch erfahren sie sehr viel Dankbarkeit von Patient*innen und deren Familienangehörigen.

4.5.2 Einschätzung der Güte

Die Güte der Studie wird anhand der Kriterien von Lincoln und Guba (1985) beurteilt. Die Glaubwürdigkeit wird erfüllt, da die Forschenden die Untersuchenden-Triangulation erreichen, indem die Kodierung der Daten durch mehrere Forschende erfolgt. Zudem sind die Daten in unterschiedlichen Institutionen erhoben worden, was die Daten-Triangulation erfüllt. Das Member-checking wurde mittels eines Webinars durchgeführt, indem die Teilnehmenden die Ergebnisse prüfen konnten. Es wird davon ausgegangen, dass abweichende Fälle analysiert wurden, da die gesamte Breite der erhobenen Daten aus den Interviews beleuchtet und diskutiert wird. Die Übertragbarkeit wird mit Zitaten und genauen Angaben zur Stichprobe unterstützt. Jedoch fehlen Angaben zu den Situationen während der Interviews und es wird keine explizite Forschungsfrage oder ein Forschungsziel definiert, was die Übertragbarkeit wiederum erschwert. Daher wird diese nur bedingt erreicht. Die Zuverlässigkeit ist teilweise erfüllt, da die Analysemethoden zwar referenziert sind, jedoch nicht alle Entscheidungen im Forschungsprozess begründet werden. Die Bestätigbarkeit wird bedingt erreicht, da mehrere Forschende die Daten überprüft haben, jedoch keine externen Personen einbezogen wurden. Limitationen

werden benannt und diskutiert, es wird aber keine Selbstreflexion der Forschenden beschrieben. Aufgrund des Studiendesigns ist zudem nicht überprüfbar, ob alle Daten transparent dargestellt sind. Zusammenfassend ist die Studie von Pesut et al. (2020) von mittlerer Güte. Die Studie wurde in diese Arbeit inkludiert, da sie mit der Beschreibung der moralischen Erfahrungen der Pflegefachpersonen einen differenzierten Einblick in deren Erleben ermöglicht.

4.6 Studie von Snir et al. (2022)

Die qualitative Studie von Snir et al. (2022) untersuchte das Paradigma des symbolischen Interaktionismus. Dabei verfolgten Snir et al. (2022) das Ziel Erwartungen von viktorianischen Pflegefachpersonen an die Auswirkungen der Legalisierung von Voluntary assisted Dying (VAD) in Australien auf ihr Berufsleben zu beschreiben. Hierfür analysierten sie Freitextantworten von einer Studie von 1873 Pflegefachpersonen aus Viktoria, welche in verschiedenen Spitälern arbeiteten. Die ausführliche Zusammenfassung der Studie und die Würdigung im AICA ist im Anhang F ersichtlich.

4.6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Durch eine Inhaltsanalyse werden die Ergebnisse in drei Themen gegliedert, bei welchen die Teilnehmenden Auswirkungen der Legalisierung des VAD erwarten.

Moralische Integrität und berufliche Identität

Die Pflegefachpersonen erwarten, dass die Umsetzung von VAD, Auswirkungen auf ihre berufliche Identität haben würde. Diese Auswirkungen würden sich entweder als Kongruenz oder als Inkongruenz mit den beruflichen Verpflichtungen oder moralischen Werten, die der beruflichen Identität der Pflegekräfte innewohnen, manifestieren. Ein Rollenwechsel wird erwartet. Gewisse meinen, VAD steht im Widerspruch zu ihren beruflichen moralischen Werten. Besonders in Bezug auf die Prinzipien der Fürsorge und des Nicht-Schadens. Andere wiederum sehen VAD als Erweiterung der Pflege am Lebensende und um das Leiden von Patient*innen zu lindern. Zudem könnte sich durch die Legalisierung für die Wünsche der Patient*innen eingesetzt werden.

«Patientenzentrierte Pflege – das sagt für mich alles. Als Pflegende glaube ich, dass es unsere Aufgabe ist, wenn [ein*e Patient*in] leidet und die Kriterien erfüllt, [sie/ihn] zu unterstützen und für [sie/ihn] einzutreten, wenn [sie/er] diese Möglichkeit erkunden oder nutzen möchte» (Snir et al., 2022, S. 1392).

Berufliche Entwicklung

Pflegefachpersonen, welche VAD unterstützen, erwarten eine höhere Arbeitszufriedenheit, da sie nun besser in der Lage sind die letzten Wünsche der Patient*innen zu erfüllen. «Ich glaube, dass es die Arbeit sinnvoller macht, da die Wünsche der Patient*innen umgesetzt werden» (Snir et al., 2022, S. 1393). Einige rechnen jedoch mit Druck, welcher auf Pflegefachpersonen ausgeübt werden könnte, die sich gegen VAD aussprechen. Zudem würde es für diese dann berufliche Konsequenzen geben, im Sinn einer Umorientierung oder Überdenkung der Berufswahl. «Ich denke, die Einführung dieser Gesetzgebung wird mich dazu zwingen, ernsthaft darüber nachzudenken, in welchen Bereichen der Krankenpflege ich weiterhin arbeiten möchte», äusserte eine Pflegefachperson (Snir et al., 2022, S. 1393).

Beziehungen am Arbeitsplatz

Teilnehmende rechnen mit Auswirkungen auf die Beziehungen zu den Patient*innen, zu den Angehörigen sowie zu den anderen Mitarbeiter*innen. Mögliche Störung zwischen Patient*innen und Pflegefachpersonen werden erwartet, aufgrund der möglichen Abstumpfung von Emotionen sowie der Ermüdung des Mitgefühls seitens den Pflegefachpersonen infolge der pflegerischen Beteiligung an VAD. «Ich befürchte, dass dadurch eine Beziehung entsteht, der es an emotionaler Bindung und Mitgefühl fehlt» (Snir et al., 2022, S. 1394). Zudem besorgen die Teilnehmenden Familienmitglieder*innen, welche sich gegen den Wunsch ihrer Angehörigen äussern. So würde in der Praxis mit einer komplexen Familiendynamik umgegangen werden müssen. Dabei haben sie Angst davor, Wut oder Gewalt von Angehörigen zu erleben. Zudem seien bezogen auf die Beziehung am Arbeitsplatz Spannungen oder Reibungen zu erwarten, aufgrund Meinungsverschiedenheiten bezogen auf VAD. «Es wird [Mitarbeiter*innen] geben, die das Gefühl haben, dass sie nicht teilnehmen können, und ich befürchte, dass sie mir gegenüber Feindseligkeit empfinden könnten, weil ich teilnehme» (Snir et al., 2022, S. 1395).

4.6.2 Einschätzung der Güte

Das Kriterium der Glaubwürdigkeit nach Lincoln und Guba (1985) wird insofern erreicht, indem die Triangulation bei der Entwicklung der Forschungsfragen durch das Einbeziehen von verschiedenen Expert*innen berücksichtigt worden ist. Zudem sind die Teilnehmenden aus verschiedenen Spitälern, was die Daten-Triangulation erfüllt. Es wird jedoch keine Analyse von abweichenden Fällen gemacht. Die Forschenden machen keine

Angaben zu Member-checking und Peerdebriefings, wobei die Kodierung der Daten in Absprache mit den Mitforschenden gemacht worden ist. Durch umfangreiche Zitate kann die Übertragbarkeit teilweise gesichert werden, jedoch werden nur sehr knappe Angaben zur Stichprobe gemacht. Die Stichprobe ist sehr gross, wodurch die Ergebnisse möglicherweise verallgemeinert werden können. Die Zuverlässigkeit ist nicht gewährleistet, da die Forschenden zwar ihre Entscheidungen beschreiben, jedoch nur vereinzelt begründen. Die Bestätigbarkeit wird nicht erreicht, da keine externen Begleitpersonen genannt werden, welche die Daten überprüft haben. Wobei die Stichprobe aus einer anderen Mixed-Methods Studie stammt und folglich eine Art von Bestätigbarkeit erfüllt ist. Es kann nicht überprüft werden, ob die Daten transparent dargestellt worden sind. Zusammenfassend ist die Studie von Snir et al. (2022) von eher geringer Güte. Die Studie wurde trotzdem eingeschlossen, da sie aufzeigt in welchen Bereich das Thema des assistierten Suizids Pflegefachpersonen tangiert und worüber sie sich Gedanken machen. Dadurch kann ein Handlungsbedarf für die Praxis abgeleitet werden.

4.7 Studie von Wilson et al. (2020)

Wilson et al. (2020) führten eine Mixed-Methods Studie anhand des Designs der Q-Methodologie durch. Die Studie untersuchte die Antworten und die dabei verfolgte Absicht von Pflegefachpersonen, wie sie auf die Anfrage nach Unterstützung zum Zugang nach legalem Assisted-dying reagieren. Dafür nahmen 45 australische Pflegefachpersonen an der Onlineumfrage des Forschungsteam teil. Die ausführliche Zusammenfassung der Studie und die Würdigung im AICA ist im Anhang F ersichtlich.

Aufgrund des Forschungskontexts wird abgeleitet, dass es sich bei legalem Assisted-dying um Voluntary assisted Dying (VAD) handelt und somit wird im Folgenden diese Begrifflichkeit benutzt.

4.7.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Als Ergebnisse werden vier Arten festgehalten, wie Pflegefachpersonen auf die Anfrage nach Unterstützung zum Zugang zu VAD reagieren und welche Absicht sie dabei verfolgen.

Weiterleiten und Unterstützen

Die meisten Teilnehmenden reagieren mit der Art «Weiterleiten und Unterstützen». Dabei ist es den Pflegefachpersonen wichtig, den fragenden Menschen stets das Gefühl zu vermitteln, dass sie unterstützt werden, unabhängig ihrer Entscheidung. Die persönlichen Ansichten würden Pflegefachpersonen nicht einbringen. Sie ermutigen die fragenden Menschen, ihr Anliegen an zuständiges ärztliches Personal weiterzuleiten. Eine Pflegefachperson begründet: «Manchmal teilen [Patient*innen] den Pflegefachpersonen mehr mit als ihren [Ärzt*innen]; [wir sollten] die vollständige Offenlegung der Wünsche der [Patient*innen] gegenüber dem medizinischen Personal fördern, um ihnen zu ermöglichen, ihre Wünsche vollständig zu kennen» (Wilson et al., 2020, S. 646).

Engagieren und Erkunden

Pflegefachpersonen, welche sich «Engagieren und Erkunden», verfolgen die Absicht die Wünsche, Prioritäten sowie die Bedenken der fragenden Person zu ermitteln. Dabei setzen sich die Pflegefachpersonen mit der Person auseinander und nicht zwingend deren Frage nach VAD. Es wird ein nicht wertender Ansatz verfolgt. Diese Pflegefachpersonen sind am wenigsten bereit ihre persönlichen Ansichten ins Gespräch einzubringen. Zusätzlich zeigt sich eine kleine Wahrscheinlichkeit, dass die Anfrage an weitere Gesundheitsfachpersonen weitergeleitet wird.

Bedürfnisse einschätzen und Information bereitstellen

Einige Pflegefachpersonen verfolgen mit ihren Reaktionen auf die Frage nach VAD die Absicht, die Bedürfnisse der fragenden Person einzuschätzen und Informationen bereitzustellen. Bei dieser Art der Reaktion würden Pflegefachpersonen ihre persönliche Meinung nicht einbringen. Die gestellte Frage wird unvoreingenommen aufgenommen. Zur Ermittlung des Information- und Unterstützungsbedarf, wird eine Diskussion gefördert. Eine Pflegefachperson begründet ihre Art wie folgt; «um der Person zu helfen, die Informationen zu erhalten, die sie benötigt, um ihre Optionen zu erwägen» (Wilson et al., 2020, S. 648).

Einwenden und Ablenken

Als letzte Art zeigt sich das «Einwenden und Ablenken». Nur wenige Teilnehmende zeigen Reaktionen und Absichten dieser Art. Diese Pflegefachpersonen bringen ihre eigene Ablehnung gegenüber VAD zum Ausdruck. Informationen zu VAD werden nicht preisgegeben. Eine Aussage einer Pflegefachperson dazu: «Ich glaube nicht, dass es eine gültige Wahl ist und ich werde mich in keiner Weise [an VAD] beteiligen» (Wilson et al.,

2020, S. 647). Die Pflegefachpersonen versuchen die Aufmerksamkeit auf Palliativmedizin zu lenken, da dies als einzige Alternative angesehen wird.

4.7.2 Einschätzung der Güte

Die Güte der Studie wird nach den Kriterien von Creswell (2022) beurteilt. Der Titel erscheint passend zur Absicht der Studie formuliert. Das gewählte Mixed-Methods Design wird im Titel und in der Zusammenfassung der Studie genannt. Das Gütekriterium der Problembeschreibung wird als mangelhaft eingeschätzt, da mit beschriebener Evidenz zwar der Bedarf an Forschung aufgezeigt, jedoch der Bedarf an qualitativen und quantitativen Daten nicht klar herausgearbeitet wird. Es sind keine Forschungsfragen beschrieben und aus dem Ziel ist der Mixed-Methods Ansatz nicht logisch ableitbar, dadurch wird dieses Kriterium als nicht erfüllt angesehen. Durch die Begründung und die Beschreibung des Designs mit den einzelnen Schritten des Vorgehens, wird das gewählte Q-Methodologie nachvollziehbar begründet. Es ist kein philosophischer, jedoch ein theoretischer Bezugsrahmen beschrieben, womit dieses Kriterium bedingt erreicht wird. Bezüglich der Datensammlung werden Samplingstrategien beschrieben. Die erhobenen quantitative und qualitative Daten werden nicht vollumfänglich verständlich und nicht alle in tabellarischer Form dargestellt. Die Datenanalyse wird mit klaren und nachvollziehbaren Beschreibungen sowie Darstellungen aufgezeigt, wodurch dieses Kriterium erreicht wird. Die qualitativen und quantitativen Resultate werden gemeinsam dargestellt und zueinander in Verbindung gesetzt. In der Studie werden Massnahmen zur Unterstützung der Validität beschrieben und Metaschlussfolgerung gemacht und diskutiert. Ein Mehrwert des Mixed-Methods Ansatzes wird bei der Wahl des Designs begründet, die Ergebnisse selbst werden jedoch nicht auf Mehrwert diskutiert. Ethische Aspekte werden berücksichtigt und genannt. Anhand der Einschätzung der Gütekriterien wird die Studie von Wilson et al. (2020) von mittlerer Güte beurteilt. Die Studie wurde für diese Bachelorarbeit ausgewählt, da verschiedene Arten und deren Absichten, welche Pflegefachpersonen bei der Antwort auf die Frage nach VAD, aufgezeigt werden. Die Absichten werden mit gemachten Erfahrungen und den persönlichen Einstellungen der Pflegefachpersonen begründet, worin sich das Erleben zeigt.

5 Diskussion

In folgendem Kapitel wird zuerst die Gesamtwürdigung der Studien beurteilt. Dann werden Ergebnisse der Studien zu den Themenbereichen Erleben und beeinflussenden Faktoren diskutiert, indem Gemeinsamkeiten, Widersprüche und Unterschiede festgehalten werden. Weiter werden die Auswirkungen der Faktoren auf das Erleben aufgezeigt. Abschliessend wird die Fragestellung beantwortet und weiterer Forschungsbedarf festgehalten.

5.1 Gesamtwürdigung der Studien

Keine der inkludierten Studien formuliert eine Fragestellung. Der Forschungszweck wird bei allen Studien klar und nachvollziehbar mit Literatur aufgezeigt. Die Studien von Beuthin et al. (2018), Davidson et al. (2022), Freeman et al. (2020), Penman et al. (2022) und Snir et al. (2022) beschreiben ein klares Forschungsziel. Bei Wilson et al. (2020) gibt es Unklarheiten bezogen auf den quantitativen Anteil des Zieles und bei Pesut et al. (2020) fehlt die deutliche Formulierung (Pesut et al., 2020). Bei sechs Studien erscheinen die Studiendesign passend zu den formulierten Zielen, lediglich bei Wilson et al. (2020) wird nicht genau klar, weshalb der Mixed-Methods Ansatz gewählt wurde. Nur bei Beuthin et al. (2018) wird die Stichprobenziehung nicht genau beschrieben. Bei Davidson et al. (2022), Freeman et al. (2020), Penman et al. (2022) und Pesut et al. (2020) werden ausreichend Eigenschaften der Stichprobe publiziert, bei Beuthin et al. (2018), Snir et al. (2022) und Wilson et al. (2020) sind nur wenige Informationen dazu ersichtlich. Bei vier Studien ist das methodische Vorgehen nachvollziehbar beschrieben (Beuthin et al., 2018; Penman et al., 2022; Pesut et al., 2020; Wilson et al., 2020). Bei den zwei quantitativen Studien erscheinen die Messinstrumente fraglich, da sie durch die Forschenden selbst erstellt worden sind. Snir et al. (2022) haben Freitextdaten einer grösseren Studie analysiert, wobei dies nicht genau begründet wird. Bei sechs Studien wird eine Bewilligung einer Ethikkommission eingeholt. Bei Davidson et al. (2022) wird nur nach Einwilligung der Teilnehmenden gefragt. Die Gesamtwürdigung der Studien wird, abgeleitet aus den obigen Ausführungen, als mittel eingeschätzt.

5.2 Erleben

Pflegefachpersonen sind oft die Ersten, welche mit einem Sterbewunsch und einem möglichen Wunsch nach assistiertem Suizid einer zu betreuenden Person konfrontiert werden (De Bal et al., 2006, S. 590; Riedel et al., 2022, S. 3; Roy, 2022, S. 32). Dies legt

nahe, dass Pflegefachpersonen per se emotional involviert sind, da sie eine zentrale Rolle in der Begleitung und Betreuung von Personen in verschiedenen Settings übernehmen (Pleschberger & Petzold, 2022, S. 141). In der Praxis wird die Teilnahme am assistierten Suizid mit verschiedenen Emotionen verbunden. Die Studien zeigen diesbezüglich heterogene Ergebnisse (Beuthin et al., 2018; Pesut et al., 2020). Einerseits werden Emotionen wie Frieden, Ergriffenheit und Erstaunen benannt und andererseits Emotionen wie Trauer, Verzweiflung und Unglauben. McMechan et al. (2019) beschreiben ebenfalls, dass die Teilnahme als eine komplexe emotionale Erfahrung erlebt wird. Obwohl MAsiD in der Praxis mehrheitlich positiv erlebt wird, werden in einigen Studien auch erlebte Unsicherheiten oder Ängste thematisiert. Diese beziehen sich auf Schuldgefühle (Pesut et al., 2020), Unsicherheiten bezüglich der aktiven Teilnahme (Beuthin et al., 2018) und Ängste vor Ablehnung, beruflicher Umorientierung und Meinungsverschiedenheiten, wenn sich jemand gegen eine aktive Teilnahme ausspricht (Beuthin et al., 2018; Snir et al., 2022). Die Studien zeigen demnach Gemeinsamkeiten bezogen auf Unsicherheiten und Ängste. Wobei in einzelnen Studien noch differenzierter auf vorhandene Aspekte oder deren Gründe eingegangen wird. Pesut et al. (2020) führen beispielsweise die negativen Emotionen darauf zurück, dass Pflegefachpersonen normalerweise nicht der Grund dafür sind, weshalb jemand verstirbt. Snir et al. (2022) benennen Angst vor Wut und Gewalt von Angehörigen, wenn deren Meinung nicht mit dem Wunsch von betroffenen Personen mit Wunsch nach VAD übereinstimmt. Dies beschreiben auch Harvath et al. (2006, S. 207) als potentielle Konfliktsituation in der Praxis.

5.3 Beeinflussende Faktoren

Aufgrund der Ergebnisse lassen sich Faktoren identifizieren, welche einen Einfluss auf das Erleben haben. In den Studien werden diese Faktoren je nach Ziel mehr oder weniger ausführlich thematisiert.

5.3.1 Erfahrungen

Pflegefachpersonen beschreiben, dass gemachte Erfahrungen mit MAsiD nie vergessen werden könnten (Pesut et al., 2020). Auch Denier et al. (2009, S. 44) legen nahe, dass zwar durch Erfahrungen Unsicherheiten im Umgang mit diesen Pflegesituationen weniger werden, sie jedoch nie als gewöhnlich angesehen werden. Pflegefachpersonen sehen

VAD und MAsiD grundsätzlich als Erweiterung der ganzheitlichen Pflege am Lebensende (Beuthin et al., 2018; Pesut et al., 2020; Snir et al., 2022). Gemeinsamkeiten zeigen sich auch dabei, dass es Pflegefachpersonen darum geht sich für die Wünsche der zu betreuenden Personen einzusetzen beziehungsweise diese zu erfüllen (Beuthin et al., 2018; Snir et al., 2022). Aus diesen Aussagen lässt sich schliessen, dass jene Pflegefachpersonen durch ihre praktischen Erfahrungen zu diesen Ansichten kommen. Dies zeigt auch Pesut et al. (2020), denn Pflegefachpersonen beschreiben dort die gemachten Erfahrungen, ihre Familie, ihre Gemeinschaft mit Patient*innen als Einfluss bei der Entscheidungsfindung zur Teilnahme. Weiter wird genannt, dass durch MAsiD erfahren wurde, wie es ist, Leiden lindern zu können (Beuthin et al., 2018; Pesut et al., 2020; Snir et al., 2022). Die Ergebnisse, welche dies thematisieren, sind sich einig, dass Leiden subjektiv ist. Pflegefachpersonen sehen sich nicht in der Position die Entscheidungen von zu betreuenden Personen zu verurteilen und zu bewerten (Beuthin et al., 2018; Pesut et al., 2020; Wilson et al., 2020). Es ist anzunehmen, dass dieser Schlussfolgerungen gemachte Erfahrungen zu Grunde liegen.

In fünf Studien nehmen die Mehrheit der Pflegefachpersonen an der direkt aktiven Sterbehilfe (MAsiD und VAD) teil und befürworten diese (Beuthin et al., 2018; Penman et al., 2022; Pesut et al., 2020; Snir et al., 2022). Bei Davidson et al. (2022) hingegen zeigt sich, dass nur knapp die Hälfte (49.4 %) der befragten Pflegefachpersonen MAiID persönlich und 57 % im Rahmen ihrer beruflichen Rolle unterstützen (Davidson et al., 2022). Diese Unterschiede könnten damit begründen werden, dass Pflegefachpersonen bei MAiID keine aktive Rolle bei der Verabreichung der tödlichen Substanz einnehmen und sich deswegen klarer abgrenzen. Erfahrungen werden demnach als beeinflussender Faktor bestimmt und gehören zu den internalen Faktoren.

5.3.2 Wertvorstellungen

Das Thema des assistierten Suizids tangiert professionelle und persönliche Wertvorstellungen von Pflegefachpersonen (Riedel et al., 2022, S. 2). 74.9 % der Pflegefachpersonen stimmen zu oder stark zu, dass Personen das Recht haben sollen, über ihren eigenen Tod zu entscheiden (Freeman et al., 2020). Dieses Ergebnis unterstützen Penman et al. (2022) und Pesut et al. (2020) ebenfalls. Weiter äussern Pflegefachpersonen in den Studien, dass ihre eigenen persönlichen Überzeugungen in der Praxis keine Rolle spielen sollten (Penman et al., 2022; Pesut et al., 2020). Dies

verdeutlichen Pesut et al. (2020) indem die Erkenntnis, dass es bei der Entscheidung zu MAiD nicht um die Pflegefachpersonen selbst geht, ein relevanter Punkt für ihre aktive Teilnahme daran sei. Auch Harvath et al. (2006, S. 208) diskutieren, dass Pflegefachpersonen die Absicht haben die Autonomie von Patient*innen zu unterstützen. Jedoch zeigen die Ergebnisse auch Unterschiede, denn einige Pflegefachpersonen in den Studien von Snir et al. (2022) und Pesut et al. (2020) erleben VAD und MAiD als Widerspruch zu beruflichen Werten, welche sie auf das Prinzip des Nicht-Schadens beziehen. Es lassen sich zudem auch Widersprüche bezogen auf persönliche und berufliche Wertvorstellungen feststellen. Während VAD aufgrund kulturellen Werten persönlich nicht unterstützt wird, so wird hingegen die Durchführung in beruflicher Hinsicht akzeptiert (Penman et al., 2022). So zeigen auch Denier et al. (2009, S. 45) auf, dass Pflegefachpersonen, welche die direkt aktive Sterbehilfe nicht komplett mit ihrem Gewissen vereinbaren können, sich trotzdem verpflichtet fühlen den Patient*innen zu helfen. Sie versuchen den Wunsch aus der Perspektive von den Patient*innen zu sehen und zu akzeptieren. Dies macht klar, dass obschon sich persönliche und berufliche Wertvorstellungen einer Person unterscheiden, sie trotzdem den assistierten Suizid und die direkt aktive Sterbehilfe unterstützt kann. Demnach wird das Erleben je nach Wertvorstellung unterschiedlich beeinflusst. Dieser beeinflussende Faktor wird als internaler Faktor angesehen.

5.3.3 Religionszugehörigkeit

Die Ergebnisse zeigen, dass die Religionszugehörigkeit die Einstellungen der Pflegefachpersonen beeinflusst (Beuthin et al., 2018; Davidson et al., 2022; Freeman et al., 2020; Penman et al., 2022). Gemeinsamkeiten lassen sich auch in Bezug auf die Unterstützung und die aktive Teilnahme feststellen. So unterstützen Pflegefachpersonen, welche sich mit der christlichen Religion identifizieren MAiD signifikant weniger als nicht-christliche Pflegefachpersonen (Davidson et al., 2022). Dahinter könnte sich der Grund verbergen, dass in gewissen Religionen Suizid strikt verboten ist (Olsen et al., 2017, S. 52). Freeman et al. (2020) fanden heraus, dass die persönliche Bedeutung von Glauben und Religion mit den Einstellungen der Pflegefachpersonen assoziiert wird ($p < 0.001$). Jedoch diskutieren sie, dass die Religionszugehörigkeit nicht abschliessend entscheidet, wie sich Pflegefachpersonen positionieren, sondern viel mehr die Verinnerlichung der religiösen Werte. Widersprüchlich dazu zeigen Beuthin et al. (2018) und Penman et al. (2022) auf, dass der Grund für Nicht-Teilnahme an MAiD oder VAD meistens die

Religionszugehörigkeit ist. Pesut et al. (2020) beschreiben einen seelischen Konflikt der Pflegefachpersonen durch die Frage, ob sie durch MAsiD in den natürlichen Tod oder in etwas göttliches eingreifen. Dies zeigt, dass der assistierte Suizid und die direkt aktive Sterbehilfe eng mit existentiellen Fragen verbunden sind und diese wiederum mit persönlichen Einstellungen zu Religion und Glaube. Die persönliche Religionszugehörigkeit kann folglich, je nach Ausübung dieser, als internaler und externaler beeinflussender Faktor identifiziert werden.

5.3.4 Wissen

Die Ergebnisse der Studien zeigen unterschiedliche und teils widersprüchliche Angaben bezogen auf das vorhandene Wissen zum assistierten Suizid. Penman et al. (2022) zeigen, dass die verschiedenen Pflegefachpersonen unterschiedliche Wissensstände zu VAD haben. Zudem sind Unklarheiten bezüglich der Rolle der Pflege vorhanden. Davidson et al. (2022) machen deutlich, dass mehr Wissen zur Durchführung von MAiD die persönliche Unterstützung von MAiD prognostiziert ($p < 0.001$) und die Bereitschaft, Patient*innen mit Wunsch nach MAiD zu betreuen erhöht ist ($p < 0.05$). Daraus lässt sich ableiten, dass Wissen nötig ist, um sich bezogen auf den assistierten Suizid zu positionieren. Auch Lehto et al. (2016, S. 189) thematisieren die Wichtigkeit von Wissen über die Möglichkeiten des assistierten Suizides. McMechan et al. (2019, S. 8–9) beschreiben fehlendes Verständnis und Wissen der Rollen und Aufgaben von Pflegefachpersonen, obwohl diese in Aus- und Weiterbildung das Recht auf eine Einführung in die Gesetzeslage der Sterbehilfe und Sterbebegleitung haben (Riedel et al., 2022, S. 4–5). Vorhandene jedoch unklare ethische und rechtliche Informationen bezüglich MAsiD werden von Beuthin et al. (2018) beschrieben. Widersprüchlich dazu zeigen Freeman et al. (2020) auf, dass 70.3 % der Befragten zu oder stark zu stimmen, dass sie die rechtlichen und regulatorischen Verpflichtungen von Pflegefachpersonen in Bezug auf MAsiD kennen. Diese Unterschiede lassen sich damit begründen, dass die Studie von Beuthin et al. (2018) näher am Zeitpunkt der Legalisierung war und dies zur Annahme führt, dass Pflegefachpersonen zu dieser Zeit noch über weniger Wissen verfügten. Es wird jedoch klar, dass Wissen als beeinflussender internaler Faktor auf die Einstellung angesehen werden kann.

5.4 Auswirkungen der beeinflussenden Faktoren auf das Erleben

Die beschriebenen internalen und externalen Faktoren haben einen Einfluss darauf, wie der assistierte Suizid in der Praxis erlebt wird. Gemachte Erfahrungen zeigen einen Einfluss auf das Erleben der Pflegefachpersonen, indem sie besonders die Entscheidungsfindung zur aktiven Teilnahme an der Verabreichung der tödlichen Substanz beeinflussen. Diese Erfahrungen können zu vermehrtem Verständnis sowie Klarheit führen und dadurch wird das Erleben des assistierten Suizides oder direkt aktiven Sterbehilfe eher positiv beeinflusst. Da sich die beschriebenen Erfahrungen in den Studien oft auf die Entscheidungsfindung zur aktiven Teilnahme beziehen, lassen sie sich nur bedingt auf die Schweiz übertragen. Es ist anzunehmen, dass persönliche und berufliche Wertvorstellungen das Erleben ebenfalls stark beeinflussen. Denn durch eigene Grundhaltungen bezogen auf die Pflege bilden sich Ansichten, welche sich auf den assistierten Suizid beziehen. Das Unterstützen von Entscheidungen, das Verringern von Leiden und das Vermeiden von Verurteilungen gehen deutlich als relevante befürwortende Wertvorstellungen hervor. Gegensätzlich dazu wird mit der Wertvorstellung, dass Pflegefachpersonen niemandem schaden sollen, der assistierte Suizid oder direkt aktive Sterbehilfe kritisch hinterfragt oder abgelehnt. Je nach Wertvorstellungen wird das Erleben des assistieren Suizids demnach als positiv oder negativ assoziiert. Diese Ergebnisse lassen sich nur teilweise in die Schweiz übertragen, da sich die vorhandenen Wertvorstellungen vor allem auf die Entscheidung zur Teilnahme oder Nicht-Teilnahme bezogen auf die aktive Verabreichung der tödlichen Substanz beziehen. Jedoch lassen sich die Ergebnisse zur Grundhaltung zum assistierten Suizid auch auf die Schweiz übertragen. Vorhandenes Wissen beeinflusst das Erleben, indem Pflegefachpersonen sich durch umfassendes und genaues Wissen bezogen auf den assistierten Suizid und der direkt aktiven Sterbehilfe besser positionieren können. Aus den Ergebnissen der Studien kann abgeleitet werden, dass mehr Wissen eher zu einem positiveren Erleben führt. Diese Erkenntnis lässt sich auch auf die Schweiz übertragen, da es nachvollziehbar erscheint, dass mehr Wissen zu fundierten und begründeten Entscheidungen führt. Die Religionszugehörigkeit scheint das Erleben stark zu beeinflussen. In den inkludierten Studien wird diese als häufigster Grund für die Ablehnung des assistierten Suizides und der direkt aktiven Sterbehilfe beschrieben. Wobei vereinzelte Pflegefachpersonen allerdings den Wunsch einer Person als höher bewerten, wie ihre religiöse Einstellung. Die Religionszugehörigkeit beeinflusst das Erleben folglich eher negativ, wobei dies nicht immer der Fall sein muss. Diese Ergebnisse sind übertragbar in der Schweiz, da die

inkludierten Studien nicht nur die aktive Teilnahme bei der Verabreichung der tödlichen Substanz thematisieren, sondern auch die generelle Ablehnung des assistierten Suizides. Zudem sind auch in der Schweiz Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Religionszugehörigkeiten in der Praxis tätig.

5.5 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung: «Wie erleben Pflegefachpersonen den assistierten Suizid in der stationären und ambulanten Praxis, und wodurch wird dieses Erleben beeinflusst?», wird im Folgenden beantwortet. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass der assistierte Suizid in der Praxis unterschiedlich erlebt wird. Die Studienergebnisse legen nahe, dass mit dem assistierten Suizid mehrheitlich positive, jedoch auch negative Emotionen assoziiert werden. Der assistierte Suizid ist für die Pflegefachpersonen eine emotional komplexe Erfahrung. Die Religionszugehörigkeit, das Wissen, die Wertvorstellungen und die Erfahrungen beeinflussen das Erleben des assistierten Suizids. Es bleibt unklar, wie genau die verschiedenen Faktoren das Erleben der Pflegefachpersonen beeinflussen. Die Fragestellung kann nicht abschliessend beantwortet werden, da die Resultate der Studien eher schwer in den schweizerischen Kontext übertragen werden können. Dies aufgrund der anderen gesetzlichen Bestimmungen und der teils erlaubten direkt aktiven Sterbehilfe. Folglich ist als weiterer Forschungsbedarf festzuhalten, dass das Erleben und Faktoren, welche dieses beeinflussenden, von Schweizer Pflegefachpersonen untersucht werden müssen.

6 Theorie-Praxis-Transfer

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Studien und Interviews mit Hilfe zusätzlicher Literatur in das EBN-Modell (Rycroft-Malone et al., 2004) eingeordnet. Anschliessend werden Empfehlungen für Implikationen abgeleitet, wie Pflegefachpersonen in der Schweizer Praxis bezogen auf den assistierten Suizid unterstützt werden können.

6.1 Evidence-based Nursing Modell

Das in den Studien beschriebene Erleben und die beeinflussenden Faktoren werden beim Forschungsstand erläutert. Die Interviewergebnisse werden vorwiegend in die Expertise der Fachpersonen eingeordnet. Weiter werden Präferenzen und Vorstellungen von Pflegebedürftigen bezogen auf den assistierten Suizid sowie vorhandene Umgebungsbedingungen thematisiert.

6.1.1 Forschungsstand

Bezogen auf das Erleben und die beeinflussenden Faktoren zeigen die Studien unterschiedliche Ergebnisse. Die untersuchten Erfahrungen von Pflegefachpersonen zeigen, dass der Prozess des assistierten Suizids mit vielen verschiedenen Emotionen verbunden ist (Beuthin et al., 2018; Pesut et al., 2020). Gewisse Pflegefachpersonen erleben einen seelischen Kampf, wenn es um das Thema assistierten Suizid geht (Pesut et al., 2020). Weiter wird deutlich: Pflegefachpersonen, sollen die Entscheidungen von zu betreuenden Personen akzeptieren und nicht verurteilen, egal welche Einstellungen sie zum assistierten Suizid haben (Beuthin et al., 2018; Penman et al., 2022; Pesut et al., 2020; Wilson et al., 2020). Aus den Studienergebnissen wird ersichtlich, dass verschiedene Faktoren das Erleben und die Einstellung der Pflegefachpersonen individuell prägen. Religionszugehörigkeit, Wertvorstellungen, Wissen sowie Erfahrungen werden als beeinflussende Faktoren identifiziert (Beuthin et al., 2018; Davidson et al., 2022; Freeman et al., 2020; Penman et al., 2022; Pesut et al., 2020; Snir et al., 2022; Wilson et al., 2020).

6.1.2 Expertise der Fachperson

■■■■ (Name geändert) und ■■■■■■, zwei erfahrene Pflegefachpersonen, erzählen von erlebten Situationen in der stationären und ambulanten Praxis, in welchen Pflegeempfänger*innen mittels assistierten Suizids gestorben sind. ■■■■ und ■■■■■■ (persönliche Kommunikation, 13. März 2023) berichten von Emotionen wie Berührtheit und

Ergriffenheit sowie aufwühlenden Fragen. Sie beschreiben den assistierten Suizid als ein surreales und aussergewöhnliches Ereignis. In ihrer Einstellung zum assistierten Suizid beeinflusste sie vor allem ihr in der Ausbildung erlerntes Wissen und ihre Erfahrungen damit. Aufgrund interner Vorschriften nehmen sie keine aktive Rolle bei der Organisation und Durchführung des assistierten Suizides ein. Sie erleben ihre Rolle und Aufgaben als begleitend. Dies wollen sie so beibehalten, da sich ihnen dadurch eine entlastende Abgrenzungsmöglichkeit ergibt (■■■■■, persönliche Kommunikation, 13. März 2023; ■■■■■, persönliche Kommunikation, 13. März 2023). ■■■■■ (persönliche Kommunikation, 13. März 2023) erzählt von einer Situation, in welcher eine Bewohnerin durch den assistierten Suizid gestorben sei und anschliessend von der Bereichsleitung stark darauf geachtet wurde, die Bedürfnisse des Pflegeteams abzuholen. Mittels offener Kommunikation sei die Möglichkeit geboten worden über das eigene Erleben zu sprechen. Dies sei als entlastend und positiv empfunden worden. Beide Pflegefachpersonen benennen, dass der assistierte Suizid und das damit verbundene Erleben erst dann zur Thematik wird, wenn eine aktuelle Pflegesituation dies fordert (■■■■■, persönliche Kommunikation, 13. März 2023; ■■■■■, persönliche Kommunikation, 13. März 2023).

6.1.3 Präferenzen und Vorstellung der Pflegebedürftigen

Wenn Pflegebedürftige einen Sterbewunsch oder den Wunsch nach assistiertem Suizid äussern, ist es für sie von Bedeutung, mehr Informationen zu erhalten. Durch Nachfragen, was den Sterbewunsch auslöst, können sich anfragende Personen von Pflegefachpersonen ernst- und wahrgenommen fühlen. Wird der Entscheid das Leben zu beenden gefallen, ist es wichtig zu erörtern, wie die Person die Situation erlebt. Von Sterbewilligen wird es geschätzt, wenn ihnen jemand zuhört und sich für ihr Leben und ihre Wertvorstellungen interessiert (Schaffert-Witvliet et al., 2014, S. 14–15). Auch Feichtner (2022, S. 4) beschreibt, wie empathisch geführte Gespräche über den Sterbewunsch den Betroffenen gewisse Entlastung bringen können. Das Anvertrauen des Wunsches nach assistiertem Suizid kann als Beweis für empfundenes Vertrauen in der Beziehung zwischen professionell Betreuenden und Pflegeempfangenden sein. Dieses Vertrauen und die Sicherheit auf eine verlässliche, kompetente und empathische Betreuung brauchen Menschen in verletzlichen (Feichtner, 2022, S. 4).

6.1.4 Umgebungsbedingungen

Je nach Land und Region des Landes gelten unterschiedliche gesetzliche Regelungen bezogen auf den assistierten Suizid und die anderen Formen der Sterbehilfe. Diese sowie institutionelle Richtlinien entscheiden und definieren, inwiefern sich die pflegerische Betreuung im Prozess des assistierten Suizids gestaltet und ob die Pflegefachpersonen eine aktive Rolle bei der Verabreichung der tödlichen Substanz einnehmen. In der Schweiz ist eine aktive Rolle durch Pflegefachpersonen und ärztliche Personen bei der Verabreichung verboten. Die Anzahl der Mitglieder sowie die Anzahl der durchgeführten Fälle vom assistierten Suizid nehmen gemäss Exit (2023) schweizweit zu. Letzteres wird mit dem immer älter werden der Gesellschaft und daraus resultierenden schwer einschränkenden Krankheiten oder Behinderungen begründet (Exit, 2023). Zusätzlich werden in den Kantonen Vorlagen diskutiert oder eingeführt, welche regeln, in welchen Institutionen der assistierte Suizid künftig verpflichtend erlaubt werden soll (Kaoru, 2022). Beispielsweise wurde im Kanton Wallis im Jahr 2022 ein Gesetz verabschiedet, welches den assistierten Suizid in Pflegeheimen ermöglicht. Im Kanton Waadt besteht ein Gesetz, welches seit dem Jahr 2012 den assistierten Suizid in allen Pflegeheimen und Spitälern erlaubt. Auch der Kanton Graubünden hat im Jahr 2021 eine Motion zur Gesetzesänderung angenommen, welche den assistierten Suizid in staatlich finanzierten Pflegeheimen und Spitälern erlauben soll (Kaoru, 2022). Der Zürcher Kantonsrat legt im Herbst 2022 fest, dass Bewohnende einer Institution mit Leistungsauftrag einer Gemeinde in deren Räumlichkeiten assistierter Suizid durchführen können (Jauch, 2022). Diese Entwicklungen stellen die Institutionen in der Schweiz vor die Aufgabe ihre Haltung bezogen auf den assistierten Suizid und die Bereitstellung von diesem zu überdenken und veranlassen sie zur Klärung des Vorgehens (CURAVIVA, 2019). Auch Exit (2023) hält fest, dass immer mehr Institutionen den Sterbehilfeorganisationen Zugang erlauben und Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Es ist anzunehmen, dass klare Richtlinien in Institutionen der Schweizer Praxis fehlen. Schaffert-Witvliet et al. (2014, S. 17) verdeutlichen, dass Richtlinien das Vorgehen beim Auftreten eines Sterbewunsches erleichtern können. Zusätzlich ist den Pflegefachpersonen teilweise gar nicht bewusst, dass es diese gibt (██████████ persönliche Kommunikation, 13. März 2023). Es liegt zudem nahe, dass Erleben und Einstellungen von Pflegefachpersonen durch vorhandene Richtlinien beeinflusst werden können.

6.2 Implikationen für die Praxis

Obwohl in der Schweiz keine aktive Sterbehilfe geleistet und der assistierte Suizid vorwiegend durch Sterbehilfeorganisationen organisiert wird, sind in der stationären und ambulanten Praxis Berührungspunkte vorhanden (■■■■■, persönliche Kommunikation, 13. März 2023; ■■■■■, persönliche Kommunikation, 13. März 2023). Die pflegerischen Aufgaben bestehen weiterhin, auch wenn der Entschluss zum assistierten Suizid feststeht (Schaffert-Witvliet et al., 2014, S. 15). Aus den Ausführungen zum EBN-Modell können Implikationen für die Schweizer Praxis in den Bereichen Emotionen, Wissen und Rahmenbedingungen abgeleitet werden. Die Abbildung 3 zeigt einen Überblick über die vorhandenen Problemstellungen in der Schweizer Praxis und die jeweiligen herausgearbeiteten Handlungsempfehlungen dazu.

Die beschriebenen Emotionen, die Expertise der Fachpersonen sowie die benannte Hilflosigkeit, das Gefühl allein gelassen zu werden und die erlebte Schwierigkeit sich über ihr Erleben zu äussern (Schaffert-Witvliet et al., 2014, S. 15–16) legen nahe, dass den Emotionen von Pflegefachpersonen Raum gelassen werden muss. In der Praxis wird konkret ein Rahmen benötigt, in welchem Pflegefachpersonen ihre Emotionen thematisieren können und Raum für Diskussion geschaffen wird. Dies kann mittels bedürfnisorientierter Unterstützung, wie Fallbesprechungen, Supervisionen oder Einzelgesprächen erfolgen. Durch diese können Pflegefachpersonen lernen mit diesen komplexen Situationen umzugehen.

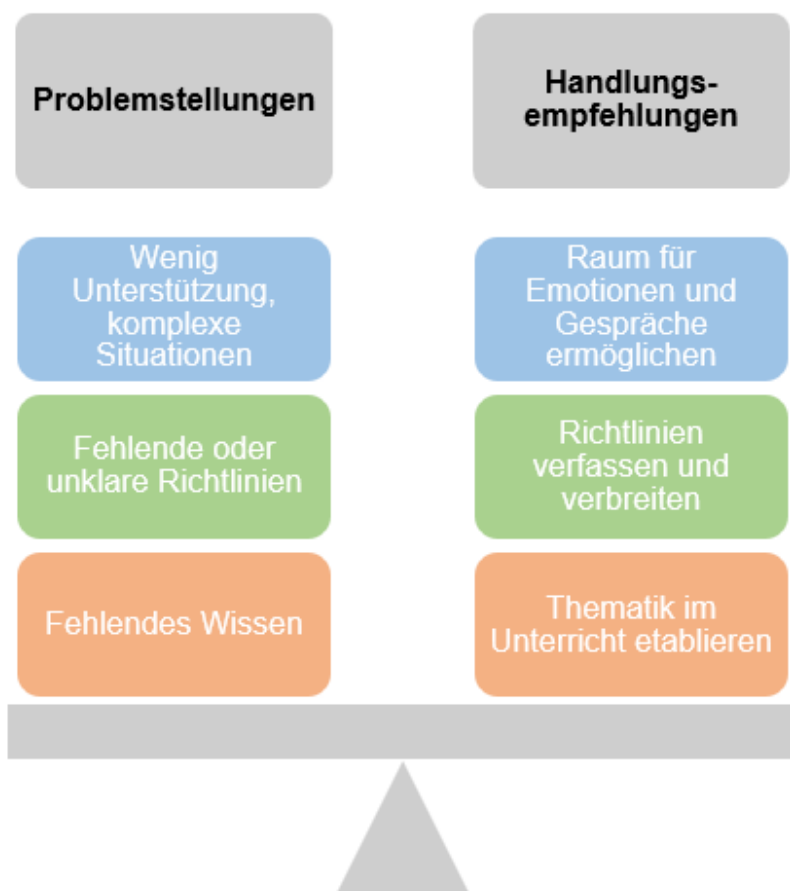
Aus den beschriebenen Umgebungsbedingungen wird abgeleitet, dass sich die Schweizer Institutionen klar schriftlich positionieren und demnach Richtlinien verfassen sollen, in welchen der Ablauf sowie die Rolle und die Aufgaben von Pflegefachpersonen beschrieben sind. So erhalten Pflegefachpersonen eine Orientierungsmöglichkeit. Der Inhalt der Richtlinien soll dabei von den Institutionen intern verbreitet werden. Diese Notwendigkeiten verdeutlichen auch Kojer et al. (2022, S. 4–5), indem sie die Wichtigkeit der Unterstützung der Betreuenden benennen sowie sich für die Sensibilisierung der Pflegefachpersonen mittels Bildung, Richtlinien und Arbeitshilfen aussprechen.

Aufgrund des Forschungsstandes, der das Wissen als beeinflussenden Faktor identifiziert, sowie der Expertise der Fachpersonen wird klar, dass der assistierte Suizid, dessen Rahmenbedingungen sowie mögliche emotionale Herausforderungen bereits in der

Ausbildung und später in der Weiterbildung thematisiert werden sollen. Das Thema der Sterbehilfe ist im Lehrplan Pflege zu finden (ABZ Verbund, 2015), jedoch wird nicht ausdrücklich geregelt, ob dabei das Erleben der Pflegefachpersonen thematisiert wird. Die Perspektive von Pflegefachpersonen soll dabei ein unabdingbarer Teil einnehmen, damit sich Pflegefachpersonen in der Praxis sicher fühlen können. Bestehende Weiterbildungsangebote sollen in Anspruch genommen werden und in den Institutionen bekannt sein, damit diese empfohlen werden können. Ersek (2004, S. 53) zeigt deutlich, dass Pflegefachpersonen Aufklärung und Anleitung darüber brauchen, inwiefern sich die pflegerischen Massnahmen am Lebensende moralisch und rechtlich unterscheiden. Durch diese Aufklärung können im Praxisalltag fundierte Entscheidungen getroffen werden und Patient*innen unterstützt werden.

Abbildung 3

Vorhandene Problemstellungen und davon abgeleitete Handlungsempfehlungen



7 Limitationen und Stärken

Aufgrund des Ausbildungsstandes der Autorinnen können methodische Mängel und Fehlinterpretationen bei der Übersetzung nicht ausgeschlossen werden. Die beeinflussenden Faktoren auf das Erleben sowie das Erleben werden in dieser Arbeit breit gefasst, wodurch die Ergebnisse an Präzision verlieren. Hinsichtlich der Einschränkung von Umfang und Zeit wurde eine systematisierte und keine systematische Literaturrecherche durchgeführt, wodurch möglicherweise relevante Studien unwissentlich exkludiert worden sind. Keine der Studien ist aus der Schweiz. Es gilt zudem zu berücksichtigen, dass die ausgewählten Studien in unterschiedlichen Ländern und Regionen durchgeführt wurden und sich somit Unterschiede im Gesundheitswesen, in der Pflegeausbildung sowie in Kultur und Religion ergeben. Zudem liegt der inhaltliche Fokus der Studien teilweise auf unterschiedlichen Thematiken. Aus diesen Gründen sind der Vergleich, die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse und die Übertragung auf die Schweiz nur bedingt möglich. Es wurden Studien inkludiert, in welchen zusätzlich zum assistierten Suizid, die direkt aktive Sterbehilfe legal ist oder es den Pflegefachpersonen gestattet ist, Medikamente für direkt aktive Sterbehilfe zu verschreiben und diese zu verabreichen. Die Ergebnisse der Studien beziehen sich somit nicht ausschliesslich auf den assistierten Suizid, da in den Studien teilweise nicht explizit zu erkennen war, auf welche Form der Sterbehilfe sich die Ergebnisse bezogen haben. Dies könnte zu Verzerrungen der Ergebnisse geführt haben. Die Güte der Studien wurde als gering bis mittel beurteilt, deshalb sind die Ergebnisse mit Vorbehalt zu betrachten.

Trotz den Limitationen weist diese Arbeit, einige Stärken auf. Eine Stärke ist die hohe Aktualität der Thematik, aufgrund politischer Auseinandersetzungen und der steigenden Nachfrage nach assistiertem Suizid in der Schweiz. Zusätzlich sind alle inkludierten Studien aus den letzten fünf Jahren und sind somit von hoher Aktualität.

8 Schlussfolgerung

Diese Bachelorarbeit zeigt die Pflegerelevanz des Themas des assistierten Suizids auf, indem sie empfundenes Erleben sowie Faktoren, welches dieses beeinflussen beschreibt. Es wurde herausgefunden, dass der assistierte Suizid mit unterschiedlichen Emotionen in Verbindung gebracht wird. Pflegefachpersonen beschreiben den assistierten Suizid als tiefgreifendes Erlebnis, auch wenn sie dabei keine aktive Rolle einnehmen (■■■■■, persönliche Kommunikation, 13. März 2023; ■■■■■■, persönliche Kommunikation, 13. März 2023; Schaffert-Wtvliet et al., 2014, S. 15). Beeinflussende Faktoren auf das Erleben sind die eigene Religionszugehörigkeit, vorhandenes Wissen, persönliche Wertvorstellungen sowie Erfahrungen. Es wird klar, dass das Wissen und Wertvorstellungen durch Informationen und Aufklärung in der Ausbildung und Weiterbildung beeinflusst werden können. Denn fehlende oder unklare Richtlinien können zu Unsicherheiten bezogen auf das Verhalten der Pflegefachpersonen führen. Aus dem lässt sich schliessen, dass in der Praxis mehr über den assistierten Suizid geredet und diskutiert werden sollte.

Es ist anzunehmen, dass über kurz oder lang Pflegefachpersonen in der ambulanten und stationären Praxis zunehmend mit dem assistierten Suizid konfrontiert werden. Deshalb ist es unabdingbar, dass sich die Praxis entsprechend darauf vorbereitet, Pflegefachpersonen adäquat auszubilden, sie zu begleiten und zu unterstützen. Dies, indem sie Raum für Emotionen von Pflegefachpersonen schaffen, Gespräche anbieten, klare Richtlinien verfassen und die Thematik in den schulischen Unterricht sowie in Weiterbildungen etablieren.

Aus den Erläuterungen dieser Bachelorarbeit geht die Frage hervor, ob die Schweiz den assistierten Suizid, beziehungsweise die Bereitstellung von diesem, in den stationären Institutionen einheitlicher auf gesamt Schweizer Ebene gesetzlich regeln sollte. Die aktuellen Entwicklungen zeigen, das Thema des assistierten Suizids an Relevanz gewinnt. Möglicherweise könnte dies dazu führen, dass der assistierte Suizid auch ausserhalb von Sterbehilfeorganisationen organisiert werden müsste. So kommt die Frage auf, ob Pflegefachpersonen in der Zukunft mehr in den Prozess involviert werden würden. Dies legt jedoch nahe, dass in diesem Fall die Rolle der Pflegefachpersonen ebenso gesetzlich klar geregelt werden müsste, wie dies in anderen Ländern der Fall ist.

Literaturverzeichnis

ABZ Verbund. (2015). *Übersicht Theorien / Konzepte / Modelle Lehrplan ABZ 2010*.

Zentrum für Ausbildung im Gesundheitswesen.

<https://zag.zh.ch/files/media/files/4135ede14410497d8e6cf7609abf1418/Uebersicht-Pflegemodule.pdf>

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H. & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer.

Bartsch, C., Ajdacic-Gross, V. & Reisch, T. (2016). *Assistierte Suizide in der Schweiz – eine detaillierte nationale Studie über die letzten 30 Jahre*. NFP 67.

<http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/lay-summary-final-report-bartsch.pdf>

Beuthin, R., Bruce, A. & Scaia, M. (2018). Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences. *Nursing Forum*, 53(4), 511–520.

<https://doi.org/10.1111/nuf.12280>

Brandon, V. (2020, 26. Oktober). *What is medical aid in dying... and what it isn't*. New York State Bar Association.

<https://nysba.org/what-is-medical-aid-in-dying-and-what-it-isnt/>

Bundesamt für Justiz. (2023, 30. Januar). *Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung*.

<https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/foermen.html>

Bundesamt für Statistik. (2016, 11. Oktober). *Assistierter Suizid (Sterbehilfe) und Suizid in der Schweiz: Todesursachenstatistik 2014*.

<https://www.bfs.admin.ch/asset/de/3902305>

Bundesamt für Statistik. (2022, 29. August). *Assistierter Suizid nach Geschlecht und Alter*.

<https://www.bfs.admin.ch/asset/de/je-d-14.03.04.01.14>

Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. Urban & Fischer.

Creswell, J. W. (2022). *A concise introduction to mixed methods research* (2. Aufl.). Sage.

CURAVIVA (Hrsg.). (2019). *Begleiteter Suizid in Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf*.

<https://www.curaviva.ch/files/XO5MJ0U/begleiteter-suizid-in-institutionen-fuer-menschen-mit-unterstuetzungsbedarf-stellungnahme.pdf>

Davidson, J. E., Bojorquez, G., Upvall, M., Stokes, F., Bosek, M. S. D., Turner, M. & Lee, Y.-S. (2022). Nurses' values and perspectives on medical aid in dying: A survey of nurses in the United States. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24(1), 5–14.

<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000820>

De Bal, N., Dierckx de Casterlé, B., Beer, T. D. & Gastmans, C. (2006). Involvement of nurses in caring for patients requesting euthanasia in Flanders (Belgium): A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 589–599.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2005.08.003>

Denier, Y., Dierckx de Casterlé, B., De Bal, N. & Gastmans, C. (2009). "It's intense, you know." Nurses' experiences in caring for patients requesting euthanasia. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13(1), 41–48.

<https://doi.org/10.1007/s11019-009-9203-1>

Diakonie Deutschland (Hrsg.). (2022). *Orientierungshilfe zum Umgang mit*

Sterbewünschen, suizidalen Gedanken und Wünschen nach Suizidassistenz.

https://www.diakonie.de/fileadmin/user_upload/Diakonie/PDFs/Diakonie-Texte_PDF/22-04-27_DT_ass.Suizid_web.pdf

- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101.
<https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Ersek, M. (2004). The continuing challenge of assisted death. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 6(1), 46–61. <https://doi.org/10.1097/00129191-200401000-00014>
- Exit. (n.d.). *Infos für Ärzte*. <https://exit.ch/freitodbegleitung/infos-fuer-aerzte/#c635>
- Exit. (2021). *Jahresbericht 2021*. <https://exit.ch/verein/jahresberichte/jahresbericht-2020-1/>
- Exit. (2023, 3. Februar). *EXIT begleitet 2022 über 1000 Menschen in den Tod – Mitgliederzahl erstmals über 150'000*.
<https://www.exit.ch/artikel/exit-begleitet-2022-ueber-1000-menschen-in-den-tod-mitgliederzahl-erstmals-ueber-150000/>
- Feichtner, A. (2022). Der Wunsch zu sterben. In A. Feichtner, H. Watzke, D. Weixler, R. Likar & U. Körtner (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 3–10). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_1
- Feichtner, A. & Wasl, M. (2022). Assistierter Suizid in der Schweiz. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S. 263–268). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_28
- Freeman, L. A., Pfaff, K. A., Kopchek, L. & Liebman, J. (2020). Investigating palliative care nurse attitudes towards medical assistance in dying: An exploratory cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 535–545.
<https://doi.org/10.1111/jan.14252>
- Government of Canada. (2023). *Medical assistance in dying*.
<https://www.canada.ca/en/health-canada/services/medical-assistance-dying.html>
- Haber, J., Nohl, A. & LoBiondo-Wood, G. (2005). *Pflegforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung*. Urban & Fischer.

- Harvath, T. A., Miller, L. L., Smith, K. A., Clark, L. D., Jackson, A. & Ganzini, L. (2006). Dilemmas encountered by hospice workers when patients wish to hasten death. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 8(4), 200–209. <https://doi.org/10.1097/00129191-200607000-00011>
- Jauch, D.-G. (2022). *Protokoll des Zürcher Kantonsrates 198. Sitzung*. <https://parlzhcdws.cmicloud.ch/parlzh3/cdws/Files/de02b5b6246a4a71800965f61a92d7d1-332/5/pdf>
- Kaoru, U. (2022, 27. Mai). *Kanton Zürich will assistierten Suizid in Pflegeheimen erlauben*. Swissinfo. <https://www.swissinfo.ch/ger/gesellschaft/schweiz-zuerich-assistierter-suizid-pflegeheim/47627632>
- Kojer, M., Lüdeke, A., Böck, K., Heimerl, K., Neuhaus, U., Müller, D. & Weiss-Liefgen, N. (2022). *Sterbewünsche in der Palliativen Geriatrie: Grundsatzpapier*. Fachgesellschaft Palliative Geriatrie. https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2022/10/Sterbewuensche-in-der-Palliativen-Geriatrie_EndV_FGPG.pdf
- Lehto, R. H., Olsen, D. P. & Chan, R. R. (2016). When a patient discusses assisted dying: Nursing practice implications. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 18(3), 184–191. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000246>
- Leitungsgruppe des NFP 67 Lebensende (Hrsg.). (2017). *Synthesebericht NFP 67 Lebensende*. NFP 67. <https://www.nfp67.ch/media/de/Sli7hsirhVhq6r7t/nfp67-synthesebericht-de.pdf>
- Levitt, H. M., Bamberg, M., Creswell, J. W., Frost, D. M., Josselson, R. & Suárez-Orozco, C. (2018). Journal article reporting standards for qualitative primary, qualitative meta-analytic, and mixed methods research in psychology: The APA Publications

and Communications Board task force report. *American Psychologist*, 73(1), 26–46.

<https://doi.org/10.1037/amp0000151>

Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

McMechan, C., Bruce, A. & Beuthin, R. (2019). Canadian nursing students' experiences with medical assistance in dying. *Quality Advancement in Nursing Education – Avancées en Formation Infirmière*, 5(1), Artikel 2.

<https://doi.org/10.17483/2368-6669.1179>

Olsen, D. P., Chan, R. & Lehto, R. (2017). Ethical nursing care when the terminally ill patient seeks death. *American Journal of Nursing*, 117(7), 50–55.

<https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520948.84965.fa>

palliative.ch. (n.d.). *Das ist Palliative Care*.

<https://www.palliative.ch/de/was-ist-palliative-care/das-ist-palliative-care>

Penman, J., Malik, G., Rogerson, K., Murphy, J., Zhong, Y. & Johnson, C. E. (2022). It's all about the individual's right to choose: A qualitative study of Australian culturally and linguistically diverse nurses' knowledge of and attitudes to voluntary assisted dying.

Collegian, 29(1), 84–92. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.06.001>

Pesut, B., Thorne, S., Storch, J., Chambaere, K., Greig, M. & Burgess, M. (2020). Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3870–3881.

<https://doi.org/10.1111/jocn.15427>

Pleschberger, S. & Petzold, C. (2022). Implikationen des assistierten Suizids für die professionelle Pflege. In A. Feichtner, U. Körtner, R. Likar, H. Watzke & D. Weixler (Hrsg.), *Assistierter Suizid: Hintergründe, Spannungsfelder und Entwicklungen* (S.

141–148). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_15

Pschyrembel Redaktion. (2016). Erleben. In *Pschyrembel online*.

<https://www.pschyrembel.de/Erleben/P02EG/doc/>

Queensland University of Technology. (2023, 3. Februar). *Voluntary assisted dying*. End of Life Law in Australia. <https://end-of-life.qut.edu.au/assisteddying>

Riedel, A., Giese, C., Rabe, M. & Böck, S. (2022). Pflege und assistierter Suizid: Gesellschaftliche Verantwortung und ethische Implikationen – Denkanstöße für Profession und Gesellschaft (15. August 2022). *Ethik in der Medizin*, 34(4), 709–714. <https://doi.org/10.1007/s00481-022-00720-y>

Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels*. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW, Institut für Pflege.

Ris, I., Preusse-Bleuler, B. & Huber, E. (2022). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels* (2. Aufl.). Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften ZHAW, Institut für Pflege.

Roy, K. (2022). Medical aid in dying: What every nurse needs to know. *The American Journal of Nursing*, 122(3), 30–37. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000822660.87763.45>

Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81–90. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>

Schaffert-Witvliet, B., Bongard-Félix, C., Klein-Remane, U., Monteverde, S. & Wälti-Bolliger, M. (2014). Nachfragen und das Gespräch suchen. Beihilfe zum Suizid: Rolle der Pflegefachpersonen und Institutionen. *Krankenpflege*, 11, 14–17. <https://doi.org/10.5167/UZH-103817>

- Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (n.d.).
Fachbereiche. <https://sbk-asi.ch/de/pflege-und-arbeit/pflege/langzeitpflege/>
- Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2008). *Definition der Pflege*. <https://www.sbk.ch/pflegethemen/definition-der-pflege>
- Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. (2021). *Ethischer Standpunkt 1: Pflege im Kontext des assistierten Suizids*.
https://www.sbk.ch/files/sbk/service/online_shop/publikationen/de/docs/2021_10_05_SBK_Ethische_Standpunkte_1_dt.pdf
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.). (2019). *Umgang mit Sterben und Tod* (2. Aufl.).
https://www.samw.ch/dam/jcr:86702794-093d-41e5-b080-42519580ed25/richtlinien_samw_sterben_und_tod.pdf
- Snir, J. T., Ko, D. N., Pratt, B. & McDougall, R. (2022). Anticipated impacts of voluntary assisted dying legislation on nursing practice. *Nursing Ethics*, 29(6), 1386–1400.
<https://doi.org/10.1177/09697330211022409>
- van Bruchem-van de Scheur, G., van der Arend, A. J., Huijjer Abu-Saad, H., van Wijmen, F. C., Spreeuwenberg, C. & ter Meulen, R. H. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: The role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1618–1626. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02145.x>
- Wilson, M. R., Wiechula, R., Cusack, L. & Wilson, M. (2020). Nurses' intentions to respond to requests for legal assisted-dying: A Q-methodological study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 642–653. <https://doi.org/10.1111/jan.14257>
- Wirtz, M. A. (2021). Erleben. In *Dorsch Lexikon der Psychologie*.
<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/erleben>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Voraussetzungen, welche die Person mit Wunsch nach assistierten Suizid erfüllen muss	6
Abbildung 2 Flussdiagramm des Prozesses der Literaturoauswahl	13
Abbildung 3 Vorhandene Problemstellungen und davon abgeleitete Handlungsempfehlungen	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Formen der Sterbehilfe in der Schweiz.....	6
Tabelle 2 Formen der Sterbehilfe in den Studien und ihre Regelungen	7
Tabelle 3 Übersicht der Keywords und Schlagwörter für das Erleben	10
Tabelle 4 Übersicht der Keywords und Schlagwörter für die beeinflussenden Faktoren...	11
Tabelle 5 Formuliere Ein- und Ausschlusskriterien für die Literaturoauswahl	12
Tabelle 6 Suchterme, mit welchen die Studien gefunden wurden	14
Tabelle 7 Übersicht der Eckdaten der ausgewählten Studien	16

Wortzahl

Abstract: 199 Wörter

Ganze Arbeit: 11'827 Wörter

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen beteiligten Personen bedanken, welche uns im Prozess des Schreibens dieser Arbeit begleitet und unterstützt haben. Ein besonderer Dank gilt Gerda Maria Margaretha Neumeyer, unserer Begleitperson, für ihre engagierte Unterstützung sowie die anregende und konstruktive Kritik während der Erstellung dieser Bachelorarbeit. Ebenso danken wir [REDACTED] und [REDACTED] für den spannenden Einblick in ihr Erleben, welche sie uns durch die Interviews ermöglicht haben. Abschliessend wollen wir uns bei unseren Familien und Freund*innen für die mentale Unterstützung und das Gegenlesen der Arbeit bedanken. Ohne diese wäre diese Bachelorarbeit nicht so zu Stande gekommen.

Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, 26.04.2023

Stefanie Casanova

Vera Zehnder

Anhang A: Suchverlauf in den Datenbanken

Suchverlauf Thema Erleben

Datenbankrecherche CINAHL Complete

Datum	Suche(S)	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Treffer
02.11.22	S1	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs*	English, German, 2012-2022	347	
	S2	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs* AND (experience* OR emotion* OR perception*)	English, German, 2012-2022	58	
	S3	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs* AND (experience* OR emotion*)	English, German, 2012-2022	51	
	S5	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs* AND (emotion*)	English, German, 2012-2022	18	Freeman et al. (2020) Pesut et al. (2020)

Datenbankrecherche PubMed

Datum	Suche(S)	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Treffer
02.11.22	S1	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND nurs*	English, German, 2012-2022	273	
	S2	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND nurs* AND (experience OR perceptions OR views)	English, German, 2012-2022	85	
	S3	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND nurs* AND (experience OR perceptions)	English, German, 2012-2022	69	
	S4	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND nurs* AND experience	English, German, 2012-2022	56	Pesut et al. (2020)

Suchverlauf zum Thema beeinflussende Faktoren

Datenbankrecherche CINAHL complete

Datum	Suche(S)	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Treffer
02.11.22	S1	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs*	English, German, 2012-2022	347	
	S2	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs* AND attitude*	English, German, 2012-2022	112	
	S3	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs* AND (MH "Nurse Attitudes") AND (factors OR influences OR influencing factors)	English, German, 2012-2022	23	Davidson et al. (2022) Freeman et al. (2020) Wilson et al. (2020)
	S4	(MH "Suicide, Assisted") AND nurs* AND (MH "Nurse Attitudes")	English, German, 2012-2022	68	Snir et al. (2022) Davidson et al. (2022) Freeman et al. (2020) Penman et al. (2022) Pesut et al. (2020) Wilson et al. (2020)

Datenbankrecherche PubMed

Datum	Suche(S)	Suchbegriffe	Limits	Treffer	Relevante Treffer
02.11.22	S1	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND nurs*	English, German, 2012-2022	273	
	S2	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND (nurs*) AND Attitude [MeSH Terms]	English, German, 2012-2022	98	
	S3	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND (nurs*) AND Attitude [MeSH Terms] AND (influencing factors OR factors OR influence)	English, German, 2012-2022	38	
	S4	Suicide, Assisted [MeSH Terms] AND (nurs*) AND Attitude [MeSH Terms] AND (influencing factors OR factors OR influence)	English, German, 2012-2022	21	Wilson et al. (2020) Freeman et al. (2020)

Anhang B: AICA der Studie von Beuthin et al. (2018)

Referenz: Beuthin et al. (2018): Medical assistance in dying (MAiD): Canadian nurses' experiences

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung/Bezugsrahmen/ Forschungsfrage Es handelt sich um das Phänomen des MAiD (Medical assistance in dying), genauer genommen um die Erfahrungen und die Sicht der Pflegenden bezogen darauf. Aufgrund der Gesetzesänderung in Kanada in 2016 ist MAiD erlaubt (C14). MAiD inkludiert assistierter Suizid und Euthanasie. APN's und Ärzt*innen dürfen Sterbehilfe durchführen (unter bestimmten Kriterien und Bedingungen). Gemäss der Gesetzesänderung ist einerseits die Verabreichung einer tödlichen Substanz und die Verschreibung von einem Rezept erlaubt.</p> <p>Pflege sind damit von den Änderungen betroffen, welche für Unsicherheiten, Missverständnisse und polarisierende Ansichten sorgen. Zudem äussern Pflegende sowie Ärzt*innen Bedenken. Laut den Forschenden ist es für die Transition des assistierten Suizids in das Gesundheitssystem wichtig, pflegerische Erfahrungen bei der Teilnahme oder bei Weigerung der Teilnahme zu verstehen.</p> <p>Die Forschenden beschreiben, dass es im kanadischen Kontext nur wenige vorhandene Literatur darüber gibt, inwiefern sich Pflegekräfte mit MAiD auseinandersetzen oder sich diese nur auf ärztliche Sicht bezieht. Sie wollen folglich einen Einblick über die Sicht der Pflegenden bezogen auf ihre Rolle und ihre Verantwortung bei MAiD generieren.</p> <p>Es wird keine explizite Forschungsfrage formuliert. Das Ziel bzw. der</p>	<p>Design Beim Studiendesign handelt es sich um ein qualitatives Design mit narrativer Untersuchung und anschliessender thematischen Analyse. Die Wahl des Designs wird nicht begründet.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe umfasst 17 Pflegefachpersonen, welche «nurse practioners» (NP = 6 Jahre Ausbildung), «licensed practical nurses» (LPN = 2 Jahre Ausbildung) oder «registered nurses» (RN = 4 Jahre Ausbildung) sind. Diese sind aus städtischen oder ländlichen Gebieten in Vancouver Island (British Columbia) und arbeiten in diversen Gesundheitsinstitutionen. Die Teilnehmenden haben zwischen 10 bis 38 Jahre Arbeitserfahrung. 15 von den Teilnehmenden haben Erfahrung mit MAiD (8 direkt beteiligt, 7 in irgendeiner Form) und 2 haben keine Erfahrungen, aufgrund ihrer Ablehnung von MAiD aus Gewissensgründen.</p> <p>Datenerhebung Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über ein Poster, welches in den Gesundheitsinstitutionen verteilt worden ist. Zudem wurde in drei Spitälern und in einem Hospiz eine Ansprechperson über die Studie informiert und darum gebeten diese bei geeigneter Gelegenheit anzukündigen. Die Erhebung der Daten erfolgte einmalig durch 40 bis 90-minütige halbstrukturierte Interviews, welche persönlich oder telefonisch durchgeführt wurden.</p> <p>Die Daten wurden mittels wortwörtlicher Transkription weiterverarbeitet.</p>	<p>Die Ergebnisse gliedern sich in drei Themen und passenden Handlungssträngen dazu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pflegeberuf <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Ganzheitliche Pflege ohne Wertung/ Urteil 1.2 Befürworter*in von Patient*innenentscheidungen 1.3 Unterstützung eines guten Todes 2. Persönliche Auswirkungen <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Pionier*in sein 2.2 Sinnfindung – einen Standpunkt einnehmen 2.3 Erleben von Emotionen 3. Pflegerische Praxis <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Technische Skills 3.2 Pflege von Kommunikation und Beziehung <p>1.1: Ein Teil der Teilnehmenden beschrieben den Beruf als ganzheitliche Pflege und MAiD als Ausdruck von dieser. Andere wiederum meinten, dass MAiD für sie kein Teil der Pflege sei. Alle Teilnehmende waren der Meinung, dass Pflegende kein Urteil über die Entscheidungen von Patient*innen fällen sollten sowie, dass sie in diesen unterstützt werden sollten.</p> <p>1.2: Das Einsetzen für die Patient*innen steht für alle Teilnehmenden an erster Stelle, wobei es für sie dabei keine Rolle spielt, ob sie mit MAiD einverstanden sind oder nicht. Viele Teilnehmenden meinten es sei zudem wichtig, den Patient*innen ihre Optionen am Lebensende aufzuzeigen und diese zu befürworten.</p> <p>1.3: Die Teilnahme an MAiD habe bei ihnen ihr Bewusstsein für ihre Rolle bei der Linderung von Leiden gestärkt und das Verständnis, was ein «guter» Tod sein könnte, erweitert. MAiD diene zudem dafür tatsächliches und wahrscheinliches Leiden zu minimieren.</p> <p>2.1: Die Teilnehmenden waren sich dem Rollenwechsel durch die Gesetzesänderung bewusst. Zudem benötigte es auch Mut Pionier*in zu sein und die Entscheidung zur Teilnahme an MAiD sei mit Unsicherheiten verbunden gewesen. Zudem haben Teilnehmenden auch Informationen zum Vorgehen bei Wunschsäusserung gefehlt. Zwei Teilnehmende weigerten sich an der Teilnahme an MAiD, eine aus religiösen Gründen. Sie äusserte einen Mangel an Klarheit über die rechtlichen und beruflichen Anforderungen für die Pflegenden sowie fehlende Unterstützung bei Verweigerung der Teilnahme.</p> <p>2.2: Die Teilnehmenden durchliefen einen persönlichen Entscheidungsprozess, um herauszufinden, wie ihre Einstellung und ihr Standpunkt bezogen auf MAiD ist. Die Teilnehmenden, welche MAiD ablehnen, nennen über ihre Gründe dafür (Religion) und die</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Gemäss den Forschenden zeigt die Studie auf, wie MAiD die persönlichen professionellen, religiösen und sozialen Werte der Pflegenden in den Vordergrund rückt. Generell konnte aufgezeigt werden, dass die meisten Pflegenden als Erweiterung ihres Berufes ansehen. Die Studie zeigt gemäss den Forschenden die Komplexität der Gefühle der Pflegenden auf, wenn sie einen Tod miterleben. Einzelne Pflegende äusserten Bedenken, dass sie ein Gesetz befolgen, welches sie als moralisch falsch empfanden. Es werden mögliche Gründe, für die Ablehnung an der Teilnahme bei MAiD erläutert (Tod als Tabuthema). Die Forschenden ergänzen ihre Ergebnisse mit ähnlichen Studienergebnissen. Bei der Kommunikation bezogen auf MAiD gibt es zu einer Studie leichte Unterschiede der Teilnehmenden. Das Forschungsziel wurde somit erfüllt.</p> <p>Limitationen Die Forschenden reflektieren, dass sich die Ergebnisse der Studie nicht verallgemeinern lassen können. Dies, auch aufgrund der Stichprobenauswahl (gezielt). Bei der Interpretation der Ergebnisse sei zudem zu berücksichtigen, dass die Daten in den ersten 6 Monaten nach der Gesetzesänderung erhoben worden sind.</p> <p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</p>

<p>Forschungszweck der Studie lautet wie folgt: Verstehen der Erfahrungen von Pflegenden bei der Betreuung von Personen, die sich für MAiD entscheiden, unabhängig davon, ob sie direkt helfen, unterstützende Pflege leisten oder die Teilnahme ablehnen.</p>	<p>Datenanalyse Die Datenanalyse folgte dem narrativen Ansatz, welcher sich an Riessman und der thematischen Analyse nach Braun und Clarke orientierte. Nach der Transkription wurden die Transkripte aufgeteilt, um diese nochmals zu lesen, anschliessend zusammen zu fassen und vorzustellen. Während der Vorstellung wurden wiederkehrende Themen identifiziert und anschliessend kodiert. Die Forschenden nehmen explizit keine Stellung zu der Qualität der Datenanalyse, jedoch ist das Vorgehen genau beschrieben. Mittels des Programmes (Atlas-ti) wurden die Daten verwaltet.</p> <p>Ethik Die ethische Genehmigung wurde durch die gemeinsame Ethikkommission der Universität und der Gesundheitsbehörde eingeholt. Die Teilnehmenden wurden darum gebeten die Ergebnisse zu überprüfen (unklar zu welchem Zeitpunkt).</p>	<p>damit verbundenen Herausforderungen (Angst vor Ablehnung, Mobbing). Viele Teilnehmende befanden sich in einem Zwischenstand, in dem sie unsicher waren, ob sie an MAiD beteiligt sein wollten oder nicht. Dies nicht aufgrund Religion oder Spiritualität, sondern mehr aufgrund unklarer ethischer und rechtlicher Informationen. Gewissen fehlte auch Wissen und Vertrauen in sich selbst, um auf eine Anfrage zu reagieren. Andere Teilnehmende zeigten sich als starke Befürworter*innen von MAiD und äusserten nun mehr Möglichkeiten und Optionen für die Patient*innen am Lebensende zu haben. So könnte beispielsweise ein schmerzhaftes und langwieriges Sterben vermieden werden und sie würden durch ihre Teilnahme an MAiD viel Dankbarkeit von Angehörigen erleben.</p> <p>2.3: Zu den positiven Auswirkungen beschreiben die Teilnehmenden auch eine Reihe von erlebten erwarteten sowie unerwarteten Emotionen. Dazu gehören unter anderen das Gefühl der Ergriffenheit und Trauer. Obwohl einige befürchteten, dass das Miterleben des Todes überwältigend sein könnte, waren viele der Meinung, dass die Bereitschaft und Klarheit der Patienten eine erhebende Wirkung auf die Erfahrung hatte. Positive Emotionen wie Frieden und Erstaunen würden die Teilnehmenden bezogen auf MAiD nur vorsichtig äussern in der Öffentlichkeit.</p> <p>3: Die Pflegenden erwähnten die Wichtigkeit von Kommunikation und den technischen intravenösen Skills. Ihre Teilnahme an MAiD geht von der Reaktion auf eine Nachfrage bis zur Sterbebegleitung und der Nachsorge.</p> <p>3.1: Bei der Verabreichung von der tödlichen Substanz wurde bei den erlebten Fällen der Teilnehmenden stets ein intravenöser Zugang verlangt. Deshalb sind diese Fertigkeiten verlangt. In ambulanten Situationen kommt es deshalb zu Herausforderungen.</p> <p>3.2: Teilnehmende benannten aktives und empathisches Zuhören als ausschlaggebend im Prozess von MAiD. Zudem sei auch die Informationsweitergabe ein wichtiger Punkt.</p> <p>Die Ergebnisse sind mittels vielen und ausführlichen Zitaten und Erzählungen der Teilnehmenden unterstützt (vor allem beim zweiten Thema).</p>	<p>Als Implikation für die Praxis nennen die Forschenden folgende Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Raum schaffen für Gespräche und Unterstützung der Pflegenden für Nachbesprechungen und moralische-ethische Fragen • Das Schaffen von Foren um ethische Fragen oder Dilemmata im Zusammenhang mit religiöser Verweigerung oder Verweigerung aus Gewissensgründen diskutieren zu können • Die Einführung von Bildungsansätzen über die Informationsvermittlung Präsentationen hinaus (Simulationen, Rollenspiele etc.) • Ggf. verpflichtende Ausbildung zu MAiD <p>Pflegende sollen sich weiterhin für die Wahlfreiheit der Patienten am Lebensende und für eine mitfühlende, sachkundige und vorurteilsfreie Betreuung der Patienten einsetzen, unabhängig von den Behandlungsentscheidungen am Lebensende.</p>
--	--	---	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Obschon MAiD in Kanada sich vom assistierten Suizid in der Schweiz gesetzlich unterscheidet, liefert die Studie relevante Ergebnisse bezogen auf die Fragestellung der Bachelorarbeit.</p> <p>In das Thema wird mit einem Fallbeispiel eingeführt. Dieses zeigt kurz auf, wie der Ablauf eines assistierten Suizids aus</p>	<p>Design Für eine qualitative Studie eignet sich das ausgewählte Forschungsdesign. Dieses ist für das Forschungsziel logisch gewählt.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobenziehung erscheint passend zur Stichprobe. Es bleibt unklar, aus wie vielen verschiedenen Institutionen die Teilnehmenden</p>	<p>Die Ergebnisse basieren auf der Analyse der Ergebnisse durch die Forschenden. Durch die Analyse wurden drei Themen mit jeweils 2-3 Unterthemen kodiert. Die Themen beziehen sich sinnvoll auf das Phänomen und sie werden jeweils eingeführt. Durch die Themen und die Erzählungen der Teilnehmenden erfahren Lesende mehr über die Erfahrungen von Pflegenden mit MAiD. Die Erzählungen unterstützen dabei den Text und das Phänomen wird so verständlich erklärt. Aus den Ergebnissen gehen wichtige Informationen zu möglichen Verbesserungen hervor.</p>	<p>Die Forschenden zeigen Daten von Studien auf, welche ähnliche Resultate erhalten haben. Zudem werden weitere Aspekte z.B. wie die Kommunikation differenzierter beleuchtet und dabei auch vorhandene Abweichungen beschrieben. Durch die Begründungen kann eine Ablehnung von MAiD besser verstanden werden.</p>

<p>pflegerischer Perspektive ist. Anschliessend wird der pflegerische Kontext erläutert, MAiD definiert und ergänzende Informationen aus verschiedener vorhandener Literatur erwähnt. Dies erschafft einen guten Überblick.</p> <p>Die Studie ist insofern wichtig, da aufgrund der Gesetzesänderung MAiD auch durch APN's durchgeführt werden darf und diese somit direkt davon betroffen sind. Das Phänomen erscheint nachvollziehbar beschrieben und zeigt die Pflegerelevanz, sowie die Wichtigkeit die pflegerische Sicht bezogen auf MAiD zu kennen auf.</p> <p>Das Ziel wird in einem separaten Unterkapitel klar dargestellt, andererseits wäre es nicht deutlich hervorgekommen. Die Signifikanz der Forschung wird mit fehlender Literatur dazu und der Wichtigkeit des Verstehens der Pflegenden hervorgehoben.</p>	<p>stammen. Die Grösse der Stichprobe ist deshalb eher klein im Vergleich zur Population, jedoch für das Design passend. Es werden verschiedene Angaben zu den Teilnehmenden gemacht (Arbeitserfahrung, Erfahrungen mit MAiD, Arbeitsorte). Die Teilnehmenden erleben das beschriebene Phänomen und sind deshalb für die Teilnahme an der Studie geeignet. Die Ergebnisse können auf Pflegenden übertragen werden, aus Ländern in welchen MAiD erlaubt ist. Aufgrund des Ansatzes sind diese jedoch nur bedingt generalisierbar.</p> <p>Datenerhebung Es werden Beispielfragen der Interviews genannt, welche auf das Erleben bzw. die Erfahrungen und Ansichten der Pflegenden fokussieren. Die Forschenden stellen ihre Vorgehensweise bei der Datenerhebung und -analyse genau dar und beziehen sich durch das Anwenden von qualitativen Standards auf Rigor und Reflexivität. Die Datensättigung wird nicht diskutiert. Den Teilnehmenden wurden die Ergebnisse für eine Überprüfung zugestellt.</p> <p>Methodologische Reflexion Es wird kein philosophischer Hintergrund der Forschenden, sowie der Standpunkt der Forschenden beschrieben. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz und dem Forschungsziel überein.</p> <p>Datenanalyse Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist klar und nachvollziehbar. Die Analysemethoden sind benannt und referenziert worden. Die analytischen Schritte werden genau beschrieben und erscheinen präzise und glaubwürdig. Durch das Überprüfen der Ergebnisse durch die Teilnehmenden wurde die Glaubwürdigkeit erhöht.</p> <p>Ethik Es werden keine ethischen Fragen diskutiert durch die Forschenden.</p>		<p>Das Forschungsziel nämlich das Verstehen der Erfahrungen mit MAiD wurde durch die Ergebnisse erfüllt. Für die Pflege sind die Ergebnisse insofern relevant, dass dadurch Implikationen für die Praxis vorgeschlagen werden konnten. Die Implikationen sind passend zu den Ergebnissen, fraglich bleibt, ob diese genauso umgesetzt werden könnten. Grundsätzlich wären sie realistisch, jedoch ist unklar, inwiefern dies ressourcentechnisch möglich wäre.</p>
--	---	--	--

Anhang C: AICA der Studie von Davidson et al. (2022)

Referenz: Davidson et al. (2022): Nurses' Values and Perspectives on Medical Aid in Dying - A Survey of Nurses in the United States

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung/Bezugsrahmen Forschungsfrage(n) / -ziel(e)/(Hypothese(n)) Für MAiD (medical aid in dying) gibt es in den USA in verschiedenen Staaten unterschiedliche gesetzliche Regelungen. Die ANA (American Nurses Association) verbot 2013 die Beteiligung von Pflegenden an assistiertem Suizid und Euthanasie. Das gestiegene Bewusstsein für MAiD und die wachsende Zahl von Pflegekräften, die in Regionen arbeiten, in denen MAiD legal ist, führten zu Unklarheiten in den ANA-Leitlinien für Pflegekräfte. Im Jahr 2019 wurden von der ANA eine neue Stellungnahme veröffentlicht, welche Pflegekräften die Vorbereitung und Verabreichung von tödlichen Substanzen im Rahmen von MAiD verbietet. Sie dürfen jedoch Patient*innen mit Wunsch aufklären und Begleiten. Es sei jedoch nur wenig bekannt, wie Pflegekräfte MAiD sehen. In einer Studie wurde aufgezeigt, dass jede Pflegekraft in der Praxis irgendwann mit MAiD in Berührung kommt. Es sei jedoch nicht bekannt, welcher Anteil der Pflegekräfte aus Gewissensgründen die Pflege von Patient*innen im Prozess von MAiD ablehnen würden.</p> <p>Die Forschenden nennen das Schliessen dieser Wissenslücken als Forschungszweck.</p> <p>Als Forschungsziel nennen die Forschenden die Ermittlung der Werte und Wahrnehmungen von Pflegekräften in Bezug auf MAiD.</p>	<p>Design Es handelt sich um eine deskriptive korrelative prädiktive Querschnittstudie. Folglich ein nicht experimentelles quantitatives Studiendesign.</p> <p>Die Wahl des Forschungsdesigns wurde nicht begründet. Es wird keine Pilotstudie erwähnt.</p> <p>Stichprobe Bei der Population handelt es sich um Pflegenden in Amerika. Für die Ziehung der Stichprobe wurden allen Pflegenden, welche Mitglieder (registered nurses) der ANA (American Nurses Association) sind, ein E-Mail geschickt mit der Einladung zur Studienteilnahme. Zudem wurde im Newsletter der ANA ein Link zur Umfrage beinhaltet. Ein Einschlusskriterium war, dass die Teilnehmende der ANA angehörig sein mussten, Pflegestudierende wurden exkludiert. Die Teilnehmenden waren alle registrierte Pflegefachpersonen, welche in unterschiedlichen Settings arbeiten/gearbeitet haben. Von den 2390 Pflegenden, welche die Umfrage beantwortet haben, wurden 2043 inkludiert (85,48%).</p> <p>Die Auswahl der Stichprobe wurde von den Forschenden nicht begründet.</p> <p>Datenerhebung Von den Forschenden wurde eine 33teilige Umfrage erstellt, der Fragebogen ist in der Studie ersichtlich. Validität wurde durch Expert*innen und Teilnehmende bestätigt. Die Daten wurden einmalig im September 2020 erhoben. Die Variablen der Umfragen wurden wie folgt definiert: Demographische Variablen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geschlecht, Herkunft, Bildung, Familienstand, Religion <p>Variablen bezogen auf die Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arbeitserfahrung, Arbeitsgebiet <p>Variablen bezogen auf MAiD:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesetzliche Regelungen im Wohnstaat, Erfahrungen, persönliche und 	<p>Stichprobe: 2043 (85,48%) von den 2390 Pflegenden, welche landesweit geantwortet haben auf die Umfrage, wurden inkludiert. 91,5% der Teilnehmenden waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug 52,4%. Rund 55,1% hatten einen Hochschulabschluss und hatten durchschnittlich 24,3 Jahre Berufserfahrung. 51,4% der Teilnehmenden waren von christlichem Glauben.</p> <p>Forschungsfragen 1-4 - Unterstützung/ Verabreichung/Betreuung: 49,4% der Pflegekräften unterstützten MAiD persönlich, 57% der Teilnehmenden im Rahmen ihrer beruflichen Rolle. Nur 38% waren der Meinung, dass die tödliche Substanz durch Patient*innen selbst verabreicht werden sollte. 49% unterstützten die Regelung von MAiD in der Patientenverfügung. 83,6% der Pflegenden hatte keine Erfahrung mit der direkten Pflege von Patient*innen mit MAiD. 86% würden Patient*innen mit Wunsch nach MAiD betreuen, 66,6% der Teilnehmenden auch während dem Sterben selbst.</p> <p>Forschungsfragen 5-6 – Zusammenhang mit der Unterstützung und Wissen über MAiD Pflegekräfte, die persönlich MAiD unterstützen, stimmten seltener zu, dass Patient*innen verpflichtet werden sollten, MAiD-Medikamente selbst zu verabreichen (33,1% vs. 43,1%, p < 0.001). Zudem stimmten diese eher zu, dass MAiD mit einer Patientenverfügung erlaubt werden sollte (71,3% vs. 27.0%, p < 0.001). Sonst konnte keine Signifikanz nachgewiesen werden (zwischen Art des Abschlusses und der persönlichen Unterstützung von MAiD und zwischen Wissen über MAiD / zwischen dem Wissen über MAiD und Selbstverabreichung der Patient*innen.</p> <p>Forschungsfrage 7 – Zusammenhänge mit der Religionszugehörigkeit Es zeigten sich bei allen Werten bezogen auf MAiD und die Religionszugehörigkeit (christlich und nicht christlich) einen signifikanten Zusammenhang: Pflegenden, die sich mit der christlichen Religion identifizieren, gaben</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Die Ergebnisse werden in verschiedenen Abschnitten bezogen auf die Sicht des Pflegepersonals, die rechtlichen Grenzen, die Religion, ihre Bedeutung für die Pflege und die Gesundheitspolitik diskutiert.</p> <p>In der Studie unterstützt etwa die Hälfte der Teilnehmenden MAiD. Eine andere Studie aus Australien zeigt positivere Ergebnisse. Diesen Unterschied erklären die Forschenden aufgrund unterschiedlichen Stichprobengrößen, die geografische Lage und die Religionszugehörigkeit. Diese Studie und eine andere zeigten auf, dass persönliche und berufliche Werte bezogen auf die Unterstützung von MAiD jeweils ähnlich sind. Ein grosser Teil der Pflegekräfte würden Patient*innen am Lebensende mit MAiD unterstützen, unabhängig davon, ob sie MAiD unterstützen oder nicht. In dieser Studie würden 71% von den Pflegenden, die MAiD unterstützen auch eine Regelung von MAiD in der Patientenverfügung (derzeit nicht legal). 67% der Pflegenden, welche MAiD befürworten, würden zustimmen, dass jemand den Patient*innen bei der Einnahme der tödlichen Substanz helfen würde (aufgrund Einschränkungen, Krankheiten). Andere Studien haben ebenfalls einen Zusammenhang zwischen Religion und der Einstellung zu MAiD aufgezeigt. Zudem haben Studien aufgezeigt, dass der Grund für eine Ablehnung von MAiD meist religiöse Gründe hat. In dieser Studie hatte das Wissen über MAiD einen deutlichen Einfluss auf die Bereitschaft der Pflegenden, Patienten zu betreuen, die MAiD in Erwägung ziehen.</p>

	<p>professionelle Einstellung, Verabreichung der tödlichen Substanz</p> <p>Variablen zur Erfahrung mit MAiD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Beteiligung bei MAiD, Beteiligung im Prozess <p>Variablen zur Pflege von Patient*innen bei MAiD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bereitschaft der Pflege bei Teilnahme von Patient*innen <p>=> es gab jeweils mehrere Antwortmöglichkeiten (Ja, Nein, gemischte Gefühle, unsicher, keine Antwort)</p> <p>=> bei der Variabel Religion wurde christlicher Glauben und nicht christlicher Glauben unterschieden (aufgrund vielen Christen unter den Teilnehmenden)</p> <p>=> die Variablen nach dem Wissen, Erfahrung, Einstellung und die Bereitschaft der Pflege wurden in zwei Gruppen aufgeteilt, je nach Antwort (ja und nein/nicht sicher/gemischte Gefühle)</p> <p>Es wurde eine bivariate Korrelation zwischen dem Wissen über MAiD, der Religion, dem Wohnort, an dem MAiD legal ist, der Exposition gegenüber dem Tod während der Arbeit, der persönlichen Unterstützung von MAiD und der Bereitschaft, Patient*innen mit MAiD zu betreuen, hergestellt.</p> <p>Teilnehmende mit fehlenden Werten (Missings) wurden von der Studie ausgeschlossen.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Nach Überprüfung des Gesamtzusammenhangs zwischen den Variablen wurde eine Regressionsanalyse gemacht, um die Prädiktoren für die Unterschiede in der Unterstützung des MAiD-Konzepts mit den Jahren der Pflegeerfahrung, dem Wissen über die MAiD-Praxis, dem Wohnstatus wo MAiD legalen ist, dem routinemäßigen Umgang mit dem Tod und der Religion (christlich vs. andere) zu identifizieren. Die statistische Signifikanz wurde auf $p = 0.05$ festgelegt.</p> <p>Ethik</p> <p>Es werden dazu keine Angaben gemacht. Jedoch wurde bei der Umfrage nach der Einwilligung gefragt.</p>	<p>signifikant niedrigere Raten der Unterstützung des MAiD-Konzepts in persönlicher Hinsicht (Odds Ratio [OR], 0,23; 95% Konfidenzintervall [CI], 0,19-0,28) und in beruflicher Hinsicht (OR, 0,26; 95% CI, 0,22-0,31) an als nicht-christliche religiöse Krankenschwestern ($p < 0.001$). Auch die Bereitschaft Patient*innen während des letzten Akts von MAiD zu betreuen (OR, 0,34; 95% CI, 0,28-0,41) und die Bereitschaft, einen Patienten zu betreuen, der MAiD in Erwägung zieht (OR, 0,40; 95% CI, 0,30-0,52), war in der Gruppe der nicht-christlichen Pflegenden höher ($p < .001$). Obwohl dies derzeit nicht gesetzlich vorgeschrieben ist, unterstützten christliche Krankenschwestern das Konzept der Patientenverfügung seltener als nicht-christliche Krankenschwestern (OR, 0,44; 95% CI, 0,370,52; $p < 0.001$)</p> <p>Forschungsfragen 8-9 – Prädiktoren für die Unterschiede in der Unterstützung von MAiD</p> <p>Mehr Wissen über die Durchführung von MAiD sagte die persönliche Unterstützung von MAiD (OR, 1,79; 95% CI, 1,47-2,19; $P < .001$) und das Leben in einer MAiD-Rechtsprechung (OR, 1,50; 95% CI, 1,20-1,86; $P < .001$) voraus. Pflegende, welche sich mit einer christlichen Religion identifizieren unterstützen MAiD weniger persönlich (OR, 0,25; 95% CI, 0,21-0,30; $P < .001$). Die Erfahrung mit dem Tod am Arbeitsplatz hatte keinen signifikanten Einfluss auf die persönliche Unterstützung von MAiD. In der Rolle der Krankenschwester war die Bereitschaft, Patient*innen zu betreuen, welche MAiD in Erwägung zogen, wahrscheinlicher, wenn die Krankenschwester über ein größeres Wissen über MAiD verfügte (OR, 1,42; 95% CI, 1,07-1,89; $P < .05$) und weniger wahrscheinlich in der christlichen Gruppe (OR, 0,43; 95% CI, 0,33-0,43; $P < .001$). Es gab keinen Zusammenhang zwischen den Werten im Zusammenhang mit der langjährigen Erfahrung als Krankenschwester, der Religion, dem Leben in einem Staat, in dem MAiD legal ist, der Religion oder dem routinemäßigen Umgang mit dem Tod und der Frage, ob der Patient in der Lage sein sollte, Hilfe bei der Verabreichung der Medikamente bei MAiD zu erhalten ($P > .05$). Die Befürwortung einer Änderung der Praxisgrenzen, um MAiD per Patientenverfügung zu ermöglichen, wurde durch eine geringere Anzahl von Jahren an Pflegeerfahrung (OR, 1,00; 95% CI, 0,981,00; $P < .01$), weniger Krankenschwestern, die in einer legalen MAiD-Gerichtsbarkeit leben (OR, 0,64; 95% CI, 0,51, 0,81; $P < .001$), 25% weniger bei denjenigen, die sich als christlich identifizierten (OR, 0,75; 95% CI, 0,61, 0,92; $P < .01$), und mehr als 6 mal bei denjenigen, die persönlich MAiD unterstützten (OR, 6,53; 95% CI, 5,29-8,06; $P < .001$).</p>	<p>Limitationen</p> <p>Als Limitationen der Studie benennen die Forschenden, dass in ihrer Studie nur 49 der Teilnehmenden auch wirklich direkte Erfahrungen mit MAiD am Lebensende gemacht hatte. Zudem sei die Verallgemeinerbarkeit durch das nicht-experimentellen Design eingeschränkt. Trotz der vorherigen Validation ist der Fragebogen das erste Mal eingesetzt worden und die Forschenden empfehlen weitere Testungen.</p> <p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</p> <p>Pflegende benötigen zusätzliche Schulungen zu den rechtlichen Aspekten von MAiD und der Pflege der Familie. Die Aufnahme von MAiD-bezogenen Inhalten in die Lehrpläne für die Vor- und Nachbereitung der Ausbildung von Krankenschwestern und -pflegern könnte sich auf die Reaktion zukünftiger Pflegekräfte auswirken. Richtlinien für die Praxis sollten so flexibel formuliert werden, dass sie sowohl die Werte der MAiD-Befürworter*innen als auch die der Nichtbefürworter*innen berücksichtigen</p> <p>Zukünftige Forschung ist erforderlich, um die Erfahrungen und Werte einer gezielten Gruppe von Pflegekräften zu erforschen, die Patient*innen mit MAiD betreuen</p>
--	---	---	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie dient dem Aufzeigen von Werten und Wahrnehmungen von Pflegekräften bezogen auf MAiD. MAiD ist in den USA gesetzlich mit dem assistierten Suizid in der Schweiz gleichzusetzen und deshalb liefert die Studie wichtige Ergebnisse zur Fragestellung unserer Bachelorarbeit.</p> <p>In das Thema MAiD wird mit einer kurzen Erläuterung des Begriffs und den gesetzlichen Regelungen eingeführt. Unklar bleibt, seit wann MAiD in gewissen Staaten der USA legal ist. Es wird mit verschiedener Literatur erklärt, dass die pflegerische Rolle bezogen auf MAiD in der Vergangenheit nicht genau definiert war und noch teilweise noch immer ist. Der Einfluss von Religion bezogen auf die Teilnahme bei MAiD wird diskutiert. Zudem fehlt vorhandene Literatur über Werte und Wahrnehmungen von Pflegenden in Bezug auf MAiD.</p> <p>Es wird ein Forschungsziel formuliert, welches klar definiert ist. Nach dem Forschungsziel werden von den Forschenden in der Einleitung neun Forschungsfragen inkl. Unterfragen formuliert (insgesamt 33-teilig). Diese sind die Fragen der Umfrage und werden somit nicht als Forschungsfragen interpretiert.</p>	<p>Design Das Forschungsdesign ist für das Erreichen des Forschungszielen und der genannten Forschungsfragen zu den Werten der Pflegenden angemessen. Durch das quantitative Design kann zudem ein möglicher Zusammenhang zwischen den zu untersuchenden Variablen festgestellt werden darum ist das gewählte Forschungsdesign naheliegend und folglich nachvollziehbar gewählt.</p> <p>Stichprobe Die Population passt zu dem Ziel und den Forschungsfragen der Forschenden. Die Art der Stichprobenziehung erscheint angebracht, es bleibt jedoch unklar wie viele Mitglieder die ANA hat und wie viele Pflegenden die Forschenden überhaupt mit ihrer Umfrage erreicht haben. Durch das sind mögliche Verzerrungen zu erwarten. Die Stichprobengrösse erscheint repräsentativ auf die Population, wobei es für die Stichhaltigkeit der Ergebnisse wahrscheinlich besser gewesen wäre, wäre sie grösser gewesen. Durch die Stichprobengrösse lassen sich Unterschiede oder Zusammenhänge der Variablen erkennen. Sie wurde nicht begründet. Die Auswahl der Teilnehmenden wurde nicht begründet, es ist jedoch anzunehmen, dass alle inkludiert worden sind, welche an der Umfrage teilgenommen haben. Teilnehmende der Umfrage mit fehlenden Daten wurden gelöscht. Eine Power Analyse wurde nicht erwähnt.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung war in Bezug auf die Forschungsfragen und das Forschungsziel nachvollziehbar. Die Variablen erscheinen sinnvoll gewählt, sind allerdings etwas unklar beschrieben. Die Forschenden definieren keine abhängigen und unabhängigen Variablen.</p> <p>Die Umfrage wurde durch die Forschenden selbst erstellt, eine Begründung dazu fehlt. Es sind Angaben zur Validität gemacht worden. Die Sensibilität und Spezifität des Umfragebogens können nicht beurteilt werden. Die Reliabilität und Validität des Umfragebogen erscheinen fraglich. Die Daten wurden von allen Teilnehmenden erhoben.</p> <p>Datenanalyse</p>	<p>Die Ergebnisse wurden mittels Texten und Tabellen dargestellt. Zudem ist eine Verlinkung zu einer Tabelle vorhanden bei der Untersuchung des Zusammenhangs mit der Religionszugehörigkeit. Die Tabellen sind jeweils vollumfänglich beschriftet und enthalten relevante Werte. Die Tabelle 2 ist eher schwierig interpretierbar.</p> <p>Die Ergebnisse wurden mehrheitlich übersichtlich dargestellt. Die Tabellen unterstützen und ergänzen die Resultate des Textes.</p> <p>Die Einteilung in Gruppen bei den einen Variablen beeinflusst die Resultate und führt möglicherweise zu einer Verzerrung der Daten.</p>	<p>Das Ziel der Studie wird erreicht, denn die Forschenden können die Werte und Wahrnehmungen der Pflegenden aufzeigen. Die Ergebnisse werden mit anderen Studien verglichen und analysiert. Die Forschenden suchen zudem nach Erklärungen für die Ergebnisse der Studie. Es konnten Zusammenhänge zwischen den Variablen aufgezeigt werden. Für die Berufspraxis werden Empfehlungen formuliert, basierend auf den Ergebnissen der Studie. Die Studie wäre in einem ähnlichen klinischen Setting so wiederholbar, aufgrund der flexiblen Einsatzmöglichkeiten des Fragebogens.</p>

	<p>Es bleibt unklar, ob die Forschenden die Voraussetzungen für die Verwendung der Testverfahren überprüft haben (z.B. bivariate Verteilung bei der Korrelation). P- Werte wurden bei der Ergebnissen erwähnt. Bei der bivariaten Korrelation und der Regressionsanalyse wurden jeweils der Odds Ratio und der Konfidenzintervall in Klammer angegeben. Es fehlt jedoch die Angaben zum Korrelationskoeffizienten. Die Odds Ratio ist jeweils <1 oder nur knapp oberhalb, folglich konnten nur leichte Zusammenhänge festgestellt werden.</p> <p>Ethik Es wurde keine Ethikkommission beigezogen. Die Teilnehmenden wurden bezgl. der Beurteilung der Validität der Umfrage involviert.</p>		
--	---	--	--

Anhang D: AICA der Studie von Freeman et al. (2020)

Referenz: Freeman et al. (2020): Investigating palliative care nurse attitudes towards medical assistance in dying: An exploratory cross-sectional study

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung, Bezugsrahmen Forschungsfrage(n) / -ziel(e), (Hypothese(n)) 2015 wurde in Kanada ärztliche Sterbehilfe entkriminalisiert. MAiD (Medical Assistance in Dying) ist ein Überbegriff für Physician assisted Suicide/Death (PAS/D) und Euthanasie. Bei PAS/D stellt ein*e Ärzt*in einer Person eine tödliche Dosis eines Medikamentes aus, welches die Person zu einem selbstbestimmten Zeitpunkt selbst einnimmt. Bei Euthanasie verabreicht ein Gesundheitsdienstleistender die tödliche Dosis des Medikamentes, da die Person nicht mehr in der Lage ist dies selbst zu tun.</p> <p>Die wissenschaftliche Literatur zu MAiD in Kanada mit dem Fokus auf die Pflege ist begrenzt. Es gibt noch keine quantitative Studie in Bezug auf palliativ Pflegenden seit der Legalisierung von MAiD. Damit wird der Forschungsbedarf begründet. Vorhandene Literatur berichtet gemischte Ergebnisse in Bezug auf den Einfluss von verschiedenen Merkmalen auf die Bereitschaft zur Teilnahme an MAiD.</p> <p>Das übergeordnete Ziel der Forschenden war es die Einstellungen von Palliativpflegenden gegenüber MAiD in Ontario, seit der Legalisierung in Kanada zu untersuchen.</p> <p>Das Ziel wurde in 2 Sekundärziele unterteilt: 1. Faktoren identifizieren, welche die Einstellungen der</p>	<p>Design Die Studie verwendet ein quantitatives, deskriptives Querschnittsdesign. Die Wahl des Designs wird nicht begründet.</p> <p>Stichprobe Die willkürliche Stichprobe wurde unter folgenden zwei Einschlusskriterien rekrutiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> In Ontario praktizierende Registered Nurse oder Registered practical Nurse Arbeiten in der Palliative Care (PC) <p>Das «College of Nurses of Ontario» sammelte Postanschriften von registrierten Personen, welche in der PC arbeiten und die Erlaubnis gaben ihre Adresse zu Forschungszwecken weiterzugeben. Es wurden Briefe an die 1865 Adressen geschickt, wovon 15 als nichtzustellbar zurückgesandt wurden. Nach drei Wochen wurde eine Erinnerung geschickt. 249 Teilnehmende haben die Umfrage ausgefüllt (=13,5 % Rücklaufquote). In zehn Fällen wurde jedoch die Umfrage unzureichend abgeschlossen, worauf diese verworfen wurden und schlussendlich 239 Teilnehmende die Stichprobe bilden.</p> <p>Datenerhebung Die Daten wurden von November 2017 bis Februar 2018 erhoben. Die Datenerhebung erfolgte mittels Onlinefragebogen. Darin mussten zuerst die Teilnehmenden ihre eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten in den von «National Coalition for Hospice and Palliative Care» (2018) beschriebenen 8 Pflegebereichen von 1= Anfänger bis 5= Experte einschätzen. (Pflegebereiche: a) Krankheitsmanagement, b) physisch- c) psychisch- d) sozial- e) spirituell- f) praktisch- g) Lebensende/Sterben Management und h) Verlust/Trauer). Anschliessend mussten die Teilnehmenden ihre Einstellungen und Überzeugungen bezüglich der Bereitstellung von MAiD in Hospizen und wie Hospize auf die Frage nach MAiD reagieren sollten, identifizieren und</p>	<p>Die Rücklaufquote der Studie betrug 13,5% (N=239). Die Stichprobenmerkmale sind in Tabelle 1 dargestellt. Zusammengefasst: Es nahmen 173RN und 66RPN teil. Die Befragten sind zwischen 20 bis über 60Jahre alt. Der Grösste Anteil (70.3%) ist zwischen 20-40Jahren alt. Die Teilnehmenden haben im Schnitt 20 Jahre in der Pflege und 11Jahre in der Palliativpflege gearbeitet. 67,4% seien einer Religion angehörig. Ein Grossteil der Befragten (76,2%) haben bereits eine Person die MAiD beantragte, betreut.</p> <p>Die NATMS Items und die Antworten werden in der Tabelle 2 dargestellt. Von 11 unabhängigen Variablen wurden nur 4 nach der Regressionsanalyse beibehalten, welche mit den Einstellungen der Palliativpflegenden zu MAiD verbunden werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wahrgenommene Expertise im sozialen Bereich der Palliative Care ($\beta = 0,16$; $p = 0,02$) persönliche Bedeutung von Glauben/Religion ($\beta = -0,4$; $p = 0,00$) berufliche Bedeutung von Glauben/Religion ($\beta = -0,18$; $p = 0,01$) Pflegeberufsbezeichnung (RN oder RPN) ($\beta = -1,3$; $p = 0,03$). <p>Dabei ist ersichtlich, dass die persönliche Bedeutung von Glauben/Religion die einflussreichste Variabel ist.</p> <p>Mehr als die Hälfte (54%) war sich unsicher oder dagegen, dass Hospize MAiD bereitstellen sollten. Von 68% wird befürwortet in Aufnahmerichtlinien für</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Die Einstellung der Palliativpflegenden zu MAiD ist vergleichbar mit Resultaten von anderen Studien. In einer finnischen Studie unterstützte auch die Mehrheit das Recht eines Menschen auf MAiD. Der Vergleich mit dieser Studie wird jedoch unter dem Vorbehalt gemacht, da in Finnland Sterbehilfe nicht legal ist, was zu Verzerrungen führen könnte.</p> <p>In dieser Studie konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Alter der Pflegenden oder den Anzahl Jahren Berufserfahrung und der Einstellung zu MAiD gefunden werden. Dies wird mit Resultaten aus Studien verglichen, wo sich dabei ein Zusammenhang zeigt. Die Forschenden erklären sich die Unterschiede damit, dass in den anderen Studien die Pflegenden in verschiedenen Fachgebieten arbeiten und auch Länder umfasst in welcher Sterbehilfe illegal ist. Aus einer anderen Studie kann geschlossen werden, dass die Häufigkeit der Teilnahme an MAiD und die Teilnahme im Laufe der Zeit einen Einfluss auf die Einstellung hat. In dieser Studie haben die Mehrheit (76.1%) bereits an MAiD teilgenommen, es wurde jedoch nicht erfasst wie oft.</p> <p>Die 4 beeinflussenden Faktoren auf die Einstellungen werden einzeln diskutiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> wahrgenommene Expertise im sozialen Bereich der Palliativpflege: <p>Dieser Faktor wird mit Vorsicht interpretiert, da keine andere Literatur gefunden wurde, die dasselbe aussagt. Der Soziale Bereich umfasst unteranderen kulturelle Werte und Überzeugungen. Die Aussage einer anderen Studie zeigen, dass kulturelle und soziale Normen die Verhaltensweisen und Einstellungen erheblich beeinflussen. Dies wird von den Forschenden als vergleichbar mit dem Faktor interpretiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> Bedeutung von Religion/Glaube (persönliche Bedeutung und berufliche Bedeutung): <p>Gemäss den Forschenden trägt Religionszugehörigkeit oder der Glaube in dieser Studie nicht dazu bei, die Einstellungen der Pflege zu MAiD zu erklären, trotz Signifikanz auf bivariater Ebene.</p>

<p>2. Palliativpflegenden bezüglich MAiD begründen</p> <p>Die Einstellungen von Palliativpflegekräften bezüglich der Bereitstellung von MAiD in Hospizumgebungen zu identifizieren</p>	<p>einordnen/bewerten. Es werden keine expliziten unabhängigen und abhängigen Variablen definiert.</p> <p>Es wurde kein veröffentlichtes Instrument zur Messung der pflegespezifischen Einstellung zu Sterbehilfe gefunden, deshalb wurde aus drei veröffentlichten internationalen Messinstrumenten relevante Elemente herausgefiltert und daraus eine auf den kanadischen Kontext angepasste Skala entwickelt. Im neuen Instrument NATMS (Nurses Attitudes towards Medical Assistance in Dying Scale) werden 24 Items auf einer 5-Punkte Skala (1 = stark damit einverstanden bis 5 = stark nicht damit einverstanden) gemessen. Die Items beinhalten Aussagen, welche sich auf Einstellungen, Überzeugungen und die Bereitstellung von MAiD beziehen. Durch einen Pilotversuch wurde die NATMS von vier erfahrenen Palliativpflegenden beurteilt und anschliessend geringfügig angepasst. Der Cronbachs Alpha betrug für NATMS 0,88, was auf eine sehr gute interne Konsistenz deuten lässt.</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Die Datenanalyseverfahren umfassten univariate deskriptive Statistiken. Zur groben Assoziation zwischen den interessierenden unabhängigen Variablen und dem Ergebnismass (NATMS) wurden bivariate statistische Verfahren angewandt. Aufgrund des explorativen Ansatzes der Studie wurde eine lineare Regressionsanalyse angewendet, um die Faktoren zu bestimmen, welche die Einstellung der Pflegenden gegenüber MAiD erklären konnten. Für die Analyse wurden nur Variablen ausgewählt welche bei einem liberalen $\alpha \leq 0,25$ statistisch signifikante Assoziationen mit den NATMS aufwiesen. 11 unabhängige Variablen, wovon 5 eine Dummycodierung benötigten, kamen in die Aufnahme in die Regressionsgleichung. Für die Resultate der Regressionsanalyse wurden p- Werte angegeben.</p> <p>Ethik</p> <p>Die ethische Genehmigung einer akademischen Einrichtung wurde vor Beginn der Studie eingeholt. Zudem wurde die Einverständniserklärung der Teilnehmenden eingeholt.</p>	<p>Hospize darüber aufzuklären, dass MAiD im Hospiz nicht verfügbar ist. Für den Fall, dass während des Hospizaufenthalts ein MAiD-Antrag gestellt wird, waren 55 % der Pflegekräfte (N = 132) der Meinung, dass Personen in eine andere Einrichtung verlegt werden sollten. Ein kleinerer Prozentsatz (42,7 %) befürwortete den Transfer in die Gemeinschaft zur Versorgung in der häuslichen Umgebung.</p>	<p>Andere Studien zeigen hierbei jedoch einen klaren Zusammenhang auf. Die Forscher erklären sich diese Diskrepanz, dass es nicht darum geht religiöse Überzeugungen zu haben, sondern es mehr eine Verinnerlichung des religiösen Ausdrucks ist, der sich im beruflichen Verhalten zeigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pflegeberufsbezeichnung <p>Die Forschenden erklären den Einfluss der Pflegeberufsbezeichnung auf die Einstellung zu MAiD, indem die beiden Berufsgruppen über eine unterschiedliche Ausbildung verfügen. Bei höherem Ausbildungsniveau besteht ein tieferes und umfassenderes Wissen zu den Grundlagen und weniger tiefgreifende Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen.</p> <p>Limitationen:</p> <p>Als Limitationen benennen die Forschenden, nur die Perspektiven der Palliativpflegekräften aus Ontario in der Studie zu beschreiben.</p> <p>Es konnten mehrere Gefahrenquellen für Einschränkung der interne und externe Validität nicht vermeiden werden, einschließlich Selektionsbias und Reaktivität.</p> <p>Eine weitere Limitation ist die niedrige Rücklaufquote, woraus die Forschenden die Stichprobe als nicht repräsentativ einschätzen.</p> <p>Implikation:</p> <p>Die Studie leitet Implikationen für die Praxis, Bildung und Forschung ab. Pflegenden brauchen umfassende Weiterbildung, rechtliche Unterstützung, klare Schulungen zum MAiD-Verfahren, Unterstützung in ethischen Fragestellungen und vor allem klare Richtlinien. Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation sollte gefördert werden. Diese Forderungen werden unter Einbezug verschiedener Fachliteratur begründet. Weiterführende Forschung ist notwendig, um die Einstellungen und Erfahrungen von Pflegenden zu verstehen. Insbesondere auch Längsschnittstudien müssten gemacht werden. Die Studien sollen in verschiedenen Regionen und Ländern mit Pflegenden unterschiedlicher Ausbildungsstufen und aus verschiedenen Fachgebieten durchgeführt werden. Eine psychometrische Prüfung des NATMS ist zusätzlich erforderlich.</p> <p>Schlussfolgerung:</p> <p>Durch die Studie konnte eine gemischte Einstellung zu MAiD unter Palliativpflegenden, insbesondere in Hospizumgebungen, identifiziert werden.</p>
--	---	--	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie dient dem Aufzeigen von Faktoren und Einstellungen von Pflegenden bezüglich MAiD. Euthanasie ist in der Schweiz nicht legal. PAS/D ist jedoch dem Assistierte Suizid in der Schweiz gleichzusetzen. Dadurch liefert die Studie wichtige Ergebnisse zu unserer Fragestellung der Bachelorarbeit.</p> <p>Mit Begriffserklärungen zu MAiD, PAS/D und Euthanasie wird in das Thema eingeführt und die gesetzlichen Regelungen in Kanada werden erläutert.</p> <p>Durch das beschreiben von vorhandener Literatur zur Thematik wird klar ersichtlich, dass es zum spezifischen Ziel der Studie noch keine aktuelle Literatur gibt. Dadurch wird der Forschungsbedarf gerechtfertigt.</p> <p>Es wird ein Forschungsziel, mit zwei Sekundärzielen formuliert. Gestellte Hypothesen oder eine spezifische Forschungsfrage werden nicht erwähnt.</p>	<p>Design Das Forschungsdesign erscheint angemessen zu den Forschungszielen und zeigt sich daher als nachvollziehbar. Die quantitative Herangehensweise ermöglicht einen Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen festzustellen. Evtl. wäre ein Mixedmethododes Design auch passend gewesen, da die Teilnehmenden bei Freitext antworten ihre eigenen Einstellungen besser zum Ausdruck hätten bringen können.</p> <p>Stichprobe Die Population wird im Ziel der Studie als Palliativpflegende aus Ontario beschrieben. Alle registrierten Palliativpflegenden, welche ihre Adresse zu Forschungszwecken weitergaben, wurden angeschrieben, wovon schlussendlich 239 Teilnahmen. Dies erscheint als eine angemessene Stichprobengrösse. Die Grösse der Stichprobe wird jedoch nicht begründet. Die Stichprobe scheint als repräsentativ für die Population. Mögliche Verzerrungen der Stichprobe werden von den Forschenden nicht angesprochen. Die Art der Stichprobenziehung ist angebracht für das Studiendesign. Die Forschenden begründen das Erinnerungsmail, um die Rücklaufquote zu maximieren. Ob eine Statistische Power berechnet wurde ist in der Studie nicht ersichtlich.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung erscheint in Bezug auf die Forschungsziele nachvollziehbar. Die Variablen sind jedoch ungenügend definiert und beschrieben. Es wird nicht klar welches genau die unabhängigen Variablen sind. Die Inhalte des NATMS sind durch die Abbildung ersichtlich. Die Auswahl der Aussagen wird damit begründet, dass diese aus drei bestehenden Instrumenten bezogen auf MAiD formuliert worden sind. Die Bereiche zu den wahrgenommenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sind definiert und begründet. Es wird nicht klar, wie die Teilnehmenden ihre Ansicht bezogen auf die Bereitstellung von MAiD in den Hospizen beurteilt haben, es ist jedoch anzunehmen, dass dies mittels Anteilen des NATMS gemacht wurde. Die Forschenden begründen die Reliabilität mit der Überprüfung des Cronbachs Alpha. Durch die Pilottestung wurde die Validität des NATMS</p>	<p>Der NATMS und die Angaben zu den demografischen Angaben sind mittels Tabellen dargestellt. Aus den fünf Antwortmöglichkeiten werden jeweils «stimme überhaupt nicht zu» und «stimme nicht zu» sowie «stimme zu» und «stimme stark zu» zu einem zusammengefasst, was dann drei Ausprägungen ergibt. Eine Begründung dazu wird nicht genannt, obschon dies möglicherweise zu einer Verzerrung der Daten führen könnte. Die Antworten auf die «wahrgenommenen Fähigkeiten und Fertigkeiten» sind nicht dargestellt. Ein Grund für das nicht Aufzeigen wird nicht beschrieben.</p> <p>Zu den Zielen der Studie werden in zwei Kapiteln schriftliche Aussagen gemacht, anhand der erhobenen Daten. Es ist nicht nachvollziehbar aus welchen Teilen der Umfrage die gewählten Variablen zur Beantwortung, welche Faktoren die Einstellung der Pflegenden beeinflussen, gewählt wurden Zusätzlich wird nicht genau begründet, weshalb nur 4 von 11 ausgewählten Variablen zur Regressionsanalyse beibehalten wurden.</p> <p>Zum Thema Einstellungen gegenüber der Bereitstellung von MAiD in Hospizen: Bezüglich zwei gemachten Aussagen im Text sind in Tabelle 2 passende Antworten ersichtlich.</p>	<p>Durch das Aufzeigen von Faktoren, welche die Einstellungen der Pflegenden beeinflussen und die Identifikation von Einstellungen zu MAiD in Hospizumgebung konnte das Ziel der Studie erreicht werden. In der Diskussion werden die Ergebnisse mit Resultaten aus anderen Studien verglichen. Dabei wird jeweils Unterschiede der Studien (z.B. bezüglich der Legalität/Illegalität von Sterbehilfe) transparent genannt und nur unter Vorbehalt diskutiert. Die Forschenden begründen mit anderen Studienresultaten die eigenen Ergebnisse.</p> <p>Für die Berufspraxis und Bildung werden Empfehlungen und Forderungen formuliert. Die Forschenden raten das Messinstrument vertieft zu prüfen und weitere Forschung in ausgedehnteren Settings durchzuführen.</p>

	<p>Instrument gewährleistet. Die Sensibilität sowie Spezifität der Umfrage können nicht beurteilt werden. Um die Vollständigkeit der Daten zu gewährleisten, wurden 10 Fälle, in denen die Umfrage unzureichend ausgefüllt wurde, ausgeschlossen. In den sonstigen 239 Fällen wurde der Anteil fehlender Daten als sehr gering und daher als zufällig begründet.</p> <p>Datenanalyse Die Datenanalyseverfahren werden knapp beschrieben. Die Forschenden benennen das Durchführen von geeigneten Tests zur Überprüfung der Voraussetzungen für statistische Testverfahren. Die Durchführung von univariaten deskriptiven Statistiken (Häufigkeiten, Prozentanteilen, Mittelwerte und Standardabweichungen) werden genannt, jedoch nicht genauer beschrieben oder begründet. Es wird begründet, bivariate statistische Verfahren nur zur Feststellung grober Zusammenhänge zwischen unabhängiger Variablen und der Ergebnismessung (NATMS) gemacht zu haben. Die Auswahl der Variablen in die Regressionsgleichung wird begründet. Dazu wurde das liberale $\alpha \leq 0,25$ als statistisch signifikante definiert.</p> <p>Ethik Es bleibt unklar, wo die ethische Genehmigung eingeholt worden ist.</p>		
--	---	--	--

Anhang E: AICA der Studie von Penman et al. (2022)

Referenz: Penman et al. (2022): It's all about the individual's right to choose: A qualitative study of Australian culturally and linguistically diverse nurses' knowledge of and attitudes to voluntary assisted dying.

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung/Bezugsrahmen/ Forschungsfrage In der Studie geht es um das Phänomen «Voluntary Assisted Dying» (VAD) und das vorhandene Wissen, sowie die Einstellungen von Pflegenden mit «culturally and linguistically diverse» CALD – Hintergrund.</p> <p>Das viktorianische Gesetz zur freiwilligen Sterbehilfe von 2017 trat 2019 in Staat Victoria (Australien) in Kraft. Damit wurde VAD legalisiert und erlaubt das Verschreiben und (unter bestimmten Umständen) das Verabreichen eines Medikamentes mit dem Ziel den Tod herbeizuführen durch eine*n speziell ausgebildete*n Ärztin oder Arzt.</p> <p>Gesundheitsfachberufe sind eine entscheidende Interessensgruppe des VAD. Vorhandene Literatur beschreibt, wie Angehörige der Gesundheitsberufe widersprüchliche Ansichten zu VAD haben und unter ethischer Belastung leiden. Der Hauptgrund für die widersprüchlichen Ansichten besteht im empfundenen ethischen Dilemma, welches durch VAD entstehen kann.</p> <p>Die Rollen der Ärzt*innen und Apotheker*innen sind in der viktorianischen VAD-Gesetzgebung klar geregelt. Über die spezifische Rolle des Pflegepersonales steht nichts geschrieben. Dies wird anhand bestehender Literatur als Einschränkung beschrieben, da Pflegendе eine massgebende Beteiligung haben in der Betreuung von Menschen am Lebensende.</p> <p>Rund 30% der Einwohnenden Australiens sind Migrat*innen. Daraus schliesst sich, auch praktizierende Pflegendе haben unterschiedliche kulturelle und sprachliche Hintergründe. Kultur umfasst Überzeugungen und Wertorientierungen und beeinflusst damit Entscheidungen. Das zuvor veröffentlichte Scoping Review zu den Beziehungen zwischen kulturellen Überzeugungen und Praktiken mit VAD, zeigt wie Gesundheitsfachpersonen mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund Angst und ethisch-moralische Belastung erfahren. Dies führt bei</p>	<p>Design Bei der Studie handelt es sich um einen qualitativen, deskriptiven Ansatz, wobei eine Beschreibung des Phänomens erfolgt. Die Wahl des Ansatzes wird begründet. Es soll ein tieferer Einblick in das Phänomen erlangt werden können.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe setzt sich aus 21 Teilnehmenden Pflegenden mit CALD-Hintergrund aus Viktoria (Australien) zusammen. In der Tabelle 1 werden die Charakteristiken der Teilnehmenden dargestellt. In Gesundheitsdiensten, wurden durch «Nurse Managers» (= Stationsleitungen) potenzielle Teilnehmende identifiziert und per E-Mail zur freiwilligen Teilnahme eingeladen. Zusätzlichen Rekrutierung erfolgte mittels Schneeballauswahlverfahren.</p> <p>Datenerhebung Die Auswahl der Teilnehmenden wird durch die eigene Identifikation als Pflegendе mit CALD-Hintergrund begründet. Zur Datenerhebung wurden halbstrukturiert Einzelinterviews und Fokusgruppeninterviews durchgeführt. Die Teilnehmenden wurden in die Studie eingeführt, danach wurden Orientierungs- und Positionierungsfragen zu VAD gestellt, wobei das Ganze eine Form des Gespräches annahm. Der Leitfaden des Interviews kann im Anhang der Studie gesichtet werden. Die Interviews wurden während 40- 90Mintuen in der Arbeitszeit an einem gemeinsam vereinbarten Ort oder Telefonisch durchgeführt. Mit der Begründung Ressourcen zu sparen, wurde ein Fokusgruppeninterview am Arbeitsplatz der Teilnehmenden durchgeführt. Die digital aufgezeichneten Interviews wurden anschliessend von einem professionell wörtlich transkribiert. Die Datenerhebung erfolgte einmalig, bis eine Sättigung der Daten erreicht wurde.</p>	<p>Zuerst werden die Teilnehmenden Pflegenden beschrieben. Bis auf zwei Pflegendе (diese sind vor kurzem in den Ruhestand getreten) waren die Pflegenden in verschiedenen Funktionen und in verschiedenen Fachrichtungen der Pflege tätig. Alle haben bereits einmal Menschen in der letzten Lebensphase betreut. Etwa die Hälfte hatten die Erfahrung gemacht, direkt nach VAD gefragt zu werden.</p> <p>Die Ergebnisse bezüglich des Wissens und der Einstellungen der Pflegenden über VAD werden in drei Themen unterteilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gemischter Wissensstand über VAD 2. Widersprüchliche kulturelle und religiöse Überzeugungen 3. Überlegenheit beruflicher und ethischer Werte und Einstellungen <p>Die gebildeten Themen werden erklärt und mit Zitaten aus den Interviews verdeutlicht. Grösstenteils waren die Teilnehmenden positiv eingestellt gegenüber VAD. Teils werden sie durch ihre Kultur und Religion beeinflusst teils nicht. Vordergründig ist für die Pflegenden die Entscheidung der Patient*innen.</p> <p>1. Gemischter Wissensstand über VAD: Das Wissen reicht von begrenzt bis sehr gutes Wissen. Palliativpflegenden zeigten ein hervorragendes Wissen, da sie den Hintergrund von VAD mit den gesetzlichen Details, Zulassungskriterien, die Verfahren und Schutzmassnahmen verbalisierten. Begrenztes Wissen wurde anhand fehlender Angaben zu Anspruchsberechtigung der Patient*innen sowie wie viele ärztliche Personen die Notwendigkeit von VAD bescheinigen müssen. Die Ansichten der Teilnehmenden bezüglich Palliative Care (PC) und VAD waren unterschiedlich. Teils wurden falsche Aussagen zu PC & was VAD ist gemacht. Die Rolle der Pflege im VAD-Prozess war den meisten unklar. Sie wünschten sich Klarheit über ihre Rolle</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Die Ergebnisse der Studie zeigen vorhandenes Wissen und Wissenslücken der Pflegenden mit CALD Hintergrund auf. Ihre Einstellungen zu VAD und die Auswirkungen werden deutlich. Die Forschenden beurteilen die Ergebnisse als signifikant. Durch die Identifikation von Themenbereichen in welchen Wissensdefizite bestehen konnte abgeleitet werden, wo Pflegendе pädagogische Unterstützung benötigen. Die Wichtigkeit von Aufklärung bezüglich der Auswirkungen kultureller und religiöser Überzeugungen auf Einstellungen zu VAD wird genannt. Die Notwendigkeit einer eingehenden Untersuchung und Klärung der Rolle der Pflegenden wird beschreiben. Die Ergebnisse werden mittels existierender Fachliteratur diskutiert. Es zeigt sich dabei Einigkeit bezüglich verschiedener Themen, was die Ergebnisse der Studie unterstützt.</p> <p>Limitationen: Die Studie diskutiert im Kapitel Limitationen die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf die Population. Die Teilnehmendenzahl wurde reflektiert und begründet.</p> <p>Implikationen Als Implikation für die Praxis nennen die Forschenden das</p>

<p>manchen dazu VAD grundsätzlich abzulehnen oder sie sind nicht bereit im VAD-Prozess beteiligt zu sein. Es konnte bei dieser Literaturrecherche weder eine Studie gefunden werden, welche das Wissen und die Einstellung von Pflegenden zu VAD in Australien beschreibt, noch wie sich die Einführung auf Pflegekräfte mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund ausgewirkt hat. Dadurch wurde die Forschungslücke für diese Studie identifiziert.</p> <p>Eine spezifische Forschungsfrage wurde nicht beschrieben.</p> <p>Das Ziel der Studie ist es:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Das Wissen und die Einstellungen von Pflegenden mit kulturellem und sprachlich unterschiedlichen (CALD) Hintergrund zu untersuchen 2. den Einfluss von kulturellen und religiösen Überzeugungen auf die Einstellung gegenüber VAD zu ergründen 3. Bereiche, in welchen Defizite bestehen zu identifizieren, um dann zukünftig angemessene Bildungsbemühungen zu empfehlen <p>Das Ziel wird damit begründet, der erste Schritt zur Weiterentwicklung und Verbesserung der VAD-Praxis für Pflegenden ist das Verstehen des Wissens und der Einstellungen von CALD-Pflegekräften. Dadurch soll die Praxis informiert werden und die Pflegeerfahrungen der Pflegekräfte sowie die Gesundheitsergebnisse der Patienten und deren Familien verbessert werden.</p>	<p>Datenanalyse Die Durchführung der Datenanalyse erfolgte nach Braun und Clarke (2006). Die Transkripte wurden dabei analysiert, in Codes und anschliessend auf Themen reduziert. Die Forschenden nehmen Stellung zur Qualität der Datenanalyse. Sie beschreiben die Glaubwürdigkeit, die Verlässlichkeit und die Bestätigbarkeit wurde durch bewährte Methoden, Ermittler-Triangulation und Bereitstellung einer vollständigen Beschreibung des Forschungsprozesses demonstriert.</p> <p>Ethik Es liegt eine ethische Genehmigung und Erlaubnis für die Studie vor. Ausgestellt durch die beteiligten Gesundheitsorganisationen und Universität.</p>	<p>und Verantwortungen. Über die Tatsache, dass Gesundheitsfachpersonen aus Gewissensgründen die Beteiligung an VAD ablehnen können, herrschte unterschiedliches Wissen.</p> <p>2. Widersprüchliche kulturelle und religiöse Überzeugungen: Es zeigten sich kulturelle und religiöse Einflüsse, wenn Teilnehmende auf VAD in der Praxis stiessen. Einige Teilnehmende äusserten sich lebensbejahend und lebensbeschützend und blieben standhaft in ihrem «Pro-Life» Glauben. Die Bedeutung des Rechtes war für einige Teilnehmenden jedoch im Vordergrund. Einige Teilnehmende veranlassten religiöse Überzeugungen dazu VAD abzulehnen und Euthanasie weniger zu akzeptieren. Für andere Pflegenden hatten weder kulturelle noch religiöse Einstellungen die prioritäre Bedeutung. Für sie stand das Recht der Patient*innen auf eigene Entscheidung im Vordergrund.</p> <p>3. Überlegenheit beruflicher und ethischer Werte und Einstellungen: Mehrheitlich wurde die Überzeugung geäussert, Personen sollten ihre Entscheidungen und Handlungen selbst bestimmen können. Dabei wurde VAD auch als eine Option angesehen Kontrolle über das eigene Sterben zu haben. Die Antworten zeigten, wie die beruflichen und ethischen Werte und Einstellungen der Pflegenden ihre Wahrnehmung des VAD beeinflussten.</p>	<p>Entwickeln von angepassten Informations- und Bildungsprogrammen für Pflegenden zum VAD Prozess. Speziell auch im Hinblick auf erlebte Konflikte aufgrund von kulturellen, religiösen und ethischen Dilemmata. Diese sollten für alle insbesondere auch Pflegenden mit CALD Hintergrund zugänglich gemacht werden. Es wird die Notwendigkeit einer genaueren Untersuchung und Klarstellung der Rolle der Pflege beschrieben.</p>
---	--	--	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Relevanz der Thematik wird deutlich, anhand des Beschreibens des Problems, was bereits dazu bekannt ist und was diese Studie hinzufügen wird.</p> <p>Anhand von drei Unterzielen wird das Ziel der Studie klar formuliert und begründet. Es wird jedoch keine explizite Forschungsfrage genannt.</p> <p>Die Thematik wird anhand vorhandener Literatur eingeführt. Wichtigen Begriffe werden erläutert und die gesetzlichen Gegebenheiten Australiens werden beschrieben.</p> <p>Mittels vorhandener Literatur wird in die Thematik eingeführt und anhand eines zuvor durchgeführten</p>	<p>Design Die Wahl des Studienansatzes erscheint nachvollziehbar und passend zum Forschungsziel. Das Forschungsparadigma wird beschrieben und mit der Nennung des Zieles komplexe persönliche Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einstellungen der Teilnehmenden zu erfahren, nachvollziehbar begründet.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobe erlebt das Phänomen und scheint somit als angebracht. Die Repräsentativität auf die Population wird durch die Forschenden diskutiert. Sie beschreiben die Möglichkeit, Teilnehmende könnten entweder aus Leidenschaft oder aufgrund von</p>	<p>Das Phänomen wird als Ganzes beleuchtet und erklärt. Die gebildeten Themenkategorien erscheinen als sinnvoll und nachvollziehbar gebildet. Die Ergebnisse reflektieren die Reichhaltigkeit der Daten. Die zusammenfassenden Aussagen stimmen mit den Zitaten aus den Interviews überein. Inhaltlich sind die Themenkategorien unterscheidbar und leisten eine Interpretation der Daten.</p>	<p>Die Studie liefert zu allen formulierten Ziele Antworten. Durch die Interpretation und dem Diskutieren der Daten mit Ergebnissen anderer Studien, kann das beschriebene Phänomen fundiert verstanden werden. Die Ergebnisse sind für die Pflegepraxis insofern relevant, dass die Notwendigkeit der Implikation von Bildungsprogrammen und weiterer Forschung begründet werden konnte.</p>

<p>Scoping Review wurde die Forschungslücke entdeckt, woraus sich das Ziel dieser Studie ableitet.</p>	<p>negativen Gedanken zu VAD an der Studie teilgenommen haben. Die Stichprobengröße wird als angemessen angesehen. Dies wird in den Limitationen damit begründet, dass nicht die Anzahl der Teilnehmenden, sondern die Tiefe des Wissens über das Phänomen und die Sättigung der Daten massgebend für den Rigor ist.</p> <p>Datenerhebung Die Vorgehensweise bei Datenerhebung wird dargestellt und beschrieben. Da keine neuen Codes mehr identifiziert werden konnten, wird die Datensättigung als erreicht beschrieben. Mit dem Führen von halbstrukturierten Interviews, verfolgten die Forschenden die Selbstbestimmung der Teilnehmenden. Die Teilnehmenden sind zusätzlich nicht verpflichtet alle Fragen zu beantworten.</p> <p>Methodologische Reflexion Zum philosophischen Ansatz der Forschenden wird nichts beschrieben. Das Forschungsteam wird als multikulturell mit Verständnis für verschiedene Kulturen beschrieben, um den sensiblen Umgang mit der kulturellen Einzigartigkeit und Vielfalt sicherzustellen. Das methodische Vorgehen stimmt mit dem gewählten Forschungsansatz überein und erscheint als sinnvoll gewählt für das beschriebene Forschungsziel.</p> <p>Datenanalyse Die Datenanalyse wird knapp dargestellt. Eine Referenzierung zur Datenanalysemethode wird gemacht. Analytische Schritte werden genannt, jedoch nicht präzise beschrieben. Die Durchführung von bewährten Methoden zur Sicherstellung der Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit und Bestätigbarkeit wird genannt aber nicht beschrieben.</p> <p>Ethik In der Methodik werden keine ethischen Fragestellungen diskutiert.</p>		
--	---	--	--

Anhang F: AICA der Studie von Pesut et al. (2020)

Referenz: Pesut et al. (2020): Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD)

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung/Bezugsrahmen/ Forschungsfrage Die Studie untersucht die Erfahrungen von Pflegenden während dem moralischen Prozess im Kontext von MAiD.</p> <p>In Kanada dürfen Pflegende seit dem Jahr 2016 (Bill-C14), welche eine zusätzliche Qualifikation verfügen, unabhängig von ärztlicher Aufsicht prüfen, ob eine Person für MAiD geeignet ist und die tödliche Substanz ebenfalls verschreiben. Die Kriterien für MAiD werden durch zwei unabhängige Personen (Ärzt*innen und Pflegefachpersonen) geprüft, bevor Zugang gewährt wird. Zudem wird MAiD in allen Gesundheitsdiensten zur Verfügung gestellt, weshalb Pflegende praktische Auswirkungen merken.</p> <p>In vorhandener Literatur wird ersichtlich, dass Pflegende ein hohes Verantwortungsgefühl sowie Spannungen erleben, wenn es darum geht das Leiden zu lindern und bei Anfragen im Zusammenhang mit MAiD. Zudem ruft MAiD widersprüchliche Emotionen hervor. Die moralische Sinnfindung war dabei ein dynamischer Prozess, welcher von Unsicherheit und Reflexion geprägt wurde. Dabei fanden Pflegende es schwierig, sich gegen MAiD auszusprechen.</p> <p>Es wird keine Forschungsfrage definiert. Jedoch nennen die Forschenden den Forschungszweck, dass es bis anhin keine Literatur gibt, welche sich auf das Verständnis des moralischen Prozesses von Pflegenden konzentriert, die in Kanada an MAiD beteiligt sind oder</p>	<p>Design Die Studie wurde mit einem qualitativen Design durchgeführt. Dabei wurde eine interpretative Beschreibung und pragmatischen Ansatz verfolgt. Die Wahl dieses Design wird damit begründet, dass dieser Ansatz für angewandte Disziplinen entwickelt wurde.</p> <p>Dies Studie ergänzt zwei andere Studien, die auf der gleichen Befragung beruhen und in denen wir über die Ansichten der Krankenschwestern zu bewährten Verfahren und ihre Erfahrungen mit Fragen des Gesundheitssystems berichten.</p> <p>Stichprobe Die Rekrutierung der Zufallsstichprobe erfolgte gezielt über die «Canadian Nurses' Association» und die «Canadian Association of MAiD Assessors and Providers» und via Schneeballverfahren.</p> <p>Um an der Studie teilnehmen zu können mussten die Personen «registred nurses», «nurse practitioners» oder «clinical nurse specialists» mit Erfahrung mit MAiD (Teilnahme oder nicht Teilnahme) sein, Dem Interessierten wurde durch einen Forschungskordinator, mittels Telefon- oder E-Mail-Gespräch offene Fragen beantwortet und die Studie erläutert. Daraufhin wurde die Einverständniserklärung versandt. Nach dem Unterschreiben dieser Einverständniserklärung wurde das Interview durchgeführt. 59 Pflegefachpersonen bildeten die Stichprobe, welche in unterschiedlichen Settings der Pflege arbeiten.</p> <p>Datenerhebung Die Hauptforschende Person und/oder die Forschungskordinierende Person</p>	<p>Die Ergebnisse repräsentieren eine Vielzahl von Perspektiven der Teilnehmenden (RN, NP). Dabei wird, sofern dies relevant für die Ergebnisse ist, Merkmale der Teilnehmenden angegeben (Prüfer*in, Verabreicher*in, Verweiger*in). Die Ergebnisse sind mittels drei Überthemen und 2-6 Unterthemen dargestellt worden. Diese lauten wie folgt:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bereitschaft zur Teilnahme an MAiD: Moralisch relevante Faktoren <ol style="list-style-type: none"> a. Einflüsse der Familie und der Gemeinschaft b. Berufliche Erfahrungen c. Nähe/Berührungspunkte bezogen auf MAiD 2. Erfahrungen mit MAiD <ol style="list-style-type: none"> a. Emotionale Erfahrungen b. Zuschreibungen 3. Moralische Wegweiser <ol style="list-style-type: none"> a. Patientenentscheidung, Kontrolle und Sicherheit b. Es geht nicht um mich c. Die Rolle der Pflegenden bei der Linderung von Leiden d. Moralische Kohärenz e. Überlegungen zum Leben nach dem Tod f. Frieden und Dankbarkeit <p>1. Bereitschaft zur Teilnahme an MAiD: Moralisch relevante Faktoren a) Als Einfluss auf die Entscheidung, ob die Teilnehmenden an MAiD teilnehmen oder nicht, wurden unter anderem die Familie und Gemeinschaft genannt. So berücksichtigen sie Partner*innen, Eltern, Grosseltern und ihre Kinder. Auch die Herkunftsfamilie und die Religion spielte eine Rolle bei der Entscheidung. Zudem waren sich die Pflegenden, welche in kleineren Gemeinden lebten, bewusst, dass sich ihr Ruf und damit Beziehungen beeinflusst werden könnten. b) Zu den beruflichen Erfahrungen gehörten einflussreiche Kolleg*innen, klinische Erfahrungen mit Leiden und die Verpflichtung auf persönliche und berufliche Werte. MAiD wird als eine Möglichkeit erlebt, um Leiden von Patient*innen zu lindern und wurde somit als eine Erleichterung erlebt für Pflegende, welche dieses miterleben mussten. Ältere Pflegende sprachen über ihre Verpflichtungen, durch welche sie in der Pflege sozialisiert worden sind und die damit vorhandene Mühe MAiD abzulehnen. Andere Pflegende beschrieben wiederum, dass sie MAiD für sie als eine einzigartige Chance für die Pflege als Beruf gilt (Prüfen und Anbieten von MAiD als Bereich, unabhängig von ärztlicher Aufsicht). Zudem wurde es auch als Möglichkeit gesehen, um die Lücke mit der unzureichenden Anzahl an Ärzt*innen zu füllen. c) Die Entscheidung an MAiD teilzunehmen, wurde ebenfalls durch die Nähe zu den Verabreichungen der tödlichen Substanz beeinflusst. So stimmten viele mit MAiD überein, vor allem mit der Selbstbestimmung der Patient*innen, jedoch fühlten sie sich bei der Teilnahme nicht zwingend wohl.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Die Vielfalt von Erfahrungen, wie Pflegefachpersonen versuchten ein Mass an moralischer Sicherheit in Bezug auf ihre Entscheidung zur Teilnahme oder Nichtteilnahme an MAiD aufzubauen und ihre anschließende Pflege der Patient*innen, wird mit den Arbeiten von Haidt (2001, 2012) diskutiert. Dabei wird die Analogie des reiten eines Elefanten gewählt. Wobei diskutiert wird, dass moralische Urteile aus zwei Arten von Erkenntnissen bestehen: die Intuition und Vernunft.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Der Intuitive Aspekt stützt sich auf die Emotionen. = Elefant - Die Vernunft versucht dann diese Intuition zu kontrollieren. = Reiten des Elefanten <p>Die Moralischen Intuitionen sind schwer zu ändern. In erster Linie ändern sie sich durch den Umgang mit anderen. Das Reiten eines Elefanten verdeutlicht das Zusammenspiel zwischen den emotionalen Erfahrungen und dem anschließenden Denken und Urteilen. Die Schwierigkeit der Pflegefachpersonen die starken emotionalen Reaktionen zu erklären, diskutieren die Forschenden als Hinweis auf den tiefgreifenden intuitiven Prozess. Insgesamt wird genannt, dass die Pflegefachpersonen ein Mittel finden, sich eine Argumentation zusammenzustellen, um ihre moralischen Erfahrungen als auch ihre moralische Haltung in Bezug auf MAiD zu verstehen.</p>

<p>sich gegen eine Teilnahme entscheiden. Zusätzlich dient die Studie um Ergebnisse bezogen auf die moralischen Erfahrungen von Pflegenden im Kontext von MAiD festzuhalten.</p>	<p>führte mit den Pflegefachpersonen (telefonisch oder persönlich) anhand eines semistrukturierten Leitfadens ein Interview. Die Interviews dauerten im Schnitt 51 Minuten (Min.) mit einer Spanne von 23-88 Minuten und wurden pro Teilnehmende einmalig durchgeführt.</p> <p>Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, wortwörtlich transkribiert und zur Analyse in die qualitative Software nvivo geladen. Anschliessend an die Interviews wurden Feldnotizen gemacht.</p> <p>Zusätzlich wurden bei den Teilnehmenden demografische Daten erhoben (Tabelle 2: Provinz, Alter, Geschlecht, Ethische Herkunft, Berufsbezeichnung, Anzahl gearbeitete Jahre, Arbeitsfeld, Zustimmung/Ablehnung, Spiritualität und Religion, Wie viele Gespräche sie über MAiD hatten mit Patient*innen, Wie viele Patient*innen sie pflegten, welche nach MAiD fragten, Wie viele Patient*innen sie pflegten, welche nach MAiD durchführten).</p> <p>Für die Berichterstattung über die Daten wurden die «Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research» verwendet.</p> <p>Methodologische Reflexion Der gewählte qualitative Ansatz, sowie das entsprechende methodische Vorgehen wird nicht durch die Forschenden diskutiert.</p> <p>Datenanalyse Zwei Forschende bildeten mit induktiver Vorgehensweise nach dem sie sich mit den ersten sechs transkribierten Interviews beschäftigten, offene Codes. Diese wurden durch zwei weitere Forschende im Verlaufe verfeinert. Die Daten wurden mit der «Constat comparative analysis» analysiert. Abgeschlossen wurde die Datenerhebung als die Forschenden einen kohärenten Bericht über die Erfahrungen sowie die Fragen, welche</p>	<p>2. Erfahrungen mit MAiD Die Teilnehmenden beschrieben eine Reihe von Emotionen, die MAiD in ihnen auslöste und führten diese auf verschiedene Faktoren zurück.</p> <p>a) Für einige Pflegenden war das Erleben des Todes durch MAiD im positiven Sinne emotional einschneidend und bestärkte sie in der moralischen Güte von MAiD. Adjektive wie tiefgreifend, erstaunlich und demütigend wurden zur Beschreibung benutzt. Von einer Pflegenden, welche das Medikament verabreicht haben, wurde ein überwältigendes Gefühl der Freundlichkeit und Vertrauen beschrieben. Für eine andere Pflegenden wurde ebenfalls beschrieben, dass dies für sie sehr ergreifende Momente sind. Beunruhigende Emotionen werden nur in den Fällen genannt, wenn zu wenig kollegiale Unterstützung vorhanden war. Einige MAiD Anbieter*innen erlebten eine überwältigende Flut von Emotionen (nicht mehr aufhören können zu weinen, nicht mehr funktionieren können). Diejenigen Pflegenden ohne zusätzliche Funktion erlebten ebenfalls emotionale Auswirkungen bezogen auf die Bereitstellung von Informationen zu MAiD (Schuldgefühle). Auch Pflegenden, welche die Teilnahme an MAiD verweigern erlebten durch ihr Engagement und das involviert sein, emotionale Betroffenheit.</p> <p>b) Die erlebte emotionale Belastung wurde auf verschiedene Faktoren zurückgeführt. Von den MAiD-Anbieter*innen wurden Gründe genannt wie; dass sie normalerweise nicht der Grund dafür sind, wieso jemand verstirbt und aufgrund der verwurzelten Kultur, dass im Gesundheitswesen kein Schaden zugefügt werden sollte. Die Emotionen wurden sehr unterschiedlich erlebt von den Teilnehmenden, von tiefgreifenden Erfahrungen bis zu Traurigkeit und Verzweiflung. Gemeinsam war, dass MAiD das Leben und die Karriere der Pflegenden verändern konnte. Einige Pflegenden bezeichneten es als höchstes Privileg und als eine der sinnvollsten Arbeiten, die sie je gemacht haben. Andere wiederum zogen sich ganz aus der Pflege zurück.</p> <p>3. Moralische Wegweiser Die moralischen Orientierungspunkte unterschieden sich von den anfänglichen Gründen für die Beteiligung, da sie die fortlaufenden Überlegungen der Pflegenden darstellten, während sie die Auswirkungen ihrer anfänglichen Entscheidung für oder gegen eine Beteiligung erlebten.</p> <p>a) Aufgrund der Annahme, dass MAiD Personen die Wahlmöglichkeiten und Kontrolle bietet, war es für viele Teilnehmer schwer zu verstehen, warum einige die moralische Richtigkeit von MAiD in Frage stellen. Sie empfanden die Möglichkeit der Patient*innen selbst zu entscheiden oder sich die Optionen am Lebensende offen zu behalten, als wichtig für sich selbst. Die Gewissheit und Entschlossenheit der Patient*innen würden MAiD für die Pflegenden erleichtern. Andere Teilnehmende waren unsicher, ob die individuelle Entscheidung eine ausreichende Grundlage für die Beteiligung an MAiD darstellt. Deshalb für die 10-tätige Wartefrist als vorteilhaft angesehen.</p> <p>b) Für viele war die Erkenntnis, dass es bei MAiD nicht um sie ging, wichtig für ihre Entscheidung zur Teilnahme. Eng damit verbunden wurde die Frage, wie die eigenen Werte in die Praxis einfließen. Für eine Gruppe der Teilnehmenden bedeutete die patientenzentrierte, ganzheitliche Pflege, dass ihre eigenen persönlichen Überzeugungen in</p>	<p>Die Argumentation, dass moralische Intuitionen grösstenteils durch soziale Interaktionen geformt werden, wird mit einer weiteren Literatur von Doanes (2002) gestärkt. Dabei wird zudem, die in den Ergebnissen zuerkennende moralische Identitätskonstruktion diskutiert. Es wird eine weitere Studie genannt, welche dies auch feststellte. Die Forschenden diskutieren, dass die moralische Identität vieles erklärt, was in den Ergebnissen deutlich wurde.</p> <p>Zwei weiteren Studien (Beuthin, 2018; Bruce & Beuthin, 2019) erläutern auch die von den Pflegefachpersonen genannten Möglichkeiten und Auswirkungen der Teilnahme an MAiD. Die moralische Ungewissheit, deren Fokus auf den Schutz der Verletzlichkeit wird mit der komplexen moralischen Landschaft und dem System diskutiert. Die Unterschiede zwischen Befürworter*innen und Gegner*innen von MAiD werden diskutiert und die Begründungen dafür aufgezeigt.</p> <p>Schlussfolgerung: Die Forschenden beschreiben einen detaillierten Einblick in Faktoren bekommen zu haben, welche die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme von MAiD beeinflussten. Diese stützen andere Publikationen zur Thematik. Zudem machen die Forschenden folgende Aussagen zur moralischen Identität. Die Moralische Identität leitet Pflegefachpersonen an verletzte Patient*innen zu schützen und bedeutet, dass Pflegefachpersonen eine grosse Verantwortung übernehmen, bei der Sicherstellung eines bestmöglichen Todes. Daher werde das moralische Gewicht einer Beteiligung an einem moralisch umstrittenen Akt (MAiD) erfahren.</p>
--	--	--	--

	<p>während der Analyse auftauchten, hatten. Die Forschenden begründen die Integrität der Analyse, durch Feldnotizen, Reflexionsmemos, Triangulation der Forschenden und durchführen eines Prüfpfad. Die Teilnehmenden konnten in einem Webinar Feedback zu den Ergebnissen geben.</p> <p>Ethik Die Forschenden diskutieren keine ethischen Fragen. Die Teilnehmenden unterschrieben eine Einverständniserklärung. Es wurde eine ethische Genehmigung bei der Ethikkommission für Verhaltensforschung der University of British Columbia eingeholt.</p>	<p>der Praxis keine Rolle spielten. Ein Teilnehmer aus dem ländlichen Raum räumte hierbei ein, dass damit möglicherweise persönliche Kosten verbunden werde (eigenes Leiden). Die Teilnehmer erkannten an, dass Leiden subjektiv ist und es daher unmöglich ist, sowohl das Leiden als auch das, was der/die Patient*in als notwendig erachtet, um dieses Leiden zu beenden, zu beurteilen. Bei den Verweiger*innen von MAiD ging es hierbei mehr um einen grösseren moralischen Horizont, oft verbunden mit einer höhere Macht (Verantwortlich sein für eine grössere Sache, Gott, Gesellschaft). Sie sagten nicht unbedingt, dass die Patient*innen kein Recht hätten ihr Leben zu beenden, sondern, dass es nicht ihr eigenes Recht sei (Traditionen), sich an MAiD zu beteiligen.</p> <p>c) Ausschlaggebend für die Teilnahme war das moralische Gebot, das Leiden der Patient*innen zu lindern. Einigen war ihre Rolle bezogen auf das Leiden jedoch unklar bzw. wurde sie auch hinterfragt (die Frage danach, ob in der ganzheitlichen Pflege alles gelöst werden müsse, ob Pflege alles heilen müsse & somit Pflege MAiD als Lösung ansieht). Wichtig für beide Seiten war jedoch, dass während dem Leiden bei den Patient*innen und ihren Familien geblieben wird. Bei denjenigen, welche die Teilnahme an MAiD aus Gewissensgründen ablehnten, war das Dabeibleiben während MAiD sehr schwierig. Bei gewissen war die Angst, nicht bei den Patient*innen zu bleiben jedoch grösser, wie ihre persönliche Einstellung.</p> <p>d) Pflegende setzen sich ebenfalls durch den Vergleich von anderen umstrittenen Themen mit der Komplexität von MAiD auseinander. So änderte eine Pflegende ihre Meinung zu MAiD, nachdem sie dieses mit ihrer Position bezgl. dem Thema Abtreibung verglichen hat. Auch wurde MAiD mit dem Thema palliative Sedierung in Verbindung gebracht, wobei eine Pflegende dabei von einer Erweiterung von der palliativen Sedierung sprach. Jemand anders hatte schlechte Erfahrungen mit palliativer Sedierung gebracht und kam zur Entscheidung das MAiD die mitfühlendere Wahl war. Zudem wurde auch der Unterschied zwischen der Selbstverabreichung und der Verabreichung durch eine Drittperson diskutiert. Ein Teilnehmer*in, welche*r MAiD aktiv verabreicht, war der Meinung, dass die Selbstverabreichung für die Pflegenden möglicherweise psychisch einfacher für sich als Pflegenden wäre.</p> <p>e) Um MAiD einen Sinn zu geben, war auch der Tod und die Seele ein Wegweiser. Die Pflegenden sprachen über die Bedeutung und Tiefgründigkeit des Todes und des Lebens und das MAiD in ihnen viele Gedanken bezogen auf diese Thematik auslöst. Auch machten sie sich Gedanken/Sorgen, ob sie in den natürlichen Tod oder gar in das Göttliche eingreifen (Dinge aus der Bahn werden, Gott spielen etc.). Auch hatten viele moralische Schuldgefühle oder Angst vor einer Verurteilung, obwohl sie MAiD als gute Sache ansehen. Es sei also eine Art von seelischer Kampf, welcher für die Patient*innen sowie die MAiD Verabreicher*innen entstehen kann.</p> <p>f) Eine der stärksten Gründe, welcher für die moralische Entscheidung für MAiD sprach, war der friedliche Tod durch MAiD und die Dankbarkeit, welche von den Patient*innen und deren Familien ausgesprochen wurde. Die Friedlichkeit würde einer Teilnehmenden helfen, durch den Prozess zu gehen. Eine Teilnehmende, welche bei eingen MAiD Patient*innen während dem Tod anwesend war, erklärte, dass sie die Tendenz habe bei so einem Tod weniger zu weinen, da sie diesen als so friedlich erlebe. Für</p>	<p>Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis Folgend wird die in der Studie beschriebene Implikation für die Praxis beschrieben. Es wird eine Notwendigkeit dafür beschrieben, dass Pflegende bei ihrer «moral journey» in der klinischen Praxis besser unterstützt werden sollten. Dies wird damit begründet, dass die Teilnehmenden eine einschneidende Wirkung von MAiD (moralisch schwierige Handlung) erleben und gleichzeitig eine tiefe Verpflichtung gegenüber verletzlichen Patienten*innen erleben, was zu Distress und Notlagen führen kann. Die Forschenden nennen zusätzlich in anderer Literatur genannte Unterstützungen: Die von Haidt (2012) beschriebene Erleichterung durch mitfühlende Gespräche und die Überlegung, dass moralische Gemeinschaften solche Gespräche unterstützen würden, werden als wichtiger Schritt zur Unterstützung der Pflegenden angesehen. Liaschenko und Peter (2016) beschreiben, dass solche Gemeinschaften am besten durch einen moralischen Raum, in welchem solche Gespräche stattfinden können, geschaffen werden können. Durch die Möglichkeit zu moralischen Gesprächen/Austausch unter Pflegefachpersonen könnte das Potential haben Pflegefachpersonen zu unterstützen eine moralische Identität aufzubauen, welche darin besteht, das Leben der Patient*innen und die Gemeinschaft zu verbessern und die Identität der Schwachen zu schützen.</p>
--	---	--	---

		<p>viele war auch die Dankbarkeit ein grosses Thema und wie diese einer Teilnehmenden helfe ihre Emotionen zu mildern. Von Familienmitgliedern haben Pflegenden auch widersprüchliche Aussagen erlebt, wie die Verurteilung der Tätigkeit und gleichzeitige Dankbarkeit. Für einige Teilnehmenden war die erlebte Dankbarkeit eine Art Belohnung, welche die Herausforderungen eines MAiD-Todes ausglich.</p> <p>Die Ergebnisse sind durch ausführliche Zitate sowie Teilnehmenden Geschichten dargestellt. Durch die Beschreibungen der Zitate wird klar, welcher Teilnehmende was gesagt hat.</p>	
--	--	---	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie ist insofern relevant für die Pflege, da es um das Verständnis des Erlebens geht. Deshalb ist sie auch für die Bachelorarbeit, geeignet da sie das Erleben und erlebte Emotionen beschreibt. Zudem ist die Studie ist insofern wichtig, da aufgrund der Gesetzesänderung MAiD auch durch gewisse Pflegenden durchgeführt werden darf und diese somit direkt davon betroffen sind.</p> <p>In das Thema wird durch das Erläutern der gesetzlichen Grundlagen zu MAiD eingeführt. Eine Tabelle zeigt dabei relevante Auszüge aus der Regelung. Das Phänomen wird beschrieben und verschiedene Standpunkte und Studienergebnisse aus der Literatur werden dazu genannt. Es wird aufgezeigt, inwiefern das Thema relevant für die Pflege ist (Auswirkungen, erleben von vielen Emotionen etc.) und weshalb die Studie einen Mehrwert dazu beitragen könnte.</p> <p>Eine Forschungsfrage fehlt ganz, folglich kann dies nicht beurteilt werden. Die Forschenden formulieren mehr den Forschungszweck wie ein klares Forschungsziel. Die Signifikanz der Arbeit wird in einer Tabelle ersichtlich, in welcher die Forschenden beschreiben, was ihre</p>	<p>Design Ja, da ein Phänomen beziehungsweise Erfahrungen von Pflegefachpersonen untersucht werden sollen, passt das ausgewählte Design zum Forschungszweck.</p> <p>Stichprobe Die Stichprobenbeziehung erscheint angebracht. Die Stichprobe scheint für die Wahl eines qualitativen Designs als gross genug, wird jedoch von den Forschenden nicht begründet. Eine gewisse Repräsentativität wird durch die Stichprobengrösse erreicht. Die Teilnehmenden werden mit demografischen Angaben reichhaltig beschrieben. Das Setting ist knapp beschrieben. Durch genannte Einschlusskriterien und die demografischen Angaben erscheinen die Teilnehmenden als passend zum Forschungsgegenstand und erleben das beforschte Phänomen.</p> <p>Datenerhebung Bei der Datenerhebung geht es um das Erleben der Pflegefachpersonen. Die Vorgehensweise bei der Datenerhebung ist beschrieben und teils begründet. Die Datensättigung wird nicht explizit diskutiert.</p> <p>Methodologische Reflexion Der Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt. Das methodische</p>	<p>Die Ergebnisse sind nach Themen und Unterthemen dargestellt, welche zu den Antworten als sinnvoll beurteilt werden kann. Die Themen und Unterthemen sind ineinander stimmig. Aufgrund der Beschreibungen der Methodik ist anzunehmen, dass die Resultate aufgrund einer umfassenden Analyse entstanden sind. Bei den verschiedenen Themen bzw. Unterthemen der Resultate werden verschiedene Aussagen beschrieben. Zudem werden diese auch nach Eigenschaften der Teilnehmenden (Befürworter*in/Verweiger*in und Beobachter*in/Verbreiter*in) aufgezählt, so ist es auch nachvollziehbar von wem, welche Aussage stammt. Die Ergebnisse bzw. die Themen passend zum Forschungszweck der Studie. Zusätzlich wird in das jeweilige Thema kurz eingeführt. Die Aussagen der Forschenden werden jeweils durch Zitate der Teilnehmenden unterstützt beziehungsweise genauer erläutert und somit bestätigt. Die Ergebnisse beleuchten das Phänomen von verschiedenen Standpunkten und es wird nachvollziehbar, was für moralische Erfahrungen im Prozess gemacht worden sind.</p>	<p>In der Diskussion werden die Ergebnisse der Studie mit anderer empirischer Literatur in Verbindung gesetzt, Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie Begründungen gesucht. Der Forschungszweck wird mit den Ergebnissen behandelt. Dabei leistet auch die Interpretation und Diskussion der Ergebnisse einen Beitrag zum besseren Verständnis Phänomen.</p> <p>Limitationen: Die Forschenden beschreiben und begründen mögliche Limitationen der Studie. Bezüglich der Stichprobe diskutieren die Forschenden, dass es eine gezielte Stichprobe gewesen ist und vermutlich, diese Pflegefachpersonen, welche am stärksten Betroffenen waren auch bereit waren an der Studie teilzunehmen. Die Grenze von Telefoninterviews bei solch einem sensiblen Thema wird benannt aber auch auf die Chance der Anonymität, welche sich damit ergibt.</p> <p>Schlussfolgerungen & Implikation für die Praxis Die Befunde der Studie bieten einen Kontext und anhand der Implikationen wird der Unterstützungsbedarf aufgezeigt, welcher durch die Antworten der</p>

<p>Arbeit für die globale Gesellschaft beiträgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Erkenntnisse werden anderen Ländern helfen, Pflegekräfte in Kontexten, in denen MAiD legal ist oder in naher Zukunft legal werden soll, besser vorzubereiten und zu unterstützen. 	<p>Vorgehen (Stichprobenbeziehung, freiwillige Teilnahme, semistrukturierten Interview) erscheint passend zum gewählten Forschungsansatz überein und erscheint als geeignet für das Phänomen.</p> <p>Datenanalyse Das Vorgehen der Datenanalyse ist nachvollziehbar beschrieben. Die Analysemethoden werden referenziert. Die einzelnen analytischen Schritte werden nicht präzise beschrieben, erscheint jedoch als glaubwürdig. Die Integrität der Analyse sowie die Glaubwürdigkeit wird von den Forschenden begründet mit der Durchführung von Feldnotizen, Reflexionsmemos, Triangulation der Untersuchenden und «member-checking». Analytische Entscheide werden in der Methodik der Studie nicht genannt.</p> <p>Ethik Es werden keine ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt. Die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden wird nicht thematisiert.</p>		<p>Pflegefachpersonen, deren Interpretation und in Vergleich mit anderer Literatur identifiziert wurde. Somit erweisen sie sich als Pflegerelevant und brauchbar.</p> <p>Evidence-Level Die Studie weist das unterste Evidenze-Level auf.</p>
--	--	--	--

Referenz: Snir et al. (2022): Anticipated impacts of voluntary assisted dying legislation on nursing practice

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung/Bezugsrahmen/ Forschungsfrage Die Auswirkungen der Legalisierung auf die pflegerische Praxis von freiwilliger Sterbehilfe (engl. Voluntary assisted dying (VAD)) soll untersucht werden.</p> <p>Das Gesetz aus 2017 legalisiert ab 2019 die Verschreibung bzw. Verabreichung einer tödlichen Substanz von Ärzt*innen bei geeigneten Patienten in Victoria. Diese müssen einige Kriterien erfüllen, bevor sie zugelassen werden. Angehörige von Gesundheitsberufen können sich aus Gewissensgründen weigern am Prozess des VAD's teilzunehmen. Sie dürfen keine Gespräche bezgl. dem VAD initiieren und es besteht eine Meldepflicht bei Verdacht.</p> <p>Der Forschungsbedarf wird damit begründet, dass bereits existierende Literatur zeigt, dass die Legalisierung von VAD's Herausforderungen für die pflegerische Praxis schafft. Forschungen aus verschiedenen Länder zeigen unterschiedliche Resultate. Im australischen Kontext gibt es bis anhin nur sehr wenig Forschung, welche die pflegerische Perspektive auf VAD beschreibt. In Anbetracht der Legalisation des VAD's in Victoria und Western Australia (Staaten in Australien) handelt sich also um eine Forschungslücke.</p> <p>Die Studie hat zum Ziel die Erwartungen von viktorianischen Pflegenden an die Auswirkungen der Gesetzesänderung auf ihr Berufsleben zu beschreiben.</p> <p>Fragen der Forschenden der Datenerhebung:</p>	<p>Design Es handelt sich um eine qualitatives Studiendesign, mit dem Paradigma des Interaktionismus. Dieses wird beschrieben.</p> <p>Die Studie hat Freitextdaten einer grösseren mixed-methods Studie analysiert, wobei sie nur auf die qualitativen Daten eingegangen sind.</p> <p>Stichprobe Die Population umfasst Pflegende aus Viktoria, Australien. Mittels einer gezielten Stichprobenziehung konnten 1873 Pflegende aus verschiedenen Spitälern in die Studie einbezogen werden. Sie wurden eingeschlossen, wenn sie mindestens eine der vier Freitextfragen beantwortet haben.</p> <p>Datenerhebung Die Teilnehmenden wurden über zwei Strategien rekrutiert: E-Mails an Listen des klinischen Personals über die beschäftigenden Gesundheitsdienste und ein Link zur Online-Umfrage im Intranet des Personals. Die Daten wurden einmalig erhoben, zwischen November 2018 and Januar 2019 (vor der Legalisierung im Juni 2019). Durch das Lesen von relevanter Literatur und einer Expertendiskussion im multidisziplinärem Forschungsteam der grösseren mixed-methods Studie wurden die vier Forschungsfragen erstellt, welche dann mit der VAD Arbeitsgruppe getestet worden sind.</p> <p>Methodologische Reflexion Die Entstehung der Forschungsfragen wird beschrieben, sonst wird das methodische Vorgehen nicht diskutiert oder begründet.</p> <p>Datenanalyse Die Antworten auf die vier Freitextfragen wurden mittels induktiver Inhaltsanalyse analysiert, um Bedeutungskategorien zu kodieren und so die Themen zu definieren. Dafür wurde die qualitative Datenanalysesoftware NVivo Version 12 verwendet.</p> <p>Ethik</p>	<p>Durch die Inhaltsanalyse werden die Ergebnisse in drei Themen gegliedert, bei welchen die Pflegenden Auswirkungen der Legalisierung erwarten:</p> <ol style="list-style-type: none"> Moralische Integrität und berufliche Identität Berufliche Entwicklung Beziehungen am Arbeitsplatz <p>1. Moralische Integrität und berufliche Identität Die Pflegenden in dieser Studie erwarten, dass die Umsetzung der freiwilligen Sterbehilfe Auswirkungen auf ihre berufliche Identität haben würde. Diese Auswirkungen würden sich entweder als Kongruenz oder als Inkongruenz mit den beruflichen Verpflichtungen oder moralischen Werten, die der beruflichen Identität der Pflegekräfte innewohnen, manifestieren. Es wird ein Rollenwechsel erwartet. Gewisse Teilnehmenden meinten, dass VAD im Widerspruch zu ihren beruflichen moralischen Werten steht. Vor allem beziehen sie dies auf dem Prinzip der Fürsorge und dem Prinzip des Nicht-Schadens. Andere wiederum sehen den VAD als Erweiterung der Pflege am Lebensende und um das Leiden von Patient*innen zu lindern. Zudem könnte sich durch die Legalisierung für die Wünsche der Patient*innen eingesetzt werden.</p> <p>2. Berufliche Entwicklung Pflegende, welche VAD unterstützen, erwarten eine höhere Arbeitszufriedenheit, da sie nun besser in der Lage wären, die letzten Wünsche der Patient*innen zu erfüllen. Einige erwarten jedoch einen Druck, der auf Pflegende ausgeübt werden wird, auf solche, welche sich gegen den VAD aussprechen (obwohl dies rechtlich erlaubt sei). Zudem würde es für diese dann berufliche Konsequenzen geben, im Sinn einer Umorientierung und Überdenkung der Jobwahl.</p>	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse Die Studie ist die erste, welche in dieser Form im Viktoria durchgeführt worden ist. Die Forschenden beschreiben daraus wichtige Erkenntnisse für das viktorianische Gesundheitswesen und für andere Länder, welche VAD in Erwägung ziehen, zu generieren. Eine Forschungsfrage kann nicht beantwortet werden, da keine formuliert worden ist. Die Bandbreite und Unterschiede der Ergebnisse ergibt sich laut den Forschenden aus unterschiedlichen Auffassungen der Teilnehmenden im Hinblick auf ihre Einstellungen zu den beruflichen Verpflichtungen und Werten bezogen auf VAD.</p> <p>Diese Ergebnisse stimmen mit der vorhandenen Literatur überein. Gemäss anderen Studien empfinden Pflegekräfte VAD als Möglichkeit, Leiden zu lindern und die Autonomie von Patient*innen zu wahren. Anders wie aus bisherigen Studienresultaten, konnte die Studie aufzeigen, dass VAD mit einer höheren Arbeitszufriedenheit einhergeht. Die negativen Konsequenzen (Ausgrenzung, Mobbing, Spannungen, Angst vor Zwang), welche Teilnehmende in dieser Studie beschrieben, sind auch im kanadischen Kontext erwähnt worden. In pflegerischer Literatur zu Ethik wird VAD als moralisch nicht gültig deklariert, da VAD ein gewisses Misstrauen gegenüber den Pflegenden fördert und deshalb die Patient*inne und Pflegenden Beziehung beeinträchtigt. Dies konnte in Studien jedoch nur begrenzt nachgewiesen werden. Pflegende fühlen sich für die laufende Betreuung der Familien während des VAD Prozess verantwortlich. Diese Studie hat gezeigt, dass sich viele Teilnehmende vor Gewalt gegenüber Pflegende im Kontext des VAD's fürchten.</p> <p>Limitationen</p>

<p>1. Wie stehen Sie insgesamt zu der jüngsten Legalisierung der freiwilligen Sterbehilfe in Victoria?</p> <p>2. Gibt es noch etwas, das Sie über Ihre Gründe für die Teilnahme an der freiwilligen Sterbehilfe sagen möchten?</p> <p>3. Welche Herausforderungen (wenn überhaupt) sehen Sie in der freiwilligen Sterbehilfe für Ihre Arbeit?</p> <p>4. Haben Sie weitere Anmerkungen zu den in dieser Umfrage aufgeworfenen Fragen?</p>	<p>Die ethische Genehmigung für die größere Studie wurde von der Austin Health Human Research Ethics Committee erteilt. Die Teilnehmenden wurden auf der ersten Seite der Online-Umfrage über die Studie informiert und darauf hingewiesen, dass die Beantwortung der Fragen als Zustimmung zur Teilnahme an der Studie gewertet werden würde.</p>	<p>3. Beziehungen am Arbeitsplatz</p> <p>Teilnehmende rechnen mit Auswirkungen auf die Beziehungen zu den Patient*innen, zu den Angehörigen und zu den anderen Mitarbeiter*innen durch die Einführung des VAD's. Mögliche Störung zwischen Patient*innen und Pflegenden, aufgrund «Abstumpfung» von Emotionen und Ermüdung von Mitgefühl seitens den Pflegenden infolge von der pflegerischen Beteiligung an VAD. Zudem könnte möglicherweise Misstrauen seitens der Patient*innen entwickelt werden (Pflegende, als Fachleute, welche bei der Tötung von Patient*innen helfen). Zudem besorgen die Teilnehmenden Familienmitglieder, welche sich gegen den Wunsch ihres Angehörigen äussern. So würde in der Praxis mit einer komplexen Familiendynamik umgegangen werden müssen. Sie hätten Angst Wut oder Gewalt von Angehörigen zu erleben. Zudem seien bezogen auf die Beziehung am Arbeitsplatz Spannungen oder Reibungen zu erwarten, aufgrund Meinungsverschiedenheiten bezogen auf VAD. Teilnehmende befürchteten sogar Verurteilungen auf beiden Seiten (dafür vs. Dagegen) und Spaltungen.</p> <p>Die Ergebnisse sind nach den genannten Themen sortiert und werden mit ausführlichen Zitaten und Erzählungen der Teilnehmenden präsentiert.</p>	<p>Zeitpunkt der Datensammlung: diese war in der Zeit, als das Gesetz angenommen worden ist, jedoch noch vor der Umsetzung der Legalisierung. Dies könnte möglicherweise die Antworten der Pflegenden durch Gefühle der Unsicherheit oder Angst beeinflusst haben. Zudem können, trotz der grossen Stichprobe, die Ansichten der Pflegenden nicht auf alle Pflegende aus Victoria verallgemeinert werden.</p> <p>Schlussfolgerung Anwendung und Verwertung in der Pflegepraxis</p> <p>Die Forschenden machen folgende Empfehlungen für die Praxis aufgrund der Forschungsergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sofern rechtlich so geregelt, dürfen Pflegende die Teilnahme am VAD ablehnen. • Einführung von Verhaltensrichtlinien für Personal und Durchführung von Schulungen, um eine positive, sichere und zwangsfreie Arbeitsplatzkultur zu fördern und zu erhalten. • Finden von Möglichkeiten, wie vertrauensvolle und mitfühlende Beziehungen zwischen Pflegekräften und Patienten im Kontext des legalisierten VAD aufrechterhalten werden können. • Aufnahme des VAD in Sicherheitsprotokolle, um das Personal zu schützen (vor Gewalt ausgehend von Angehörigen).
--	--	--	---

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie ist passend zur Fragestellung, da in Australien gesetzlich die gleichen Bedingungen vorhanden sind. Die Ergebnisse beziehen sich auf mögliche Auswirkungen der Legalisierung, womit sie noch keine konkreten Erfahrungen mit dem assistierten Suizid gemacht haben.</p> <p>Durch die Legalisierung des VAD's ist das Thema in der Pflege relevant und wichtig. Wichtige Punkte der Gesetzesänderung sind benannt worden. Durch diese sind Pflegefachpersonen</p>	<p>Design</p> <p>Das Forschungsdesign erscheint passend zu den Forschungsfragen/dem Ziel gewählt. Das Paradigma wird beschrieben und wirkt passend gewählt. Die Wahl des Studiendesigns wird von den Forschenden nicht begründet. Der Fragebogen enthält offene Fragen, welche für die das Forschungsziel geeignet gewählt erscheinen. Bei einer kleineren Stichprobe wären Interviews zu bevorzugen gewesen.</p> <p>Stichprobe</p> <p>Die Stichprobenziehung ist für den Ansatz angebracht und sehr repräsentativ für die Population. Die</p>	<p>Die Begrifflichkeiten der Themen werden definiert und es wird erklärt, wie sie im Kontext der Pflege und der Studie verstanden werden.</p> <p>Die Kodierungen aus den Daten werden zu drei Themen zusammengefasst, welche wiederum in Kategorien und Unterkategorien eingeteilt werden, diese sind übersichtlich in einer Tabelle dargestellt. Die Themen beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte der Pflege, welche im Kontext des VAD sinnvoll gewählt sind. Die Ergebnisse zu den Themen bzw. Kategorien werden präzise beschrieben mit Zitaten der</p>	<p>Das Ziel der Studie wird erreicht, denn die Forschenden können die Erwartungen von den Pflegenden bezogen auf die Gesetzesänderung und den Einfluss auf ihr Berufsleben darstellen. Die Ergebnisse werden mit einigen anderen Studien verglichen und ergänzt. Das zu untersuchende Phänomen kann dadurch ansatzweise verstanden werden.</p> <p>Die Bedeutung für die Pflege wird diskutiert und es werden Empfehlungen an die Praxis ausgesprochen. Die Empfehlungen entsprechen den Ergebnissen der Studie. Offen bleibt, ob</p>

<p>direkt von möglichen Auswirkungen betroffen, dadurch zeigt sich eine Relevanz.</p> <p>Das Ziel der Forschenden ist klar formuliert, auch wenn ziemlich offen gehalten. Die Studie enthält keine Forschungsfragen, sondern nur die Fragen, welche Teil der Datenerhebung sind.</p> <p>In das Thema wurde im nationalen und internationalen Kontext eingeführt, durch die Beschreibung von unterschiedlichen Forschungsergebnissen. Aus diesen wird dann der Forschungsbedarf und die Forschungslücke beschrieben, woraus sich dann das Ziel der Studie ableitet.</p>	<p>ursprüngliche Stichprobe stammt von einer grösseren Studie und die Forschenden haben davon eine gezielte Stichprobe gezogen. Es fehlen jedoch Begründungen der Forschenden zu der Stichprobengrösse und dem Vorgehen (auch aus welchen Gründen, sie die Stichprobe aus einer anderen Studie benutzt haben). Über die Teilnehmenden ist nur sehr wenig bekannt (Job, Arbeitsort). Es bleibt unklar was für einen Rang die Pflegenden haben. Die Teilnehmenden erleben das Phänomen.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung wird nur knapp beschrieben, da die ursprüngliche Stichprobe aus einer anderen Studie stammt. Die Datensättigung wird diskutiert, bei der Datenanalyse (erreicht, als keine Codes mehr definiert werden konnten). Die Selbstbestimmung der Teilnehmenden wird nur insofern diskutiert, dass nicht alle Textfelder der Umfrage ausgefüllt werden mussten.</p> <p>Methodologische Reflexion Es wird kein philosophischer Hintergrund der Forschenden, sowie der Standpunkt der Forschenden beschrieben. Der symbolische Interaktionismus ist passend zum untersuchendem Phänomen.</p> <p>Datenanalyse Das Vorgehen der Datenanalyse wurde klar und nachvollziehbar beschrieben. Die Analyseverfahren sind benannt und referenziert, sowie die einzelnen Schritte erklärt. Analytische Entscheidungen sind nicht dokumentiert worden. An der Datenanalyse waren mehrere Forschende beteiligt (Glaubwürdigkeit).</p> <p>Ethik Es werden keine ethischen Fragen diskutiert durch die Forschenden.</p>	<p>Teilnehmenden und zeigen auch die unterschiedlichen Meinungen/Gedanken der Teilnehmenden auf. Aufgrund der grossen Stichprobe wären allenfalls mehr Resultate zu erwarten gewesen.</p>	<p>diese Empfehlungen genauso in der Praxis umgesetzt werden könnten.</p> <p>Die Forschenden setzen sich mit Limitationen und Interessenkonflikten auseinander.</p>
--	--	---	---

Referenz: Wilson et al. (2019): Nurses' intentions to respond to requests for legal assisted dying: A Q-methodological study

Zusammenfassung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Problembeschreibung Bezugsrahmen Forschungsfragen (Hypothese(n)) Die Studie untersucht die Absichten von Pflegenden, welche auf die Anfrage nach legaler Sterbehilfe reagieren.</p> <p>Pflegende haben oft die engste Beziehung zu Patient*innen und den Familien, spielen sie bei der Entscheidungsfindung am Lebensende eine einzigartige Rolle. Die Gesetzgebung schweigt meist über die Rolle der Pflege bei assistiertem Suizid. Durch zunehmende Legalisierung der Sterbehilfe kommt es zu gehäuften Anfragen und somit zu Herausforderungen für die Pflege. Es wird als unwahrscheinlich gesehen, dass die Absicht bei der Antwort auf die Anfrage nach Sterbehilfe, binär ist. Die Komplexität, welche einem Sterbewunsch zugrunde liegt, legt nahe, auch die Antwort darauf komplex ist.</p> <p>Ziel der Studie ist es ein fundiertes Verständnis der Arten von Absichten, die Pflegende bei der Reaktion auf Bitte nach Sterbehilfe verfolgen, zu entwickeln.</p>	<p>Design Das Design ist die Q-Methodologie, ein Mixed Methods Ansatz. Der Schwerpunkt der Q-Methodologie liegt in der Erfassung der Subjektivität und wie sich diese durch eine Handlung ausdrückt. Es ist ein systematischer Ansatz qualitative Daten (hier die subjektive Absicht) mit den statistischen Verfahren der Faktorenanalyse zu verbinden, um die latente Struktur der Absichten aufzudecken. Begründet wird das Design mit dem Ziel der Studie die subjektiven Absichten von Pflegenden zu untersuchen. Es beinhaltet einen 5 Schritte Prozess: 1) eine Stichprobe von Aussagen erstellen (das Q-Set), die repräsentativ für eine größere Auswahl von Aussagen zu Antworten auf Anfragen nach assistiertem Suizid sind 2) Rekrutierung von Teilnehmenden, um das Q-Set der Aussagen zu sortieren (Rangordnung erstellen), um daraus eine Q-Sort zu erzeugen: 3) Erstellung des Q-Sort durch die Teilnehmenden 4) Faktorenanalyse der Q-Sort 5) Faktorinterpretation Die Abbildung 1 stellt die Suche nach Artikeln dar, aus welchen die Statements gezogen werden. Die gewählten 58 Stellungnahmen wurden durch eine Gruppe von sechs Fachberatern überprüft. Mit ihrer Expertise wurde das Q-Set mit 49 Antwortmöglichkeiten gebildet.</p> <p>Stichprobe Es wurde eine willkürliche, zielgerichtete Stichprobe von 45 Pflegenden gezogen. Die Rekrutierung erfolgte via der professionelle Pflegeverbände in Australien. Einschlusskriterien waren, dass die Pflegenden seit mindestens einem Jahr registrierte Pflegenden sein und in einem «End-of-life Care» Bereich (Onkologie, Intensivpflege, Palliative Care oder andere Domänen im «End of Life»-Bereich) arbeiten mussten.</p> <p>Datenerhebung Die qualitativen sowie quantitativen Daten wurden während 2 Wochen (15-30 November 2018) in einer einmaligen webbasierten Anwendung, welche spezialisiert auf die Q-Methodologie ist, anonym erhoben. Die Teilnehmenden mussten sich das folgend beschriebene Szenario vorstellen und die Antwortaussagen lesen;</p>	<p>Als Ergebnis werden die anhand der quantitativ und qualitativ erhobenen Daten gebildeten vier Arten/Faktoren, wie Pflegende auf die Anfrage nach legaler Sterbehilfe antworten und welche Absicht sie damit verfolgen, festgehalten.</p> <ol style="list-style-type: none"> Weiterleiten/ Unterstützen Einwenden / Ablenken Engagieren / Erkunden Bedürfnisse einschätzen / Information bereitstellen <p>Die Absichten werden von den Forschenden begründet, mit Darlegung von Bewertung der Aussagen vereinzelt mit den Begründungen der Teilnehmenden. Die Ergebnisse sind ergänzend zum Text auch mittels Tabellen dargestellt.</p> <p>a) Weiterleiten/ Unterstützen: Die einzelnen Aussagen dieses Faktors, sind in Tabelle 2 dargestellt. Die elf Pflegenden, welche diesen Faktor zugeteilt worden sind, versuchen durch Ermutigung sicherzustellen, dass weitere Personen involviert (ärztliches Personal) sowie der fragenden Person das Gefühl zu vermitteln, sie unabhängig ihrer Entscheidung zu unterstützen.</p> <p>b). Einwenden / Ablenken: Diesem Faktor wurden drei Teilnehmende zugeteilt, die Antworten sind in Tabelle 3 einzusehen. Die Absicht ist es ihren Widerstand und Ablehnung gegen die Aufforderung bei der Sterbehilfe zum Ausdruck zu bringen. Sie würden den Patient*innen die Information vorenthalten, dass Sterbehilfe rechtlich möglich ist und mit ihren Antworten die Aufmerksamkeit auf die Palliation lenken. Es ist der einzige Faktor der einen wertenden Ansatz aufzeigt.</p> <p>c) Engagieren/ Erkunden: Acht Teilnehmende wurden diesem Faktor zugewiesen, wobei ihre Antworten in der Tabelle 4 dargestellt sind. Die hier verfolgte Absicht fokussiert sich auf die Förderung eines</p>	<p>Das Ziel der Studie (Absichten von Pflegenden bei der Reaktion auf die Anfrage nach legaler Sterbehilfe zu untersuchen) erreichten die Forschenden. Sie identifizierten vier Faktoren, welche unterschiedliche Absichten aufzeigen. Die signifikanten Ergebnisse zeigen auf, dass es deutliche Unterschiede bei den verfolgten Absichten gibt und wie Pflegenden ihre Rolle wahrnehmen wollen.</p> <p>Die vier Faktoren werden den definierten Rollen der "End of Life Care (EOL Care)" gegenübergestellt, wobei Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt werden, dies wird in Abbildung 3 dargestellt. Es zeigt sich, dass bei der Anfrage auf Sterbehilfe mehr ein Patient*innenfokus vorliegt als bei der "EOL Care", wo der Fokus auf Patient*innen, Familie und Arzt oder Ärztin ist. Dies deckt sich mit Ergebnissen einer Forschung, welche sich mit der Anfrage auf Sterbehilfe bei Ärzt*innen auseinandersetzte. Eine Vergleichbarkeit zwischen dem "Einwenden/Ablenken kann nicht gefunden werden.</p> <p>Das Weiterleiten/Unterstützen erreicht nicht vollständig das "advocate" in der EOL Care. Auch vorhandenen Leitlinien von Orten, wo Sterbehilfe legal ist, weisen deutliche Unterschiede auf. In einem genannten Beispiel, leiten Pflegende die Anfrage ans Team weiter und ein Prozess der Informationsvermittlung, Beratung und Unterstützung wird in Gang gesetzt. Die Problemstellung wird beleuchtet, indem der Wert einer professionellen Anleitung für Pflegende hervorgehoben wird, um der Pflege einen Rahmen zu schaffen. Die Studie zeigt, Pflegende haben eine Absicht und wollen sich zu Wort melden. Für die Berufsverbände könnte das bedeuten ihre</p>

	<p>Sterbehilfe ist legal an ihrem Tätigkeitsort. Ein*e Patient*in mit unheilbarer Krankheit, dessen Tod aus Patient*innensicht absehbar ist, bittet sie um Unterstützung beim Zugang zu Sterbehilfe.</p> <p>In einem zweistufigen Sortierverfahren beurteilen die Teilnehmenden die Aussagen, welche das Q- Sort darstellen. Zuerst wurde sollten die Aussagen nach «würde ich sagen», «würde ich nicht sagen» oder «nicht sicher» sortiert und anschliessend auf einer 7Punkte-Skala mit den Polen «würde» bis «würde nicht» eingeschätzt werden (= quantitative Daten). Zudem sollten die Aussagen an einem Polende durch die Teilnehmenden schriftlich begründet werden (= qualitative Daten).</p> <p>Datenanalyse</p> <p>Der quantitative Studienstrang wurde zuerst analysiert und anschliessend fand eine Integration der qualitativen Daten statt. Es erfolgte eine Faktorenanalyse, da dies der primäre statistische Ansatz zur Analyse von Q-Daten ist. Die Analyse erfolgte in einem dreiphasigen Prozess. Mittels der Zentroidfaktorenanalyse wurden Faktoren extrahiert und anschliessend mit der Hilfe der Varimax-Rotation interpretiert. Pro Person wurde eine Korrelationsmatrix erstellt und damit der direkte Vergleich mit dem Q-Sort ermöglicht. Die Faktorenladung stellt die Beziehung zwischen dem Q-Sort der Person und der zugrundeliegenden Perspektive oder Faktor dar. Das Signifikanzniveau wird auf $p = 0.01$ gesetzt. Durch gewichtete Mittelwertbildung (z-Score) wurde die Korrelationsstärke berechnet. Die Grundlage der Interpretation bildete das aus den einzelnen Q-Sort gebildete zusammengesetzte Q-Sort welches auch als "Factor Array" bezeichnet wird.</p> <p>Ziel der Interpretation war es, die Reaktionsabsichten der Pflegenden zu verstehen. Wobei die Forschenden diese Informationen einerseits aus der Sortierung der Faktoren zusammen mit den Aussagen, der Sortierung in den extremen Bereichen und der dementsprechenden stärksten Intention und andererseits aus den Kommentare dazu nahmen. Die statistische Reliabilität wurde bewertet, wenn der Eigenwert grösser als 1.0 war und die zusammengesetzte Reliabilität der endgültigen Faktoren zwischen 0.92 und 0.98 lag, wie in Tabelle 1 dargestellt wird.</p> <p>Die Forschenden erstellten in Zusammenarbeit mit der Beratungsgruppe zusammenfassende Bezeichnungen für jeden Faktor. Aus sieben extrahierten Faktoren erfüllten schlussendlich nur vier Faktoren die Einschlusskriterien (Eigenwert und Signifikanz). Die Konstruktvalidität für jeden Faktor wurde durch den Reliabilitätskoeffizienten (r_c) bestätigt, wobei alle Werte den akzeptablen Mindestwert von 0,7 überstiegen.</p> <p>Ethik</p>	<p>Dialoges, um Wünsche, Prioritäten, Bedenken des Antragstellers zu erkunden. Dabei setzen sich Pflegende mehr die Absicht der Anfrage als mit der Anfrage selbst auseinander. Wobei sie am wenigsten bereit waren ihre persönlichen Ansichten ins Gespräch einzubringen. Es zeigte sich hier die geringste Wahrscheinlichkeit, dass die Anfrage an weitere Gesundheitsfachpersonen weitergeleitet werden würde.</p> <p>d) Bedürfnisse einschätzen/ Information bereithalten</p> <p>Dem in Tabelle 5 dargestellte Faktor wurden acht Teilnehmende zugeteilt. Hierbei wird die Absicht verfolgt, die Anfrage unvoreingenommen zu betrachten, ohne es anzusprechen oder die anfragende Person zu ermutigen. Die Antworten fördern eine Diskussion, zur Ermittlung des Informations- und Unterstützungsbedarfes der Anfragestellenden Person.</p> <p>Insgesamt fassen die Forschenden zusammen, dass die Ergebnisse für jeden Faktor Bedeutungselemente ergeben, welche sich unterscheiden aber teils auch überschneiden. In Tabelle 6 der Studie werden die gefundene Beziehung zwischen Perspektive der Bewertung, Ansatz der Betreuung und Ergebnis für den oder die Antragstellende gezeigt.</p>	<p>"studierte Neutralität" gegebenenfalls aufzugeben, damit die Pflege eine Stimme finden kann.</p> <p>Limitationen:</p> <p>Es werden Stärken und Schwächen der Durchführung in Australien genannt. Eine mögliche Einschränkung ist, dass die Studie vor der Einführung der Sterbehilfegesetzes in Australien durchgeführt worden ist. Somit spiegelt die Studie den Pflegenden ihre bevorzugte Handlung, jedoch aber nicht ihre Kenntnisse über die Sterbehilfe. Technische Einschränkungen werden begründet und diskutiert.</p> <p>Schlussfolgerung / Anwendung & Verwertung in der Berufspraxis</p> <p>Das Verständnis der Einflüsse, welche die Absichten der Pflegenden formen und Pflegende auf die Anfrage reagieren lassen, liefert Anhaltspunkte für das Entwickeln von Leitlinien und realistischer Kommunikationssimulationen für Bildungsmodule. Insgesamt kann dies Pflegenden helfen Antworten zu formulieren welche den Menschen am Lebensende helfen.</p>
--	--	---	---

	Für die Studie wurde eine Genehmigung der Forschungsethikkommission der Universität eingeholt und die Forschung entspricht den Standards der Deklaration von Helsinki. Die Forschenden beschreiben eine möglich Antwortverzerrung aufgrund des ethisch sensiblen Themas. Es wurden entsprechende Massnahmen wie die Anonymisierung und eine Beratung für Teilnehmende, welche sich durch das Ausfüllen in eine Stresssituation geraten könnten.		
--	---	--	--

Würdigung der Studie:

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Studie passt zu unserer Fragestellung da sie sich mit den Absichten bei der Beantwortung der Frage nach assistiertem Suizid beschäftigt. Die geäusserte Bitte nach assistiertem Suizid ist ein wichtiger Teil im Prozess des assistierten Suizides. Die Absichten lassen Schlüsse auf das Erleben der Pflegenden ziehen.</p> <p>Es wird ein theoretischer Bezugsrahmen beschrieben und mit Literatur logisch in das Thema eingeleitet. Das Forschungsziel ist nachvollziehbar dargestellt. Aus der Zielformulierung wird jedoch nicht klar, welcher Anteil qualitativ und welcher quantitativ erarbeitet werden soll. Eine Forschungsfrage oder Hypothese wird nicht beschrieben.</p>	<p>Design Die Wahl für ein Mixed-Methods Design erscheint als sinnvoll und wird begründet. Der qualitative Datenstrang ist ergänzend zum quantitativen. In der Methodik wird nachvollziehbar dargestellt welcher Anteil der Studie quantitativ und welcher qualitativ erforscht wird. Die Auswahl der Q-Methodologie erscheint sehr passend für die Untersuchung von Einstellungen. Die Forschenden begründen die Auswahl des Designs.</p> <p>Stichprobe Die Rekrutierung der Teilnehmenden wird nachvollziehbar beschrieben. Die Stichprobengrösse wird begründet, dass in der Q-Methodologie normalerweise weniger Teilnehmende als Anzahl Aussagen im Q-Set eingeschlossen werden. Daraus leitet sich eine Repräsentativität der Stichprobe ab. Die Einschlusskriterien werden nicht spezifisch begründet erscheinen jedoch als logisch gewählt. Zu Dropouts oder Non-Responders wurden keine Aussagen gemacht. Es wird keine angestrebte Power erwähnt.</p> <p>Datenerhebung Die Datenerhebung wird gründlich beschreiben. Die Erstellung des Q-Set wird verständlich beschrieben, mit einer Abbildung verdeutlicht. sowie durch Fachpersonen geprüft und verbessert. Daraus schliesst sich, alle sinnvollen Variablen (im Q-Set) gewählt zu haben. Das vollständige Q-Set ist jedoch nicht einsehbar in der Studie. Die Ergebnisse des quantitativen Studienstranges bildeten die Grundlage für den qualitativen Strang. Die erhobenen Begründungen (qualitativ) dienen als Unterstützung der Interpretation. Die Wahl der Messinstrumente wird nicht erläutert. Die Forschenden beschreiben die Umfrage bewusst anonymisiert zu haben, um das Potenzial für sozial erwünschte Antwortverzerrungen zu minimieren.</p> <p>Datenanalyse Die Datenanalyse wird schrittweise beschrieben und mit Tabellen ergänzt. Statistische Verfahren werden genannt und</p>	<p>Die Ergebnisse des qualitativen und quantitativen Ansatzes werden gemeinsam dargestellt. Die Tabellen sind eine nützliche Ergänzung zum Text, wobei eine Erklärung der einzelnen Punkte der Tabellen im Text zu finden sind. Die qualitativen Daten werden mit Zitaten verdeutlicht. Die Interpretation ist nachvollziehbar begründet. Das Phänomen wird vollumfänglich beleuchtet und die Ergebnisse decken das Ziel der Studie gesättigt ab.</p>	<p>Das Ziel der Studie wurde erreicht. Die erreichten Ergebnisse werden anhand vorhandener Literatur, Forschung und bestehenden Richt- und Leitlinien für Pflegende diskutiert. Dabei werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede aufgezeigt. Die Forschenden suchen nach alternativen Erklärungen und Begründungen, teils wird dies jedoch knappgehalten.</p> <p>Es werden ausschliesslich die signifikanten Ergebnisse diskutiert. Die Diskussion leistet einen Mehrwert, da sie zum besseren Verstehen der Problemstellung führt und mit den Ergebnissen der Studie übereinstimmt. Die Ergebnisse erscheinen als bedeutsam für das Verstehen der Absichten der Pflegenden zu sein. Damit erweisen sie sich vorwiegend einen Mehrwert für die Politik und Erarbeitung von Richt- und Leitlinien dar. Dies kann anschliessend zu einem Mehrwert für die Berufspraxis führen</p> <p>Limitationen Relevante Limitationen werden beschrieben und begründet.</p> <p>Schlussfolgerungen, Anwendung und Verwertung in der Berufspraxis Die Schlussfolgerung mit den beschriebenen Empfehlungen sind sinnvoll und spiegeln die Ergebnisse der Studie.</p>

	<p>zeigen sich als sinnvoll gewählt. Das gewählte Signifikanzniveau wird begründet. Die Analysemethoden werden teils referenziert. Die Integration der quantitativen und qualitativen Daten wird beschrieben. Die Vertrauenswürdigkeit der qualitativen Daten wird als gewährleistet beschrieben durch die Repräsentativität der gewählten Aussagen im Q-Set.</p> <p>Ethik Mögliche Ethische Themen sowie der Schutz der Teilnehmenden vor Schaden werden diskutiert und entsprechende Massnahmen eingeleitet. Es erfolgte eine Genehmigung der Ethikkommission.</p>		
--	---	--	--

Einverständniserklärung

Betrifft: Bachelorarbeit von Casanova Stefanie und Zehnder Vera im Bachelorstudiengang Pflege an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW. Diese Bachelorarbeit wird in elektronischer Form und als Printversion eingereicht.

Im Rahmen der Bachelorarbeit wird eine Fachdiskussion mit [REDACTED] Pflegefachfrau HF, S. [REDACTED] geführt. Die Expertise von [REDACTED] wird in den Theorie-Praxis-Transfer einfließen. Es findet keine Audioaufnahme und Transkription des Gesprächs statt.

Ich bin damit einverstanden, dass die fachlichen Inhalte des Gesprächs in der Bachelorarbeit angeführt werden. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name in der Bachelorarbeit genannt wird. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Funktion in der Bachelorarbeit genannt wird. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Institution, in der ich tätig bin, in der Bachelorarbeit genannt wird. Ja Nein

Bei einer allfälligen Veröffentlichung der Bachelorarbeit auf der digital-collection der ZHAW sollen alle Daten, die auf meine Person oder die Institution schliessen lassen, geschwärzt werden (Eine auf der digital-collection veröffentlichte Bachelorarbeit kann z.B. über Google oder Google Scholar gefunden werden). Ja Nein

[REDACTED]
Ort, Datum

[REDACTED]
Unterschrift

Einverständniserklärung

Betrifft: Bachelorarbeit von Casanova Stefanie und Zehnder Vera im Bachelorstudiengang Pflege an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW. Diese Bachelorarbeit wird in elektronischer Form und als Printversion eingereicht.

Im Rahmen der Bachelorarbeit wird eine Fachdiskussion mit [REDACTED] Fachfrau HF, [REDACTED] geführt. Die Expertise von [REDACTED] wird in den Theorie-Praxis-Transfer einfließen. Es findet keine Audioaufnahme und Transkription des Gesprächs statt.

Ich bin damit einverstanden, dass die fachlichen Inhalte des Gesprächs Ja Nein in der Bachelorarbeit angeführt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name in der Bachelorarbeit ge- Ja Nein nannt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Funktion in der Bachelorarbeit Ja Nein genannt wird.

Ich bin damit einverstanden, dass die Institution, in der ich tätig bin, in Ja Nein der Bachelorarbeit genannt wird.

Bei einer allfälligen Veröffentlichung der Bachelorarbeit auf der digital- Ja Nein collection der ZHAW sollen alle Daten, die auf meine Person oder die Institution schliessen lassen, geschwärzt werden (Eine auf der digital-collection veröffentlichte Bachelorarbeit kann z.B. über Google oder Google Scholar gefunden werden).

[REDACTED]
Ort, Datum

[REDACTED]
Unterschrift