

# **Beziehungsaufbau?**

**Dafür haben wir echt keine Zeit -**

**Empfehlungen für einen gelungenen  
Beziehungsaufbau zwischen Pflegefachkraft  
und Patientin oder Patient in der Akutsomatik**

Autorin: Stefanie Fischer

Matrikelnummer: [REDACTED]

Autor: Matteo Poretti

Matrikelnummer: [REDACTED]

Departement Gesundheit  
Institut für Pflege

Studienjahr: BA.PF.19

Eingereicht am: 06. Mai 2022

Begleitende Lehrperson: [REDACTED]

**Bachelorarbeit  
Pflege**

## Danksagung

An erster Stelle möchten wir uns herzlich bei unserer Betreuungsperson, Frau [REDACTED], bedanken. Durch ihre herzliche und zugleich konstruktive Beratung hat sie uns angenehm durch unsere Bachelorarbeit geleitet. Ihre fachlichen Anregungen unterstützten uns, sobald wir nicht mehr weiterwussten oder Unklarheiten auftauchten. Mit ihrem offenen Führungsstil wurden wir in unserem Lernprozess für das Erarbeiten einer umfassenden Arbeit bestärkt und unsere Reflexionsfähigkeit angeregt. Vielen Dank!

Ein grosses Dankeschön möchten wir auch an [REDACTED] aussprechen, welcher zu Beginn der Arbeit seine Praxiserfahrungen mit uns geteilt hat und uns so einen Einblick in die Beziehungsarbeit ermöglichte und uns auf wichtige Aspekte aufmerksam machte. Weiter möchten wir uns ebenfalls herzlich für die nützlichen Feedbacks von [REDACTED] und den Austausch mit unseren Freunden im Studium bedanken, durch die wir unsere Arbeit optimieren konnten. Natürlich geht unser Dank auch an unsere liebenswerte Mitstudentin [REDACTED] und an den Korrekturleser [REDACTED], welche diese Arbeit sorgfältig auf Schreibfehler, Stil und Wissenschaftlichkeit überprüft haben und uns somit sicherlich vor einigen Fehlern bewahrt haben.

Zum Schluss möchten wir uns gegenseitig für den geleisteten Aufwand bedanken! Durch die intensive Zeit während des Schreibens der Bachelorarbeit konnte eine bereits gute Freundschaft noch vertieft und gestärkt werden. Wir haben uns stets ergänzt, durch leckeres Essen motiviert und mit viel Freude die Thematik erarbeitet. Es war uns wichtig dranzubleiben und doch die Möglichkeit zu geben, uns von der Arbeit zu distanzieren, um einen nötigen Ausgleich zu finden. Wir sind dankbar, diese wertvolle Erfahrung zusammen gemeistert zu haben!

## **Abstract**

**Hintergrund:** In den Akutspitälern werden aufgrund von Zeit- und Personalmangel die zwischenmenschlichen Kontakte immer kürzer, sodass ein therapeutischer Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und Patientinnen oder Patienten erschwert scheint. Eine vertrauensvolle Beziehung verbessert hingegen die Adhärenz sowie das Behandlungsergebnis der Patientinnen und Patienten. Ein erhöhter Behandlungserfolg reduziert schlussendlich anfallende Gesundheitskosten. Hinweise zur konkreten Ausgestaltung einer Pflegebeziehung in der Akutsomatik lassen sich eher selten finden.

**Fragestellung:** «Welches sind evidenzbasierte Interventionen für einen zeiteffizienten, gelungenen Beziehungsaufbau zwischen erwachsenen Patientinnen oder Patienten und den Pflegefachpersonen in der Akutsomatik?»

**Methode:** Zwischen Juli und Dezember 2021 wurde mit Hilfe definierter Ein- und Ausschlusskriterien eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL Complete und PubMed sowie Google Scholar durchgeführt. Neun Studien wurden ausgewählt und relevante Ergebnisse zusammengefasst, verglichen, diskutiert und anhand einer Synthese kategorisiert.

**Ergebnisse:** Damit Pflegefachpersonen mit den Patientinnen und Patienten trotz Zeitdruck eine Beziehung aufbauen können, sind drei Faktoren von Bedeutung: Emotionales Engagement, Umorientierung der Verantwortlichkeit und patientenzentrierte Kommunikation. Dies erfordert die positive Wertschätzung einer beziehungsorientierten Pflege sowie strukturelle Veränderungen durch Führungskräfte des Gesundheitswesens.

**Schlussfolgerung:** Die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patientin oder Patient kann durch einen bewussten Einsatz von beziehungs- und patientenzentrierten Strategien trotz Zeitdruck im Akutsetting verbessert werden. Dazu wird von allen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten mehr positive Anerkennung und Wertschätzung der therapeutischen Beziehung erfordert.

**Keywords:** nurse-patient relationship, nurse-patient interactions, primary nursing, emotional engagement, patient-centred communication, acute hospital setting, interventions, implications

## **Inhaltsverzeichnis**

1 Einleitung .....	1
1.1 Praxisrelevanz.....	2
1.2 Fragestellung und Zielsetzung .....	3
2 Theoretischer Hintergrund .....	4
2.1 Beziehungsfokussierte Modelle.....	5
2.2 Begriffsdefinitionen.....	7
3 Methodik .....	9
3.1 Systematische Literaturrecherche .....	9
3.2 Instrumente zur kritischen Würdigung .....	12
3.3 Datensammlung und Synthese .....	12
4 Ergebnisse.....	13
4.1 Barker et al. (2016).....	17
4.2 Bridges et al. (2013).....	18
4.3 Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020).....	19
4.4 Moura et al. (2020).....	20
4.5 Naef et al. (2019).....	21
4.6 Riviere et al. (2019).....	22
4.7 Rørtveit et al. (2015).....	23
4.8 Sahlsten et al. (2009) .....	24
4.9 Sharp et al. (2016).....	25
5 Diskussion .....	26
5.1 Kritische Würdigung der Studien.....	26
5.1.1 Kritische Würdigung qualitativer Studien nach Lincoln und Guba (1985, zitiert nach Ris und Preusse-Bleuler, 2015) .....	26
5.1.2 Kritische Würdigung quantitativer Studien nach LoBiondo-Wood und Haber (2005, zitiert nach Ris und Preusse-Bleuler, 2015).....	27

5.1.3 Kritische Würdigung der Reviews durch Gütekriterien des CASPs (Critical Appraisal Skills Programm, 2018).....	28
5.2 Zusammenführung der wichtigsten Ergebnisse.....	29
5.3 Interpretative Synthese .....	31
5.3.1 Emotionales Engagement.....	32
5.3.2 Umorientierung der Verantwortlichkeit.....	33
5.3.3 Patientenzentrierte Kommunikation .....	34
5.3.4 Strukturelle und organisatorische Anforderungen.....	35
5.4 Rückblick zum theoretischen Hintergrund .....	37
5.5 Beantwortung der Fragestellung .....	39
6 Theorie-Praxis-Transfer .....	42
7 Schlussfolgerung .....	45
7.1 Ausblick für die Zukunft .....	45
7.2 Stärken und Limitationen der Forschungsarbeit.....	46
Inhaltsverzeichnis .....	48
Abbildungsverzeichnis .....	52
Tabellenverzeichnis .....	52
Glossar .....	53
Wortzahl.....	53
Eigenständigkeitserklärung.....	54
Anhang .....	55

## 1 Einleitung

Das Universitätsspital Zürich [USZ] (2021) vermerkt in seinem Leitbild, dass es jeden Tag allen Menschen offensteht, da es medizinische Grundversorgung und Spitzenmedizin bieten kann. Anhand eines universitären Wissensvorsprungs können laut dem USZ (2021) verschiedenste Gesundheitsprobleme nach dem Motto «nah am Menschen, hochspezialisiert und auf dem neuesten Stand der Forschung» gelöst werden. Jemandem nahe zu stehen, kann bedeuten, ein enger Vertrauter oder eine enge Vertraute dieser Person zu sein. Auch das Kantonsspital Winterthur [KSW] behauptet nah am Menschen zu sein, indem es auf der Webseite seine Werte durch folgende Devise präsentiert: «Mit Mitgefühl sind wir nahe am Menschen. Wir begegnen Patientinnen, Patienten und Angehörigen so, wie wir uns wünschen, dass Behandelnde uns begegnen» (KSW, o. J.). Diese Leitbilder gelten sowohl im USZ als auch im KSW für das gesamte Personal aus den Gesundheitsberufen der Spitäler, weswegen auch Pflegende diese Werte vertreten müssen. Denn im Jahr 2019 ist etwa jede vierte Person der Schweiz in nahen Kontakt mit Pflegepersonal gekommen, da laut dem Bundesamt für Statistik [BFS] (2021) pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner rund 287 Personen in der Akutpflege hospitalisiert wurden. Dies betrifft sowohl Hospitalisierungen im psychiatrischen Setting als auch in den Akutspitälern. Dabei liegt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beispielsweise im Akutbereich des USZ bei 6.6 Tagen und in der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich [PUK] bei 34.9 Tagen (Bundesamt für Gesundheit [BAG], 2021). Diese Zahlen zeigen auf, wie wenig Zeit dem Personal von Akutspitälern zur Verfügung steht, um Patientinnen und Patienten besser kennenzulernen. Dabei zeigt sich die Pflege, in Anbetracht von Häufigkeit und Dauer der Begegnung, als die Profession mit dem dichtesten Kontakt zu pflegebedürftigen Menschen (Lademann & Büker, 2019).

Pflegende in Akutspitälern sehen oftmals Zeitmangel als ein Hindernis, um gezielt eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patientinnen und Patienten aufbauen und fördern zu können (Baillie, 2004). Deswegen wird der durch die Technologisierung detailliertere Dokumentationsaufwand von Pflegefachpersonen mehrfach kritisiert, bei welchem der Aspekt der Beziehungsgestaltung bisher nicht als Leistung erfasst werden kann. Zusätzlich führen Stress und Personalmangel im Akutbereich aufgrund eingeschränkter finanzieller Mittel dazu, dass die Kontakte zwischen Pflegenden und Patientinnen oder Patienten immer kürzer werden (Watson, 2005). Die Quantität dieser Begegnungen nimmt stetig ab und es fragt sich, ob die Pflegequalität darunter leidet. Wenn diese Entwicklung

Matteo Poretti, Stefanie Fischer

weiter fortschreitet, könnten im Prinzip schon bald Maschinen die Arbeit der Pflegenden übernehmen, womit der Beziehungsaspekt komplett wegfallen würde.

## 1.1 Praxisrelevanz

Dass die pflegerische Beziehung eine hohe Wichtigkeit aufweist und einen wesentlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten haben kann, wird von verschiedenen Fachpersonen unterstützt. So beschreibt beispielsweise Pohlmann (2006), dass durch das Vertrauen zu den Pflegenden sowohl Angst minimiert als auch Sicherheit erhöht und Belastbarkeit der Patientinnen und Patienten gefördert wird. Wenn Patientinnen und Patienten das Vertrauen und die Offenheit haben, ihre individuellen Bedürfnisse sowie persönlichen Belastungen mitzuteilen, wird die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal erleichtert und eine transparente Beziehung kreiert (BAG, 2020). Somit bringen medizinische Behandlungen erfahrungsgemäss bessere Resultate, wenn eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Gesundheitspersonal und der Patientin oder dem Patienten vorliegt (BAG, 2020). Auch laut den Untersuchungen von Pohlmann (2006) kann eine vertrauensvolle Betreuung und Behandlung zu einem besseren Behandlungsergebnis der Betroffenen beitragen und somit anfallende Kosten reduzieren. Wenn das Vertrauen zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient schon da ist, werden Empfehlungen dieser Pflegefachperson, wie beispielweise die Einnahme notwendiger Medikamente und geeignete Interventionen, einfacher angenommen (██████, persönliche Mitteilung, 1. November 2021). Die Bereitschaft der Patientin oder des Patienten, Ratschläge der Pflegefachperson umzusetzen, wird als erhöhte Adhärenz bezeichnet (Schewior-Popp et al., 2017).

In den Praxiserfahrungen der Autorin und des Autors dieser Arbeit wurde festgestellt, welch hohen Stellenwert jegliche Kontakte zwischen Pflegepersonal und Patientinnen oder Patienten haben. Dadurch offenbart sich ein gelungener Beziehungsaufbau als ein Kernthema für die Pflege. Denn diese Begegnungen finden meist in fremden, bedrohlichen oder existenziellen Situationen für die Patientinnen oder Patienten statt und sind durch starke Emotionen wie Ängste, Sorgen, persönliche Herausforderungen aber auch Hoffnung geprägt (Baillie, 2004; Benner, 1994). Ausserdem ist der Aufbau einer nahen, vertrauensvollen Beziehung zwischen Pflegenden und Patientinnen sowie Patienten relevant, da pflegerische Tätigkeiten einen Zugang zu deren Intim- und Privatsphäre erfordern (Bischoff-Wanner, 2001). Vertrauen kann bei solchen Tätigkeiten geschaffen

werden, indem der Patientin oder dem Patienten in ihrem oder seinem persönlichen Lebensbereich durch Zugewandtheit, Aufmerksamkeit und taktilen Berührungen mit Achtsamkeit und Respekt begegnet wird (Moers & Uzarewicz, 2012). Einen solchen Umgang lernen Pflegende in ihrer Ausbildung durch theoretische Ansätze und versuchen diese während ihren praktischen Erfahrungen anzuwenden. Hinweise zur konkreten Ausgestaltung einer vertrauensvollen pflegerischen Beziehung lässt sich eher selten finden (Lademann & Büker, 2019). Es erscheint unklar, wie in so kurzer Zeit eine vertrauensvolle Beziehung im Kontext der Akutsomatik konkret gestaltet werden soll.

Im Leitbild der PUK (o. J.) wird betont, dass bereits beim Erstgespräch viel Gewicht auf den Aufbau einer vertrauensvollen und Sicherheit vermittelnden Beziehung zu den Patientinnen und Patienten gelegt werden soll. Es wird vermerkt, dass Patientinnen und Patienten erst über gewisse Probleme und Lösungsmöglichkeiten sprechen, sobald Vertrauen zur Pflegefachperson besteht (PUK, o. J.). Hingegen wurde bereits in der Einleitung in Bezug auf die Aufenthaltsdauer klar dargestellt, dass es einen deutlichen Unterschied zwischen akutsomatischen und psychiatrischen Einrichtungen gibt und die Ansätze der Psychiatrien somit nicht als Anwendungsmöglichkeit in der Akutsomatik dienen. Dabei ist egal, in welchem Bereich der Akutsomatik gearbeitet wird, früher oder später werden Pflegefachpersonen mit dem Thema *Beziehung* konfrontiert (Niehage, 2007). Eine Beziehung zur Patientin oder zum Patient beginnt bereits bei der ersten Begegnung und wird durch jegliche Interaktionen geformt (Lademann & Büker, 2019).

## **1.2 Fragestellung und Zielsetzung**

Zur Themenwahl beiträgend sind persönliche Erfahrungen der Autorin sowie des Autors mit Patientinnen und Patienten in einem akutsomatischen Setting, in der sich die Gestaltung einer Beziehung unter Zeitdruck als Herausforderung offenbarte. Die Literaturrecherche zur Entstehung von Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient wird sich somit auf alle grösseren Akutspitäler beziehen. Um die Arbeit einzugrenzen, wird auf den Beziehungsaufbau zwischen dem Pflegepersonal und den Angehörigen der Betroffenen in dieser Bachelorarbeit nicht eingegangen. Auch wird das psychiatrische Akutsetting von der Arbeit ausgeschlossen, da dort die Zeitproblematik im Vergleich zur Akutsomatik weniger vorhanden ist. Wichtige Einflussfaktoren der Beziehungsgestaltung und die Auswirkungen von vertrauensvoller Beziehung auf das Behandlungsergebnis der Patientinnen und Patienten werden präsentiert. Damit zielt diese



Bachelorarbeit darauf ab, die Leserinnen und Leser für die Bedeutung einer Pflegebeziehung zu sensibilisieren. Anhand geeigneter Studien werden evidenzbasierte Empfehlungen sowie mögliche Interventionen für die Praxis in Bezug auf einen vertrauenswürdigen Beziehungsaufbau für das Pflegepersonal im Akutsetting formuliert. Die Arbeit beinhaltet diverse theoretische Modelle und mögliche Lösungsansätze, die in Akutspitalern bekannt sind, jedoch kaum implementiert werden. Konzepte wie das Primary Nursing Modell [PNM] und Ansätze wie die gemeinsame Entscheidungsfindung werden hervorgehoben. Das Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier (1988) dient bereits als Vorläufer für die Gewährleistung der Pflegequalität und Patientenbetreuung und wird im Theorieteil kurz erwähnt. Da dieses Modell vergleichbar ist mit dem Interaktionsmodell nach Peplau, wird in dieser Arbeit lediglich auf die Phasen nach Peplau eingegangen. Gesucht werden realistische und anwendbare Interventionen, wie eine therapeutische Beziehung zu stationären Patientinnen und Patienten mit kurzer Aufenthaltsdauer gestaltet werden kann. Die Fragestellung dazu lautet: «Welches sind evidenzbasierte Interventionen für einen zeiteffizienten, gelungenen Beziehungsaufbau zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient in der Akutsomatik?»

## **2 Theoretischer Hintergrund**

Die Beziehungsgestaltung zwischen Pflegenden und Patientinnen oder Patienten, welche erfahrungsgemäss in der Praxis tendenziell unbewusst geschieht, wird seit längerem studiert und analysiert. Mit der Identitätsbildung und Professionalisierung der Pflege im geschichtlichen Wandel entstanden neue soziokulturelle Situationen, welche neuen Forschungsbedarf in der Thematik der Beziehungsgestaltung mit sich bringen (Lademann & Büker, 2019). In den schweizerischen Ausbildungen zur Pflegefachperson wird nach dem Kommunikationswissenschaftler (Rogers, 2018) gelehrt, dass die Beziehung zur Patientin und zum Patienten auf Kongruenz, Empathie und positiver Wertschätzung gründet. Wenn Pflegende anhand dieser drei Verhaltensmerkmale den Patientinnen und Patienten begegnen, nimmt dies laut Rogers (2018) einen positiven Einfluss auf die Beziehungsgestaltung und somit auf den Therapieerfolg.

Die berühmteste Figur, die über das Bewusstsein der Beziehungsgestaltung in der Pflege spricht, ist Hildegard Elisabeth Peplau, eine amerikanische Krankenschwester, Professorin und Pflege-theoretikerin (1909–1999). Hildegard Peplau schlug eine Forschungsmethodik vor, bei der die Entwicklung von Pflege-wissen durch praxisbezogene Theorien geleitet

werden sollte. Denn zu Peplaus Zeit wurde Körper und Geist im Rahmen des Gesundheitswesens als getrennt betrachtet und die Medizin wandte sich allein dem Körper zu, was für Peplau eine Tabuisierung der persönlichen Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient darstellte (H. Peplau, 1988). Sie entwickelte daraufhin die Theorie der interpersonalen Beziehung, ein fundamentales Modell der psychodynamischen Pflege. Peplau (2009) sah im Aufbau einer Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientin oder Patient den wichtigsten Grundstein des pflegerischen Erfolgs. Ihrer Meinung nach sei es den Pflegenden ohne interpersonale Beziehungen nicht möglich, gezielt unterstützend und therapeutisch zu arbeiten.

## 2.1 Beziehungsfokussierte Modelle

In Peplaus Interaktionsmodell wurden vier Phasen der professionellen Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientin oder Patient ausgearbeitet (H. E. Peplau, 2009). Damit eine partnerschaftliche Pflege entsteht, ist nach Peplau (2009) folgendes unerlässlich: Die kontinuierliche Interaktion zwischen Pflegenden und Patientinnen oder Patienten im Prozess des Kennenlernens, die Empathie der Pflegenden sowie die Reflexion deren eigenen Haltung. Was während diesen Interaktionen in den vier Phasen von Peplaus Modell geschieht, wird in Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1**

*Die Phasen der Beziehung zwischen Pflegenden und Betroffenen nach Peplau (1988)*

<b>Orientierung</b>	<b>Identifikation</b>	<b>Nutzung</b>	<b>Ablösung</b>
- Gemeinsames Verständnis über die Situation	- Betroffene identifizieren sich mit Pflegepersonal	- Pflegepersonal versteht Bedürfnisse der Betroffenen und wird persönliche Beraterin oder Berater	- Erstmalige Bedürfnisse der Betroffenen sind vollständig befriedigt
- Pflegepersonal hilft, Probleme zu identifizieren	- Gewinnen Vertrauen durch bedingungslose, pflegerische Fürsorge	- Betroffene sehen den Nutzen in Angeboten	- Betroffene machen Pläne für die Zukunft und setzen neue Ziele
- Sichtweise der Betroffenen bezüglich ihrer Probleme	- Erleben Gefühle aus Kindheit, erfüllen grundlegende Bedürfnisse	- Fühlen sich sicher, mehr Verantwortung zu übernehmen	- Betroffene werden <i>erwachsen</i> durch gesteigerte Übernahme von Verantwortung
- Feststellen des Unterstützungsbedarfs	- Entwickeln reifere Persönlichkeiten und Fähigkeit, Probleme selbst zu lösen	- Entwickeln eigene Strategien im Umgang mit Krankheit	- Identifikation mit dem Pflegepersonal wird aufgelöst

Inspiziert durch Peplau (2009) wurde im Gesundheitswesen der Schweiz zur Sicherung der Pflegequalität der sogenannte *Pflegeprozess* nach Fiechter und Meier (1988) eingeführt. Die sechs aufeinander aufbauenden Schritte des Pflegeprozessmodells nach Fiechter und Meier (1988) weisen Parallelen mit den Phasen des Interaktionsmodells nach Peplau (2009) auf. So kann die Orientierungsphase z. B. mit der Assessment-Erhebung im Pflegeprozess verglichen werden. Die Identifikationsphase mit der Erkennung von Problemen und Ressourcen, die Nutzungsphase mit der Planung und Durchführung und die Ablösungsphase mit der Evaluation im Pflegeprozess. Der Pflegeprozess wird auch als Problemlösungs- und Beziehungsprozess betrachtet, da laut Fiechter und Meier (1988) der Pflegeprozess erst durch die Qualität der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient wirksam wird. Die Beziehungsgestaltung zeichnet sich zudem dadurch aus, dass die Beziehung von den Pflegefachpersonen aktiv, zielgerichtet und reflektiert gesteuert wird (Fiechter & Meier, 1988). Dabei wird Pflege als ein strukturierter Prozess gestaltet, indem Pflegemassnahmen geplant, durchgeführt und auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert werden.

Alle Pflegefachpersonen werden unabhängig von der Tageszeit mit dem Pflegeprozess und den Betroffenen, die sich in unterschiedlichen Phasen der Beziehungsgestaltung befinden, konfrontiert. Bekanntlich wird die hauptverantwortliche Person für den Pflegeprozess einer Patientin oder eines Patienten *Bezugspflege* genannt. Der Ursprung der Bezugspflegeperson findet sich in der Theorie von Manthey (1980), welche in der USA das PNM entwickelte und einführte. Durch das PNM soll Raum für Begegnung, Vertrauen und Beziehungsaufbau geschaffen werden (Manthey, 1980). Während das Konzept der PNM in vielen Akutspitälern der Schweiz bekannt ist, konnte deren Anwendung in diesem Setting von der Autorin und dem Autor dieser Arbeit bisher kaum beobachtet werden.

## 2.2 Begriffsdefinitionen

Eine *pflegerische Beziehung* ist aufgrund der Funktion der Pflegefachperson eine berufliche Beziehung, welche mit der ersten Begegnung zwischen Pflegefachperson und der Person mit Pflegebedarf beginnt (Lademann & Büker, 2019). Im Vergleich zu anderen Beziehungen ist sie durch ihre Kompetenzen, Abhängigkeiten und Rollendefinitionen gekennzeichnet (Strohmer, 2014). Laut Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK, 2008) ist professionelle Pflegebeziehung durch sorgende Zuwendung, Einfühlsamkeit und Anteilnahme geprägt. Die Beziehung soll durch die Pflegefachperson gezielt und bewusst gestaltet werden, indem das beidseitige Erleben und Verarbeiten einer Erkrankung sowie der Umgang mit der Krankheit und den Krankheitsfolgen ausgetauscht wird (S. Wied & A. Warmbrunn, 2012). Eine Pflegebeziehung kann somit laut Wied und Warmbrunn (2012) ein Ausdruck von Verbundenheit oder Distanz zwischen Menschen sein, deren Qualität aufgrund von Austauschprozessen wie Sprache, Gestik, Mimik sowie Berührung geprägt ist. Die pflegerische Beziehung wird oftmals in Zusammenhang mit einer therapeutischen Beziehung gebracht, welche die wechselseitigen Gefühle und Haltungen der beiden und die Art, wie diese ausgedrückt werden, umfasst (Strohmer, 2014). Watson (2005) definiert eine *therapeutische Beziehung* zwischen Pflegenden und Patientin oder Patient als eine helfende Beziehung, die durch Fachwissen und Kompetenz der Pflegenden auf gegenseitigem Vertrauen und Respekt, der Förderung von Glauben und Hoffnung, der Sensibilität für sich sowie für andere und der Unterstützung bei der Befriedigung der körperlichen, emotionalen und spirituellen Bedürfnisse der Patientin oder des Patienten beruht. Die Nurses Association of New Brunswick definiert die therapeutische Pflegebeziehung noch etwas genauer:

The therapeutic nurse-client relationship is a planned, time-limited and goal-directed connection between a registered nurse and a client and his significant others, for the purpose of meeting the client's health care needs. Regardless of the context or length of the interaction, the therapeutic nurse-client relationship protects the patient's dignity, autonomy and privacy and allows for the development of trust and respect. (Nurses Association of New Brunswick, 2015, S. 5)

Auch die *Bezugspflege* wird als Begriff weiter erläutert, da dieses Konzept in den schweizerischen Spitälern als patientenorientiertes Pflegeprinzip angewendet wird. Im

Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung (Schewior-Popp et al., 2017) wird Bezugspflege als die umfassende, individuelle pflegerische Betreuung der Betroffenen bezeichnet, die mittels Bezugspflegepersonen vom Eintritt bis zum Austritt übernommen wird. Während eine feste Bezugspflegeperson das Vertrauen der Patientinnen und Patienten stärkt, sind laut Manthey (1980) alle Bezugspflegepersonen gleichgestellt. Die jeweilige Bezugspflegeperson ist verpflichtet, sich für alle pflegerelevanten Probleme zu engagieren, die notwendigen Schritte zu planen, zu delegieren und einzuleiten. Primary Nursing, im Deutschen auch Primärpflege, gilt als abgesonderte Organisationsform der Bezugspflege. Nach Manthey (1980) dient sie dazu, vom Zeitpunkt des Eintritts bis zum Austritt die Verantwortung für die Versorgung der Betroffenen einer kompetenten Pflegefachperson zu übertragen, indem diese bei Möglichkeit permanent die Pflege der Patientin oder des Patienten übernimmt und auf dessen Bedürfnisse eingehen kann. Es basiert auf einem patientenzentrierten Ansatz und unterstützt die Autonomie sowie die auf Vertrauen basierte Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten (Rigby et al., 2001). Von Bakitas et al. (2011) wird die partizipative Entscheidungsfindung, im Englischen *Shared Decision-Making*, definiert als eine Beziehung zwischen Betroffenen, Familie und einem oder mehreren Personen der Gesundheitsberufe, bei der die zu treffende Entscheidung gemeinsam festgelegt wird. Dabei werden jegliche Optionen besprochen und zusätzlich auf Emotionen, Erlebnisse, Ängste, Werte und Bedürfnisse eingegangen (Bakitas et al., 2011). Welchen Einfluss die partizipative Entscheidungsfindung auf die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient hat, wird im Diskussionsteil weiter erläutert.

Da sich diese Bachelorarbeit nur auf Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient in der *Akutsomatik* bezieht, wird dieser Begriff weiter erläutert. Laut der Gesundheitsdirektion Kanton Zürich (2011) umfasst die Akutsomatik jegliche akutsomatischen Institutionen, in welchen eine stationäre, zeitlich begrenzte Behandlung aufgrund einer akuten körperlichen Erkrankung oder eines Unfalls durchgeführt wird. Die Dauer hängt davon ab, wie lange eine medizinische, therapeutische und pflegerische Behandlung erforderlich ist (Gesundheitsdirektion Kanton Zürich, 2011). Die Akutsomatik grenzt sich von psychiatrischen und rehabilitativen Institutionen ab.

### 3 Methodik

Im folgenden Kapitel werden die Literaturrecherche und die Auswahl der Studien sowie die Instrumente zur kritischen Beurteilung erläutert.

#### 3.1 Systematische Literaturrecherche

Die systematische Literaturrecherche erfolgte in der Zeitspanne von Juli bis Dezember 2021 in den Datenbanken PubMed, CINAHL Complete und Google Scholar. Die Datenbanken stellen evidenzbasierte Literatur zu pflegerischen Inhalten zur Verfügung. Anhand eines *Brainstormings* wurden nützliche Begriffe als Schlagwörter für die Suche definiert. Die Schlagwörter wurden von Deutsch auf Englisch übersetzt. Um mögliche viele Studien einzuschliessen, wurden für gewisse Schlagwörter Trunkierungen eingesetzt. Die englischen Schlagwörter mit der Einsetzung von Trunkierungen wurden untereinander mit booleschen Operatoren (AND, OR, NOT) kombiniert. In Tabelle 2 werden diese Operationalisierungen dargestellt.

**Tabelle 2**

*Keywords-Recherche*

Schlagwörter auf Deutsch	Schlagwörter auf Englisch	Mögliche Trunkierungen
Beziehung Pflegende-Patientin oder Patient	nurse-patient relationship, nurse-patient relations	Relation*, nurs*, patient*
Intervention, Interaktion	interventions, interactions	Intervention*, interaction*
Strategien, Methoden, Anwendungen	strategies, methods, implications	Strateg*, method*, implication*
Pflege	quality of care, nursing care	
Akutspital, Akutsomatik	acute hospital, acute ward	Hospital*, unit*, ward*
Primärpflege	Primary nursing	Primary nurs*

Bei der ersten Literaturrecherche ohne Einschränkung bezüglich Veröffentlichungsjahr, stellte sich heraus, dass sich Forschende bereits im Jahr 1950 mit der Beziehung zwischen Pflegenden und Patientinnen oder Patienten befassten. Das Phänomen *Beziehung* blieb über die Jahre hinweg konstant, lediglich die Rahmenbedingungen änderten sich. Dazu wurden auch Bücher aus den 80er und 90er Jahren gefunden, die sich mit dem Thema Beziehungsaufbau in der Pflege beschäftigten. Besonders im

Einleitungsteil wurde von diesen Büchern Gebrauch gemacht. Nach einem ersten Blick in die aktuelle Studienlage wurde festgestellt, dass zur Thematik Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen oder Patienten genügend Studien aus den letzten 20 Jahren vorhanden sind. Nach der Eingabe der Suchwörter in den verschiedenen Datenbanken wurden jeweils die ersten 30 Ergebnisse gelesen. Wenn der Titel als passend bewertet wurde, wurde das Abstract des Artikels mittels der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Danach wurden die Studien mehrmals durchgelesen und reflektiert. In Tabelle 3 sind die Ein- und Ausschlusskriterien zusammengestellt, die für die Auswahl der Studien benutzt wurden, um sich mit relevanten Themen für die Forschungsfrage dieser Arbeit zu befassen.

**Tabelle 3**

*Ein- und Ausschlusskriterien*

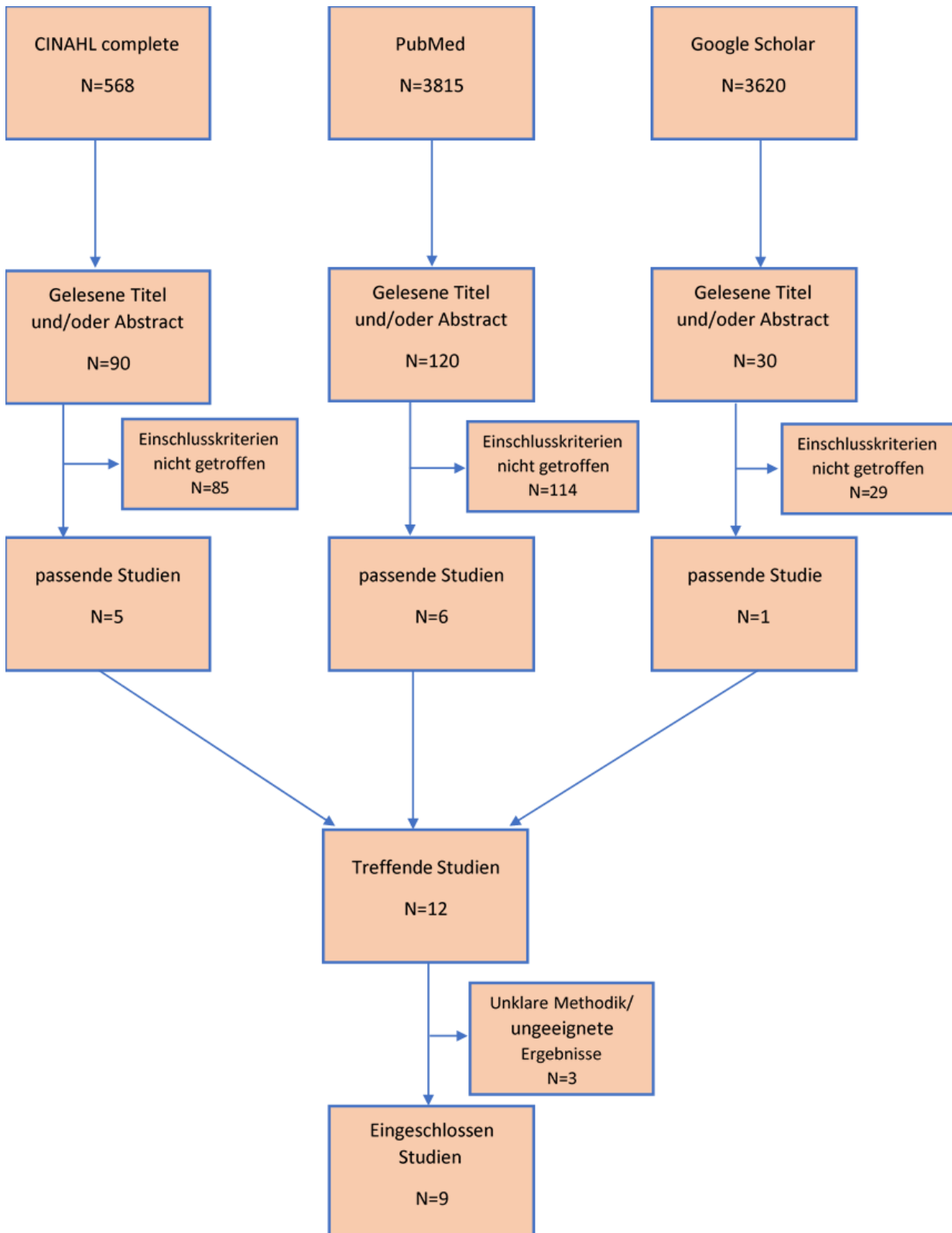
Kategorie	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium	Begründungen
Population	Erwachsene (18–85+)	Junge Personen und betagte demente Betroffene, Kinder	Studie der Beziehung zweier kognitiv gesunden Erwachsenen
Setting	Chirurgische und medizinische Akutspitäler, Notfallstation	Langzeitpflegeinstitutionen, Rehabilitationszentren, Spitex, Akutpsychiatrie	Zur Eingrenzung des untersuchten Rahmens
	Grosse städtische Spitäler	Kleine ländliche Spitäler	Spitäler mit hohem Durchlauf an Patientinnen und Patienten
Phänomen	Beziehungsbeschreibung aus Sicht der Patientinnen und Patienten	Betroffene mit einer spezifischen Krankheit oder Therapiemassnahme	Fokus nicht nur auf eine Erkrankung legen, sondern auf sämtliche Patientensituationen
Land	Industrieländer	Entwicklungsländer, Drittweltländer	Mit der Schweiz vergleichbare Länder

Von insgesamt 210 gelesenen Titeln wurden zwölf Studien miteinbezogen, nachdem sie bezüglich ihrer Zweckmässigkeit für die Untersuchung der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient, den Ein- und Ausschlusskriterien und den möglichen abzuleitenden Empfehlungen beurteilt wurden. Die Autorin und der Autor dieser Arbeit teilten sich die Studien auf und tauschten sich regelmässig darüber aus, was sie von den Studien erfahren haben, um eine Beantwortung der Forschungsfrage zu ermöglichen. Von den zwölf Studien wurden neun Forschungsartikel für die Literaturrecherche verwendet. Drei Studien wurden ausgeschlossen, weil das methodische Vorgehen ungenügend beschrieben war und die Ergebnisse für die

Beantwortung der Fragestellung nicht genutzt werden konnten. Abbildung 1 zeigt den Suchprozess und die Selektion der Literaturrecherche mittels Flowchart auf.

### Abbildung 1

*Suchprozess der Literaturrecherche mittels Flowchart, eigene Darstellung*





### **3.2 Instrumente zur kritischen Würdigung**

Alle inhaltlichen Zusammenfassungen sowie kritischen Würdigungen der neun ausgewählten Studien sind im Anhang B1–B9 zu finden. Um die Studien zusammenzufassen, zu analysieren und zu beurteilen, wurde das Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) verwendet. Mittels dieses Instrumentes wurden die Studien nach dem EMED-Format inhaltlich zusammengefasst und gewürdigt (Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Da für die Beantwortung der Forschungsfrage ein Mixed-Methods Design verwendet wurde, wurden zur kritischen Würdigung der Studien unterschiedliche Raster genutzt. Die Güte orientiert sich für die drei qualitativen Studien nach den vier Kriterien von Lincoln und Guba (1985): Confirmability (Bestätigung), Dependability (Zuverlässigkeit), Credibility (Glaubwürdigkeit), Transferability (Übertragbarkeit). Die drei quantitativen Studien wurden anhand der Kriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) hinsichtlich ihrer Güte überprüft, welche bereits im AICA-Raster enthalten sind (Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Für die drei Reviews wurde das CASP-Format (Critical Appraisal Skills Program, 2018) verwendet, um die kritische Würdigung sowie die Güte der Studien zu beurteilen. Die Fragen wurden von der originalen englischen Version, auf Deutsch übersetzt, um das Verständnis der Lesenden zu garantieren. Die sechste Frage aus dem originalen CASP-Format wurde nicht übernommen, da für die inhaltliche Zusammenfassung bereits das AICA-Raster benutzt worden ist. Zur Beurteilung der Einleitung der Studien stellt das CASP-Instrument keine Fragen zur Verfügung, weshalb dies von der Autorin und dem Autor dieser Arbeit ergänzt wurde. Das Evidenzlevel der gewürdigten Studien wurde anhand der 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) eingeschätzt. Diese Einschätzung ist in der Tabelle 4 in der letzten Spalte zu sehen.

### **3.3 Datensammlung und Synthese**

Die Synthese der Ergebnisse zur Beantwortung der Fragestellung begann mit der wiederholten Lektüre der Studien, um verwendbare Informationen aus den Ergebnissen zu sammeln und zu selektieren. Basierend auf den ausgewählten Informationen wurden Schlüsselkategorien zwischen den einzelnen Studien identifiziert, die als Möglichkeiten für einen gelungenen Beziehungsaufbau sowie dessen Einflüsse präsentiert werden konnten. Die Interpretationen von den Forschenden der neun Studien wurden von der Autorin und dem Autor dieser Arbeit reflektiert, diskutiert und mittels Hervorhebens von Ähnlichkeiten und Unterschieden in neue Kategorien, die für alle Studien gelten, eingeteilt.

## **4 Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die neun Studien zusammengefasst und zur Beantwortung der Fragestellung pflegerelevante Kernpunkte der Studien hervorgehoben. Die Anordnung erfolgt alphabetisch nach Autorinnen und Autoren der eingeschlossenen Studien. In den folgenden Kapiteln werden die Studien zusammengefasst, indem das methodologische Vorgehen der Studien verständlich wird und spezifische Ergebnisse sowie Interpretationen der Forschenden aufgegriffen werden. Eine Übersicht der Studien wird in Tabelle 4 präsentiert.

## Tabelle 4

### Übersichtstabelle eingeschlossener Studien

Nr.	Autorinnen und Autoren, Titel	Forschungsfrage oder Forschungsziele	Studiendesign, Setting und Sample	Evidenzlevel
1	Barker, H. R., Griffiths, P., Mesa-Eguiagaray, I., Pickering, R., & Gould, L. (2016). <i>Quantity and quality of interaction between staff and older patients in UK hospital wards: A descriptive study</i>   Elsevier Enhanced Reader.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Häufigkeit und Dauer von Interaktionen zwischen Personal und Patientinnen oder Patienten ermitteln.</li> <li>2. Charakterisierung der Qualität der Interaktionen zwischen Personal und Patientinnen oder Patienten.</li> <li>3. Zusammenhänge zwischen negativen Interaktionen und Patienten-, Personal-, Interaktionsmerkmalen sowie Merkmalen der Beobachtungssitzung ermitteln.</li> </ol>	Quantitative Studie mit deskriptivem Forschungsdesign. 6 Stationen in England: Medizin für ältere Menschen (n = 4), Urologie (n = 1) und Orthopädie (n = 1). 60 Beobachtungssitzungen an je 2 Stunden in drei Wochen, Ermittlung eines Indexpatienten, Einladung zur Studienteilnahme.	6
2	Bridges, J., Nicholson, C., Maben, J., Pope, C., Flatley, M., Wilkinson, C., Meyer, J., & Tziggili, M. (2013). Capacity for care: Meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 69(4), 760–772.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verstehen, wie Pflegepersonal ihre Beziehungen zu erwachsenen Patientinnen und Patienten in akutstationären Einrichtungen charakterisieren.</li> <li>2. Strategien, die Pflegende anwenden, um Beziehungen zu Patientinnen und Patienten aufzubauen/erhalten.</li> <li>3. Auswirkungen der Pflegebeziehung zu Patientinnen und Patienten auf die Pflegenden zu verstehen.</li> <li>4. Faktoren identifizieren, die die Beziehungen zwischen Pflegende und Patientinnen oder Patienten beeinflussen.</li> </ol>	Review durch Meta-Ethnographie. 16 qualitative Studien (auf Englisch), welche die Beziehung zwischen Pflegefachperson und erwachsenen Patientinnen oder Patienten in stationären Akutkrankenhäusern erforschten. Wichtig war es Aussagen von Pflegenden zu finden, die ihre Erfahrungen zur Pflegebeziehung schildern.	4
3	Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i> , 17(3), 835.	«Wie kann sich die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient auf die Fähigkeit zur autonomen Entscheidungsfindung des Patienten auswirken?» Ziel dieser Studie ist es, die Faktoren zu analysieren, welche Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient bestimmen und die Auswirkungen auf die klinische Praxis, die Qualität der Pflege und die Entscheidungsfähigkeit der Patienten und Patientinnen zu untersuchen.	Phänomenologische qualitative Studie mit Diskursanalyse. 13 semistrukturierte Tiefeninterviews mit dem Pflegepersonal sowie 61'484 deskriptive Pflegeberichte über die klinische Entwicklung von Patientinnen und Patienten aus der Inneren Medizin und Fachabteilungen in einem Allgemeinkrankenhaus in Spanien.	6

4	Moura, E. C. C., Lima, M. B., Peres, A. M., Lopez, V., Batista, M. E. M., & Braga, F. das C. S. A. G. (2020). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. <i>Journal of Nursing Management</i> , 28(8), 2103–2112.	Diese Studie untersucht die Zusammenhänge zwischen der Anwendung des Primary Nursing Modells und verfehlter Pflege. Die Forschenden decken Gründe auf, warum und wann die Pflege an Unterlassungsfehlern scheitert.	Quantitative Studie, die anhand deskriptiver Statistik zwei Auswertungsstufen durchführte. 72 Pflegefachpersonen, 127 Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten, der HU-UFPI Universitätsspital in Brasilien (201 Betten) nahmen an der Studie teil und füllten einen Fragebogen aus.	6
5	Naef, R., Ernst, J., & Petry, H. (2019). Adaption, benefit and quality of care associated with primary nursing in an acute inpatient setting: A cross-sectional descriptive study. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 75(10), 2133–2143.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untersucht den Einsatz von Primary Nursing (PNM) und dessen wahrgenommener Nutzen für eine personenzentrierte, koordinierte Pflege.</li> <li>2. Ermittelt die Qualität von personenzentrierter Pflege und PNM aus der Sicht der Patientinnen und Patienten.</li> <li>3. Einführung und Nutzen von PNM und Vergleich der Qualität einer durch PNM geleiteten Pflege in den klinischen Abteilungen des Krankenhauses.</li> </ol>	Querschnittsstudie. Studienteilnahme: 346 Pflegefachpersonen, Pflegeassistentinnen und -assistenten sowie deutschsprachige Patientinnen und Patienten, die >zwei Tage in einem Akutspital der Schweiz hospitalisiert und fähig waren, kognitiv und physisch einen personalisierten Fragebogen auszufüllen.	6
6	Riviere, M., Dufoort, H., Van Hecke, A., Vandecasteele, T., Beeckman, D., & Verhaeghe, S. (2019). Core elements of the interpersonal care relationship between nurses and older patients without cognitive impairment during their stay at the hospital: A mixed-methods systematic review. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 92, 154–172.	Forschungsergebnisse zu den Elementen der interpersonellen Pflegebeziehung, aus der Perspektive von älteren Patientinnen und Patienten zu untersuchen und zusammenzufassen.	Systematisches mixed-methods Review. 24 Artikel wurden eingeschlossen, in denen Patientinnen und Patienten über 65 Jahre ohne kognitive Beeinträchtigung in Akutspitalern hospitalisiert waren. Fokus der Artikel lag auf der Perspektive von älteren Personen zur interpersonellen Pflegebeziehung zwischen Patientinnen oder Patienten und Pflegefachpersonen.	4

7	Rørtveit, K., Sætre Hansen, B., Leiknes, I., Joa, I., Testad, I., & Severinsson, E. (2015). Patients' Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship—A Systematic Review of Qualitative Studies. <i>Open Journal of Nursing</i> , 05(03), 195–209.	«Wie beschreiben Patientinnen und Patienten die Bedeutung von Vertrauen in der Pflegebeziehung?» Synthese der Literatur über die Bedeutung von Vertrauen in Bezug auf die Beziehung zum Pflegepersonal im Kontext der Patientenerfahrungen.	Systematisches Review von Studien mit qualitativen Forschungsansätzen. 6 Forschende aus Norwegen schlossen 20 qualitative Studien ein, welche die Patientenperspektive von Patienten-Pflegende Beziehung mit Vertrauen als Ergebnis untersuchten.	4
8	Sahlsten M.J.M., Larsson I.E., Sjöström B., & Plos K.A.E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 23(3), 490–497.	Untersuchen Strategien des Pflegepersonals zur Förderung und Optimierung der Patientenbeteiligung in der Pflege und ermitteln die unterstützenden Praktiken der Pflegenden.	Inhaltsanalyse mit qualitativem Ansatz. 16 weibliche Pflegefachpersonen aus drei Spitälern im westlichen Schweden wurden für die Studie gezielt ausgewählt, in drei Fokusgruppen eingeteilt und zur Thematik interviewt.	6
9	Sharp, S., McAllister, M., & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. <i>Contemporary Nurse</i> , 52(2–3), 300–312.	«Wie beschreiben Patientinnen und Patienten in einem Akutspital die ideale Pflege und was sagt uns das über die personenzentrierte Pflege?» Ziel ist es, die Akutpflege aus der Sicht des Pflegebedürftigen zu untersuchen und die Bedeutung dieser Pflege in Bezug auf das Konzept der patientenzentrierten Pflege zu interpretieren.	Qualitative Forschungsmethode mit semistrukturierten Interviews. 10 Bürger (aus Australien) in einem australischen Regionalbezirk, die in letzter Zeit Erfahrungen mit Akutversorgung gemacht haben, welche sie für besonders gut hielten.	6

#### 4.1 Barker et al. (2016)

International wird befürchtet, dass die Interaktionen zwischen Mitarbeitenden, besonders der Pflege, und den Pflegebedürftigen von geringer Häufigkeit und Qualität sind. Es wird belegt, dass die Qualität der Interaktionen zwischen Personal und Patientinnen oder Patienten die Gesamtqualität der Patientenerfahrung beeinflusst, jedoch keine Studien, die sowohl die Qualität als auch die Quantität der Interaktionen in einem akuten Krankenhaussetting untersuchen. Dies wurde von den Forschenden als wichtige Forschungslücke gesehen und untersucht. Anhand eines deskriptiven Forschungsdesigns wurden zwischen März und April 2015 sämtliche Interaktionen zwischen Personal und Patientinnen oder Patienten auf sechs Stationen von Akutspitälern in England beobachtet. Die Qualität der Interaktionen wurde mit einem auf die Studie angepassten Protokoll, dem Quality of Interactions Schedule, gemessen. Mittels vierstufigen logistischen Regressionsmodellen wurden Auswirkungen prädiktiver Variablen (Patienten-, Personal-, Interaktionsmerkmalen sowie Merkmalen der Beobachtungssitzung) auf die Wahrscheinlichkeit untersucht, ob eine Interaktion als negativ bewertet wird. 1554 Interaktionen zwischen Personal und 133 Patientinnen oder Patienten wurden während 120 Stunden aufgezeichnet, nachdem jeweils ein zufällig ausgewählter Indexpatient oder eine Indexpatientin zur Studie eingeladen wurde. Pflegende nahmen den grössten Anteil dieser Interaktionen ein, welche zu 76% positiv bewertet wurden. Die aufgezeichneten Wechselwirkungen wurden zu einem kleinen, signifikanten Anteil negativ bewertet und mit der Art der Pflege, der Anzahl der beteiligten Mitarbeitenden und ob die Interaktion von der Patientin oder vom Patienten herbeigeführt wurde, assoziiert. Die Erregung der Patientin oder des Patienten zu Beginn der Interaktion war mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer negativen Interaktion verbunden. Die Anwesenheit von Besuchern war in dem Modell, bei dem der Inhalt der Interaktion nicht berücksichtigt wurde, mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer negativen Interaktion verbunden. Barker et al. (2016) interpretieren, dass Besucher jedoch bei Interaktionen mit negativer Erfahrung (z. B. der Körperpflege) normalerweise nicht anwesend sind. Kommunikative und persönliche Komponenten zeigten eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine negative Interaktion, obwohl diese für den Aufbau von therapeutischer Beziehung wichtig sind. Dazu schlugen Barker et al. (2016) weitere Forschung mit qualitativem Studiendesign vor. Es wurde erkannt, dass positive und qualitätsreiche Interaktionen auch in kurzer Zeitspanne erreicht werden können. Hingegen zeigte sich, dass je häufiger die Interaktionen waren, desto eher entstand eine negative Interaktion, was weiter untersucht werden soll.

## 4.2 Bridges et al. (2013)

Pflegenden wird heute oft unterstellt, dass es ihnen an Mitgefühl mangelt, besonders in Akuteinrichtungen, in denen der Patientendurchlauf, die Dienstanpassungen und die Personalbesetzung die Kontaktzeit zwischen Personal und den Hospitalisierten reduzieren. Die Meta-Ethnografie von Bridges et al. (2013) trägt dazu bei, ein gemeinsames Verständnis über Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Patientin oder Patient und die Auswirkung von Engagement in therapeutischen Beziehungen auf die Pflegenden selbst zu erlangen. Gezielte Schlagworte sowie Ein- und Ausschlusskriterien wurden genutzt, um in Datenbanken wie CINAHL, Medline, British Nursing Index und PsycINFO nach qualitativen Studien zu suchen, die den Fokus auf Erfahrungswerte und Perspektiven von Pflegenden auf Akutstationen zur Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient legen. 16 Studien wurden in die Synthese aufgenommen und mit dem Würdigungsinstrument CASP als qualitativ hochwertig eingestuft.

Pflegende in den einzelnen Studien charakterisierten ihre Beziehung zur Patientin oder zum Patienten als therapeutisch oder potenziell therapeutisch, wenn sie in der Lage waren, deren Entscheidungsfindung für die Behandlung zu unterstützen, individuelle Pflege anzubieten sowie als Fürsprecher der Patientinnen und Patienten zu fungieren, indem sie unterschiedliche Sichtweisen von ihnen, deren Familie und Pflegepersonal in Einklang brachten. Strategien, wie das Individuum zu kennen, eine Verbindung herzustellen und in die Pflege zu involvieren, wurden genannt. Pflegende hatten oftmals Schwierigkeiten, diese Ziele zu erreichen, was Schuldgefühle und Frustration auslöste. Ein breiterer Qualifikationsmix oder die Eins-zu-eins-Pflege in der Akutpflege könnten dazu beitragen, die Kontaktzeit zwischen Patientinnen oder Patienten und dem Pflegepersonal zu steigern und damit die Betreuung zu verbessern. Eine gute Pflegequalität bieten zu können, wurde mit Gefühlen der persönlichen Bereicherung und des Glücks assoziiert. Ein Mangel *des Daseins* führte dazu, dass Pflegende entschieden, Strategien nicht anzuwenden, die für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung erforderlich waren. Vielmehr entwickelten sie eine distanzierende Arbeitspersönlichkeit, die zu Verlust der Fürsorge und Depersonalisierung von Personen und Situationen führte. Die Fähigkeit der Pflegenden hing stark vom organisatorischen Umfeld ab, weswegen Organisationen der Akutpflege aufgefordert werden, eine Kultur zu schaffen, die die therapeutische Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient sichtbarer wertschätzt und emotionale Aspekte für alle Beteiligten unterstützt. Dafür müssten die Bedingungen, unter

denen Pflegenden arbeiten, verbessert werden, ebenso die Gewährleistung kollegialer Unterstützung oder die Optimierung der Kontaktzeit zwischen Pflegepersonal und Patientinnen oder Patienten.

#### **4.3 Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020)**

In der Einleitung verweisen Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020) auf die Erkenntnis, dass eine gute Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patientin oder Patient die Pflegequalität, Autonomie und Zufriedenheit beider Seiten verbessert. Auch wenn die Patientenbeteiligung steigt, wird die gute Beziehung weiterhin durch die unterwürfige Rolle der Patientin oder des Patienten bestimmt. Die Autorin und der Autor identifizierten eine Forschungslücke in Bezug auf die Faktoren, welche die Beziehung zwischen Pflegepersonal und Patientin oder Patient bestimmen. Auch die Auswirkungen davon auf die klinische Praxis, die Pflegequalität und die Entscheidungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten werden in der Studie untersucht. Mittels phänomenologischem Forschungsansatz wurden 13 semistrukturierte Tiefeninterviews durchgeführt und 61'484 kurze Einträge aus der Pflegedokumentation eines Allgemeinkrankenhauses diskursiv analysiert. Die Interpretation der Transkripte erfolgte auf der Grundlage der poststrukturalistischen Theorie von Foucault (1978). Aus den Dokumentationseinträgen wurden drei Codes aus der Pflegeperspektive definiert: der gute Patient, der schlechte Patient und das soziale Problem. Der gute Patient arbeitete mit dem Pflegepersonal zusammen, hielt sich an deren Anweisungen, brachte Gefühle und Bedenken dezent zum Ausdruck, zeigte sich bei der Hygiene, Mahlzeit und Ausscheidung selbständig und traf kaum Entscheidungen über seine Pflege. Der schlechte Patient war anspruchsvoll, widersetzte sich pflegerischen Anforderungen und zeigte sich neurologisch unruhig. Die Arbeitsbelastung der Pflegenden stieg an, was zu Spannungen zwischen den beiden führte und die Vorliebe für passive Patientinnen oder Patienten verstärkte. Patientinnen und Patienten wurden als soziales Problem bezeichnet, wenn eine körperliche Einschränkung bestand oder ein schwieriger sozio-familiärer Hintergrund. Dies löste bei dem Pflegepersonal eine bevormundende Haltung aus. Die nachfolgenden Interviews betätigten gewisse Interpretationen und fassten die Beziehungsmuster zwischen Pflegenden und Patientinnen oder Patienten in neue Kategorien zusammen. Empathie, Pflegequalität, Beratung sowie die Patientenbeteiligung an der Pflege entschieden über die Entwicklung einer guten Beziehung. Das Pflegepersonal möchte der Patientin oder dem Patienten nützen, nimmt damit eine beschützende Rolle ein und erschwert die



Entscheidungsfähigkeit der Patientin oder des Patienten. Mit den neuen Erkenntnissen kann die Beziehung zwischen den Mitgliedern des Gesundheitsteams und der Patientin oder dem Patienten gefördert werden, indem deren Entscheidungsfähigkeit respektiert wird. Dadurch können angespannte Situationen und Konflikte verhindert werden. Der grossen Informationsquelle dieser Studie zufolge sollte das Ausbildungsmodell der Pflegenden mehr auf ein patientenzentriertes Modell ausgerichtet werden.

#### **4.4 Moura et al. (2020)**

Verantwortliche des Gesundheitswesens propagieren Patientensicherheit, ohne die Gründe zu beachten, wann und warum eine umfassende Patientenversorgung vernachlässigt oder verzögert wird. Unterlassungsfehler sind in der Pflege bekannt und sollten behoben werden. In dieser Studie werden Gründe für die mangelnden Pflegeleistungen untersucht und Zusammenhänge zur Anwendung des PNM aufgedeckt. Das Setting dieser prädiktiven Korrelationsstudie befindet sich in einem Universitätsspital in Brasilien. Das MISSCARE-Brazil, ein von 96 Pflegefachpersonen sowie Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten ausgefüllter Fragebogen, wertet vier und sieben Monate danach die Implementation des PNMs aus. Die Gründe für mangelnde Pflegeleistungen sind in fünf Dimensionen aufgeteilt: Arbeitsressourcen, materielle Ressourcen, Kommunikation, ethische Dimension und Management. Nach vier Monaten Implementation von PNM wurden sechs Interventionen des Fragebogens mit über 40% als mangelnden Pflegeleistungen beurteilt. Nach sieben Monaten wurde die Häufigkeit von 22 mangelnden Pflegeleistungen reduziert. Als wichtigster Grund galten dafür die materiellen Ressourcen (90.6%), gefolgt von Arbeitsressourcen (89.6%) und der Dimension Kommunikation (77.1%). Ferner entdeckten die Forschenden, dass eine Korrelation zwischen mangelnden Pflegeleistungen und dem Bildungsniveau der Pflegenden besteht. Dies wird von den Forschenden so erklärt, dass Delegationsarbeit zu Kompetenzkonflikten führen kann. Wenn Pflegefachpersonen beispielsweise eine Intervention an Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten abgeben, anstatt sie selbst auszuführen, wird diese mit hoher Wahrscheinlichkeit vernachlässigt ausgeführt. Ein positiver Aspekt der Messwiederholungen war, dass nach den ersten Ergebnissen des Fragebogens gezielte Anpassungen auf den Abteilungen vorgenommen werden konnten, um die häufigste Ursache für mangelnde Pflegeleistungen zu reduzieren. Ein Vergleich der Umsetzung des PNMs nach vier und sieben Monaten zeigte, dass Primary Nursing ein leistungsfähiges Modell zur Verringerung der mangelnden Pflegeleistungen und zur Ermittlung der damit

verbundenen Ursachen ist. Es zeigte sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Wirksamkeit der Verringerung der unterlassenen Pflege, dem Pflegemanagement und der Effizienz bei der Organisation und Verwaltung der ganzheitlichen Pflege.

#### **4.5 Naef et al. (2019)**

Das Gesundheitswesen strebt danach, positive Behandlungsergebnisse der Patientinnen und Patienten zu fördern sowie Spitalkosten und Aufenthaltsdauer zu reduzieren. Durch das PNM konnte laut vorherigen Studien das Pflegeverständnis gegenüber Patientinnen und Patienten, verbesserte Kommunikation, vermehrte Informationslieferung und positivere Gesamterfahrungen garantiert werden. Evidenzbasierte Ergebnisse über das PNM sind jedoch umstritten und die Anwendung zeigt sich derzeit in der Akutversorgung noch sehr unstrukturiert. Naef et al. (2019) zielen in ihrer Querschnittsstudie darauf ab, den wahrgenommenen Nutzen von PNM für eine koordinierte und personenzentrierte Pflege zu untersuchen sowie dessen Qualität aus der Sicht der Patientinnen und Patienten zu ermitteln und letztendlich die Ergebnisse in sieben verschiedenen Akutstationen eines Krankenhauses zu vergleichen. Die Studie wurde in einem Universitätsspital im deutschsprachigen Teil der Schweiz durchgeführt, indem mit Hilfe der Stationsleitungen 381 Pflegenden sowie 369 stationäre Patientinnen und Patienten animiert wurden, einen selbstentwickelten Fragebogen auszufüllen. Diese neun Punkte Skala, auch *Primary Nursing Scale* genannt, beinhaltet drei Kernpunkte: Verantwortung in der Beziehung, Kontinuität und Koordination der Pflege sowie personenzentrierte Pflege. Ein strukturierter Extraktionsbogen wurde verwendet, um die Implementierung von PNM in der Patientenversorgung zu bewerten. Für das zweite Forschungsziel wurde die *Oncology Patients' Perceptions of Quality of Nursing Care Scale* (OPPQNCS) eingesetzt, da sie die Definition von personenzentrierter Pflege bestmöglich erfasst.

Die Pflege wurde von den Patientinnen und Patienten als individualisiert, aufmerksam und kompetent wahrgenommen. PNM wurde zusätzlich als beziehungsfördernd bezeichnet, indem es die personenzentrierte Pflege fördert und die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden steigert. 60.8% der Pflegenden empfanden eine hauptverantwortliche Person für die Planung und Koordinierung der Patientenversorgung als entlastend, hingegen konnte die Primary Nurse nur bei 26.1% der Patientinnen und Patienten die gesamte Pflegeplanung vervollständigen. Eine ungenügende Implementation des PNM wurde aus den Daten von Patientinnen oder Patienten und dem Pflegepersonal bestätigt, was in

Zusammenhang mit einer mangelhaften Kontinuität und komplexen Koordination der Pflege in der Akutsomatik gebracht wurde. Fördernde sowie hindernde Faktoren dazu sollen laut Naef et al. (2019) weiter erforscht werden. Zwischen den verschiedenen Stationen wurde die Anwendung von PNM und dessen Nutzen signifikant anders wahrgenommen. Besonders Intensivpflegende sahen den Nutzen aufgrund von Zeitdruck weniger, womit auf solchen Akutstationen eine Umgestaltung des PNM angebracht wäre. Eine genaue Umgestaltung können die Forschenden nicht angeben, jedoch soll damit trotz kurzer Aufenthaltsdauer eine beziehungsbasierte und personenzentrierte Pflege ermöglicht werden.

#### **4.6 Riviere et al. (2019)**

In der Einleitung wird darauf hingewiesen, dass Pflegende mehrheitlich den Fokus auf die physische Pflege von Betroffenen legen und psychosoziale Aspekte umgehen. Eine erhöhte Nachfrage an Hospitalisationen bei älteren Patienten erfordert jedoch eine ganzheitliche und spezifische Pflege, wie es in den Ansätzen der interpersonellen Pflegebeziehung konzeptualisiert wird. Da unklar bleibt, was dieses Konzept umfasst, beschäftigten sich Riviere et al. (2019) mit den Elementen der interpersonellen Pflegebeziehung aus der Perspektive von älteren Patientinnen und Patienten und fassten dies anhand eines systematischen mixed-methods Reviews zusammen. Von 7'596 Artikeln aus diversen Datenbanken wurden 24 qualitative als auch quantitative Studien in das Review eingeschlossen. Die methodologische Qualität wurde mittels CASP und MMAT analysiert, die Ergebnisse der Studien wurden strukturiert und thematisch codiert. Grundwerte der interpersonellen Pflegebeziehung wie Würde und Respekt sind laut älteren Patientinnen und Patienten abhängig von Kernelementen wie dem Verhalten und den Einstellungen der Pflegenden, der personenzentrierten Pflege, ihrer eigenen Partizipation an der Pflege, der Kommunikation sowie von situativen Faktoren. Die Elemente wurden in drei Kategorien unterteilt und mit Interpretationen der Forschenden ergänzt. Im Zusammenhang mit dem Pflegepersonal wurde ein Kommunikationsmangel festgestellt, welcher möglicherweise durch Stress und Leistungsdruck entstehe. Riviere et al. (2019) verweisen dabei auf Peplaus Theorie, welche die Bedeutung von Kommunikation für eine positive Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient deutlich unterstreicht. In Bezug auf ältere Patientinnen und Patienten als zweite Kategorie könnte deren mangelnde Bereitschaft Schwächen zuzugeben daran liegen, dass sie das Pflegepersonal sensibler wahrnehmen. Um das zu verhindern, könnte das

Pflegepersonal bereits beim Assessment die Patientin oder den Patienten anleiten, Bedürfnisse effektiv mitzuteilen. Die dritte Kategorie beschreibt den situativen Kontext, in welchem Zeitdruck, Arbeitsbelastung und knappes Personal als Erklärung für eine ungenügende interpersonelle Pflegebeziehung stehen. Das Pflegepersonal wurde von Leitungspositionen weder ermutigt noch unterstützt, eine zwischenmenschliche Pflegebeziehung zu gestalten.

#### **4.7 Rørtveit et al. (2015)**

Ziel dieses systematischen Reviews war es, mit einem qualitativen Forschungsansatz die Bedeutung von Vertrauen im Kontext der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient zu ergründen. In medizinischen Datenbanken suchten die Forschenden, sechs Pflegende aus Norwegen, Studien zur Patientenperspektive von Vertrauen im Spitalsetting. Von den 954 gelesenen Abstracts wurden 20 Studien mit Fokus auf die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient in die Synthese eingeschlossen und mittels CASP auf das methodologische Qualitätsniveau geprüft. Vier Kategorien und acht Unterkategorien wurden thematisch zusammengefasst. In der ersten Kategorie richten Rørtveit et al. (2015) die Aufmerksamkeit auf die Einstellung von Vertrauen, die als grundlegend und existentiell beurteilt wird. Vertrauen werde gefördert, wenn das Pflegepersonal die Bereitschaft und das Interesse zeigen, sich auf einer persönlichen Ebene einzulassen und zugleich kompetent, praktisch und zuversichtlich handeln. Darüber hinaus kann Vertrauen gefördert werden, wenn das Pflegepersonal Verständnis für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten zeigt, fürsorglich handelt, eine ganzheitliche Pflege gewährleistet und als Fürsprecherin oder Fürsprecher agiert. In der zweiten Kategorie zeigten Erfahrungen, dass Vertrauen durch Empowerment als auch das Gefühl von Sicherheit, Akzeptanz und Fürsorge geschaffen wird. In der dritten Kategorie wurde festgestellt, dass für eine therapeutische Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient Qualitäten wie sich Zeit zu nehmen, Empathie zu zeigen und die Offenheit zu haben, Erfahrungen sowie Emotionen zu teilen, wichtig sind. Die Forschenden weisen auf frühere Literatur hin, in der Vertrauen als Grundlage der Beziehung zwischen dem Gesundheitspersonal und den Patientinnen und Patienten herausgearbeitet wurde. In der vierten Kategorie werden situative Faktoren erläutert, mit welchen Vertrauen aufgebaut werden kann, dazu gehören Rollen, Kompetenzen oder die organisatorische Ebene. Es wird betont, dass die Entwicklung von Vertrauen vom Verhalten einzelner Pflegepersonen abhängt und ob sie den Patientinnen

und Patienten das Gefühl geben, aktiv am Pflegeprozess beteiligt zu sein. Die Erfahrungen der Patientinnen und Patienten in Bezug auf Vertrauen hängen vom Wissen und Engagement des Pflegepersonals ab. Leitende des Gesundheitswesens, Stationsleitungen sowie Ausbildungsverantwortliche sollten sicherstellen, dass Pflegende ein Grundwissen über den Aufbau von vertrauensvoller Beziehung zu Patientinnen und Patienten entwickeln können.

#### **4.8 Sahlsten et al. (2009)**

Die aktive Beteiligung der Patientinnen und Patienten an ihrer Behandlung erhöht ihre Motivation, ihre Zufriedenheit und führt zu besseren Behandlungsergebnissen. Patientenbeteiligung wird als ein dynamischer Interaktionsprozess beschrieben, der sich aufgrund der Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient stetig verändert. Eine gute Beziehung wird durch Intimität, Kontinuität und Kommunikation geprägt und spielt eine zentrale Rolle, um die Patientenbeteiligung zu verbessern. Die Studie untersucht mittels qualitativen Ansatzes Strategien des Pflegepersonals zur Förderung und Optimierung der Patientenbeteiligung in die eigene Pflege. 16 Pflegefachpersonen wurden in drei Fokusgruppen eingeteilt und für eine halbe Stunde interviewt. Mittels Inhaltsanalyse wurden die Ergebnisse in drei Kategorien und zehn Unterkategorien aufgeteilt (siehe Anhang B8). Pflegefachpersonen sollten für eine enge Zusammenarbeit mit den Patienten und Patientinnen sorgen, basierend auf Glauben, Anerkennung, Vertrauen, Ehrlichkeit und Offenheit. Um die Betroffenen kennenzulernen, stellen Pflegende bestenfalls offene Fragen, geben dem Antworten Zeit und konzentrieren sich auf das Zuhören. Patientinnen und Patienten sollten aktiv in die Pflege miteinbezogen werden, indem Pflegende mutig die Kontrolle abgeben und sie zur Selbstpflegefähigkeit animieren. Dadurch wird eine positive Einstellung der Pflegenden vermittelt, was das Selbstvertrauen der Pflegebedürftigen stärkt. Die Empfehlungen der Forschenden zielen auf die Emanzipation des Patientenpotenzials ab. Reflexionsfähigkeit und Selbsterkenntnis können gefördert werden, indem auf das Wissen, die Werte, die Motivation und die Ziele der Patientinnen und Patienten eingegangen wird. Pflegende werden dazu aufgefordert, ein Machtgleichgewicht zwischen Pflegepersonal und Patientinnen oder Patienten herzustellen und ein emotional sicheres Umfeld durch patientenzentrierte Kommunikation zu bieten. Dies erfordert eine Veränderung des Verhaltens der Pflegenden, indem sie die Fähigkeit lernen, Macht und Kontrolle zu teilen.

#### 4.9 Sharp et al. (2016)

Patientenzentrierte Pflege (PZP) wird von Forschenden als Pflege definiert, die auf individuelle Bedürfnisse eingeht, anpassungsfähig ist und auf dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung beruht. In der Akutversorgung steht das Personal vor Herausforderungen, bei denen sich patientenzentrierte Lösungsansätze nur schwer in die Praxis umsetzen lassen. Hier besteht die Gefahr, dass sich die organisatorischen Prioritäten von der Patientenorientierung zur Arbeitseffizienz verschieben. Für diese Studie wurden halbstrukturierte Interviews geführt, in denen zehn ehemalige Patientinnen und Patienten eines australischen regionalen Gesundheitsdienstes zu ihren Erfahrungen befragt wurden. Sie mussten beschreiben, was sie als beispielhafte Pflege betrachten. Für die Teilnehmenden dieser Studie wurde die Bereitstellung von körperlicher Pflege und emotionalem Trost zum äusseren Ausdruck einer mitfühlenden PZP. Die wichtigste Erkenntnis der Studie war, dass PZP zu persönlichen, emotionalen und spirituellen Reaktionen führt. Diese wurden als Katalysatoren für die Selbstbestimmung und Beteiligung der Patientinnen und Patienten und für eine positive Sicht der Genesung beschrieben. Ohne PZP neigten Patientinnen und Patienten dazu, zu passiven Empfängern von Pflege zu werden. Eine Mischung aus klinischem Fachwissen und mitfühlender Pflege zeigte sich als erforderlich, um eine optimale PZP zu gewährleisten. Die Ergebnisse der Studie liessen sich in vier Schlüsselemente unterteilen: mitfühlende Pflege, therapeutische Beziehung, gute Alltagspflege und Übergang von Problemen zu Lösungen. Die PZP beruht auf echtem Interesse, der Leidenschaft und der Freundlichkeit der Betreuenden. In der therapeutischen Beziehung wird durch eine echte Verbindung zwischen Pflegepersonal und Patientin oder Patient die Individualität und das therapeutische Potenzial anerkannt und ausgeschöpft. Dazu sollten sich Pflegenden authentisch zeigen und sich nicht hinter einer beruflichen Schutzmauer verstecken. Diese gemeinsame Menschlichkeit vermittelt ein Gefühl der Vertrautheit und ermöglicht die PZP. Die therapeutische Beziehung scheint komplex, denn sie erfordert sowohl im sozialen als auch im beruflichen Kontext genug Einfühlungsvermögen, aber keine Sentimentalität. Die therapeutische Beziehung ist ein Abwägen zwischen Nähe und Distanz. Die Patientinnen und Patienten haben ein grundlegendes Bedürfnis nach Verbundenheit und Respekt, wie sie selbst erklären, wenn sie über eine emotionale Verbindung zwischen ihnen und dem *fürsorglichen* Pflegepersonal sprechen. Die Bedeutung von PZP und der emotionalen Arbeit für das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten muss anerkannt und gewürdigt werden.

## **5 Diskussion**

Dieses Kapitel widmet sich zunächst der kritischen Würdigung der inkludierten Studien und der Einschätzung ihrer Güte, bevor kurz und präzise die wichtigsten Kernelemente der erarbeiteten Studien zusammengefasst und zur Beantwortung der Forschungsfrage dieser Arbeit kategorisiert werden. In einem weiteren Schritt werden die Ergebnisse mit den in der Einleitung beschriebenen Modellen in Verbindung gebracht und durch die Sichtweisen der Autorin und des Autors erläutert. Zuletzt wird unter Berücksichtigung der Limitationen versucht, die Fragestellung «Welches sind evidenzbasierte Interventionen für einen zeiteffizienten, gelungenen Beziehungsaufbau zwischen erwachsenen Patientinnen oder Patienten und den Pflegefachpersonen in der Akutsomatik?» zu beantworten. Es werden Interventionen und Empfehlungen zur konkreten Ausgestaltung einer vertrauensvollen Pflegebeziehung trotz täglichem Zeitdruck und Personalmangel formuliert.

### **5.1 Kritische Würdigung der Studien**

Wie in Tabelle 4 aufgeführt, wird die Evidenz bei allen drei qualitativen sowie den drei quantitativen Studien dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009) zugeordnet. Sie entsprechen jeweils primär datenbasierten Studien und wurden in einem Journal veröffentlicht. Die drei Reviews wurden aufgrund ihrer systematischen Synthese von qualitativ hochwertigen Studien auf dem drittuntersten Level nach DiCenso et al. (2009) eingestuft. Zusammenfassungen zur kritischen Würdigung der Güte der Studien werden in den nachstehenden Unterkapiteln präsentiert. Sie orientieren sich je nach Forschungsdesign an den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985, zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015), LoBiondo-Wood und Haber (2005, zitiert nach Ris & Preusse-Bleuler, 2015) oder wurden anhand der Leitfragen des CASP-Instruments analysiert (Critical Appraisal Skills Programm, 2018). Ausführliche Analysen zur kritischen Würdigung und Beurteilung der Güte der Studien sind im Anhang B dargestellt.

#### ***5.1.1 Kritische Würdigung qualitativer Studien nach Lincoln und Guba (1985, zitiert nach Ris und Preusse-Bleuler, 2015)***

Im kommenden Abschnitt werden die Studien von Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020), Sahlsten et al. (2009) und Sharp (2015) diskutiert und miteinander verglichen. Die Durchführung der Studien von Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020) und Sharp et al. (2016) wurden jeweils von einer Ethikkommission für klinische Forschung bestätigt. Die Umsetzung der Studie von Sahlsten et al. (2009) musste nicht formal genehmigt werden.

Während die Beschreibung der Datenerhebung bei Sharp et al. (2016) eher gering ausfiel, da die Stichprobenziehung kaum überschaubar ist, wurden in den Studien von Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020) sowie Sahlsten et al. (2009) der Prozess der Datenerhebung ausführlich dokumentiert und durch eine Triangulation überprüft. Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020) nutzten dazu ein Feldtagebuch und arrangierten nebst einer digitalen Aufzeichnung die Anwesenheit eines Beobachters während der Interviews. Die Datenanalysen aller Studien sind nachvollziehbar beschrieben, Interviewaufzeichnungen wurden bei allen Studien mehrmals angehört, transkribiert und mittels Reflexionsnotizen zusammengefasst. Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020) sowie Sharp et al. (2016) gaben für die thematische Analyse entsprechende Referenzierungen an. Sahlsten et al. (2009) weisen darauf hin, dass für die Analyse kein Co-Assessor genutzt wurde, hingegen wurde das endgültige Kategoriensystem und die direkten Zitate zusätzlich von zwei nicht involvierten Forschenden überprüft. Die Zuverlässigkeit aller drei Studien konnte dadurch gefördert werden, indem Ähnlichkeit, Variabilität und Konsistenz von den Forschenden geprüft und die gefundenen Schlüsselthemen innerhalb der jeweiligen Studien in Kategorien zusammengefasst wurden. Für die Sicherstellung der Glaubwürdigkeit wurden in allen drei Studien die Kategorien und deren Unterkategorien von den Forschern mittels Member-Checking diskutiert. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Sharp et al. (2016) ist fraglich, da es in Bezug auf Stichprobe und Ergebnisse an Reichhaltigkeit fehlt. Zudem wurden keine Tabellen zur vereinfachten Darstellung der Daten verwendet. Die Studie wurde dennoch in diese Bachelorarbeit miteinbezogen, da die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient im Hinblick auf die Fähigkeit zur Patientenbeteiligung untersucht wurde. Sahlsten et al. (2009) beschrieben und reflektierten in ihrer Diskussion ebenso die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient in Bezug auf die gemeinsame Entscheidungsfindung für die Praxis und konnten dadurch eine gute Übertragbarkeit erreichen. Diese konnte in der Studie von Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020) dadurch gewährleistet werden, dass die Ergebnisse durch Beschreibungen, Interpretationen und Diskussionen schlüssig präsentiert wurden.

### ***5.1.2 Kritische Würdigung quantitativer Studien nach LoBiondo-Wood und Haber (2005, zitiert nach Ris und Preusse-Bleuler, 2015)***

Im folgenden Abschnitt werden die quantitativen Studien von Barker et al. (2016), Moura et al. (2020) und Naef et al. (2019) kritisch gewürdigt und verglichen.



Barker et al. (2016) und Moura et al. (2020) wendeten standardisierte Messinstrumente an und überprüften diese auf Objektivität, Validität und Reliabilität. Dadurch ist die Objektivität und die Reliabilität der Studien garantiert. Hingegen wurden in der Studie von Naef et al. (2019) eigene Fragebögen entwickelt und übersetzt, um sie für die Datensammlung zu verwenden. Diese Messinstrumente wurden zuvor nicht auf ihre Validität und Reliabilität geprüft. Trotzdem konnten die Forschenden die Objektivität der Arbeit gewährleisten, da auf mögliche Einflüsse des Forschungsteams geachtet wurde. Für das OPPQNCS sowie das PNMs, die in der Studie von Naef et al. (2019) benutzt worden sind, konnte eine hohe Reliabilität aufgezeigt werden. Die Anwendung dieser Messinstrumente durch die Studierenden, die die Daten von Patientinnen und Patienten erhoben haben, wurde nicht geprüft. Alle drei Studien weisen eine hohe Validität auf, da der Forschungsansatz sinnvoll für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählt worden ist und die erhobenen Daten angemessen in Bezug auf das Skalenniveau behandelt worden sind. Die Studien von Moura et al. (2020) und Naef et al. (2019) analysieren den Beziehungsaspekt zwischen Pflegefachpersonen und Patienten oder Patientinnen nur gering. Nichtsdestotrotz wurden die zwei Studien eingeschlossen, da sie sich mit Fakten bezüglich der Implementation des PNMs auseinandersetzten, eine qualitative Perspektive des Phänomens einbrachten und relevante Daten für die Beantwortung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit lieferten.

### ***5.1.3 Kritische Würdigung der Reviews durch Gütekriterien des CASPs (Critical Appraisal Skills Programm, 2018)***

In diesem Abschnitt geht es um die kritische Auseinandersetzung der drei Reviews von Bridges et al. (2013), Riviere et al. (2019) und Rørtveit et al. (2015).

Die Forschenden der drei Reviews versuchten ihre Ziele und Forschungsfragen mit interpretativen Ansätzen von sozialen und theoretischen Kontexten der ausgewählten Studien zu erreichen. Bridges et al. (2013) und Rørtveit et al. (2015) suchten lediglich nach qualitativen Studien, um das Erleben von Patienten sowie Pflegenden zu ergründen. Im Gegensatz dazu verwendeten Riviere et al. (2019) qualitative, quantitative sowie mixed-methods Studien, welche den Fokus auf die Patientenperspektive zur interpersonellen Pflegebeziehung legten. Die Ergebnisse der gefundenen Studien in den drei Reviews können als gültig bezeichnet werden, da mittels geeigneten Ein- und Ausschlusskriterien in passenden Datenbanken nach hochwertigen Studien zur Beantwortung ihrer Ziele gesucht wurde. Das methodische Vorgehen wurde in allen drei Reviews genau beschrieben und die Relevanz der eingeschlossenen Studien

nachvollziehbar begründet. Zur Sicherung der Qualität der qualitativen Studien nutzten die Forschenden der drei Reviews das Würdigungsinstrument CASP. Riviere et al. (2019) wendeten zusätzlich für die kritische Würdigung und Beurteilung der Güte der weiteren inkludierten Studien das *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies* und das *Mixed Methods Appraisal Tool* an. Während Bridges et al. (2013) durch den Einbezug eines Expertenteams von Aktionsforschenden und nach genauer Datenanalyse ihre Studien als qualitativ hochwertig einstufen, gingen Rørtveit et al. (2015) differenziert auf Schwächen und Stärken ihrer Studien ein. Die Ergebnisse aller Reviews wurden sinnvoll kombiniert und kategorisiert, indem für den Vergleich der Ergebnisse Schlüsselkategorien anhand von Interpretationen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede erstellt wurden.

## **5.2 Zusammenführung der wichtigsten Ergebnisse**

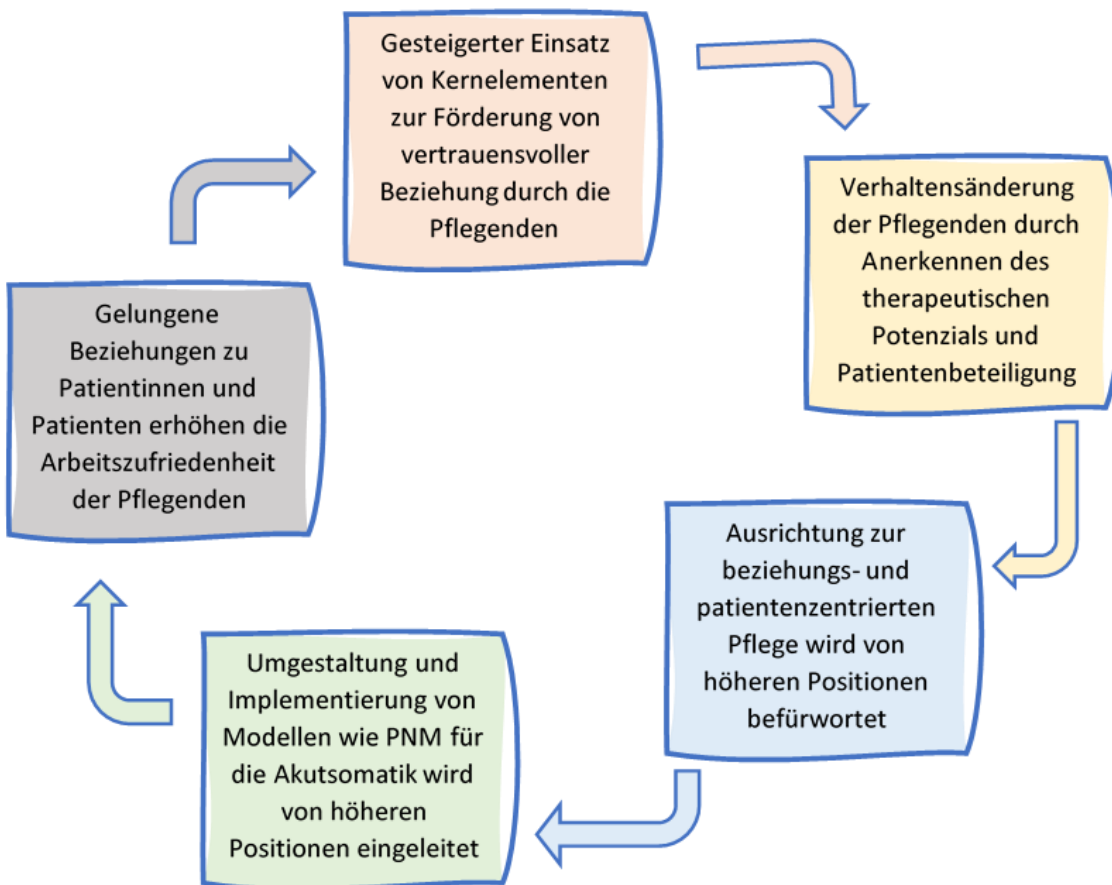
Die Hauptaussagen der neun Studien werden kurz und präzise zusammengefasst, damit die Kategorisierung der nachfolgenden Synthese verständlicher wird. Abbildung 2 veranschaulicht diese Zusammenführung und die Wirkungen der einzelnen Elemente. Es wird deutlich, dass sich die einzelnen Elemente durch die Handlungen der am Prozess Beteiligten Akteurinnen und Akteuren gegenseitig beeinflussen.

Rørtveit et al. (2015) führen wichtige Kernelemente für Pflegende auf, um eine vertrauensvolle Beziehung zu fördern: Offenheit, Interesse und Gesprächsbereitschaft, professionelle Kompetenz, gemeinsame Entscheidungsfindung, Selbstbefähigung, Fürsorge, Vertraulichkeit sowie die Fähigkeit aller Beteiligten, sich auf eine persönliche Ebene einzulassen. Aus der Sicht von Sahlsten et al. (2009) sollten Pflegende ein Machtgleichgewicht zwischen ihnen und Patientinnen oder Patienten herstellen und mittels verbaler und nonverbaler Kommunikation ein emotional sicheres Umfeld bieten. Dies erfordert eine Veränderung des Verhaltens der Pflegenden, indem sie die Fähigkeit entwickeln, Macht und Kontrolle zu teilen und die Emanzipation des Patientenpotenzials zu fördern. Auch Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020) kommen zum Ergebnis, dass mittels Beziehungsaufbau die Autonomie gefördert wird. Den Ergebnissen ihrer Studie zufolge, sollte das Ausbildungsmodell der Pflegenden mehr auf patientenzentrierte Pflege ausgerichtet werden (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020; Sharp et al., 2016). Auch Riviere et al. (2019) befürworten patientenzentrierte Modelle, wie die interpersonelle Pflegebeziehung und heben hervor, dass diese von Leitungspositionen der Akutspitäler und Ausbildungsverantwortlichen mehr unterstützt werden sollten. Dabei ist zu betonen,

dass diese Modelle keine zeitaufwändigen Implikationen darstellen (Riviere et al., 2019). Laut Barker et al. (2016) hat die Dauer der Interaktion keinen Zusammenhang mit deren Qualität, was aufzeigt, dass auch positive Interaktionen in kurzer Zeitspanne erreicht werden können. Dies wird auch in der Studie von (Sharp et al., 2016) bestätigt, indem Teilnehmende der Meinung waren, dass durch eine gelungene patientenzentrierte Pflege ein schneller Aufbau einer therapeutischen Beziehung möglich sei. Patientenzentrierte Pflege konnte jedoch laut Sharp et al. (2016) nicht verwirklicht werden, ohne zunächst das therapeutische Potenzial der beziehungsorientierten Pflege anzuerkennen. Bridges et al. (2013) betonen in ihrer Studie, dass die Fähigkeit der Pflegenden und ihr Engagement in therapeutische Beziehungen zu den Patientinnen und Patienten zu investieren, stark vom organisatorischen Umfeld abhängt. Führungskräfte der Akutpflege sollten eine allgemeine Kultur schaffen, welche die therapeutische Beziehung sichtbarer wertschätzt und die Vorteile von emotionalen Aspekten für alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Parteien unterstützt (Bridges et al., 2013). Eine gestärkte Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient verbessert zugleich die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachpersonen, weshalb Naef et al. (2019) die Implementation des PNMs vorschlagen, welches die personenzentrierte Pflege befürwortet. Hingegen sollte eine Umgestaltung des Konzepts in Betracht gezogen werden, da die Implementation aufgrund mangelhafter Kontinuität und komplexer Koordination der Pflege in der Akutsomatik schwierig umzusetzen ist (Naef et al., 2019). In der Studie von Moura et al. (2020) geht der Einsatz von PNM mit einer Reduktion von fehlender Pflegeleistung und einer Verbesserung des Pflegemanagements einher.

## Abbildung 2

Darstellung der Zusammenführung der Ergebnisse, eigene Darstellung



### 5.3 Interpretative Synthese

Die Synthese der Ergebnisse wird anhand der Einschätzung der Autorin und des Autors dieser Arbeit, nach der Wichtigkeit der Schlüsselkomponenten aufgegliedert. Bei der Erarbeitung der Hauptkategorien werden bestimmte Informationen zentraler Bedeutung beigemessen und andere als marginal eingestuft. Es wird versucht, eine logische Anordnung der interpretierten Kategorien zu erstellen.

Durch alle neun Studien hinweg sind emotionale Aspekte am häufigsten aufgetreten, weshalb die Thematik *Emotionales Engagement der Pflegenden* als erstes Unterkapitel beschrieben wird. Das Thema Emotionen wird auch von der Autorin und dem Autor als grundlegender Baustein der Pflegebeziehung mit Patientinnen und Patienten definiert. Als weiteres Kernelement wird die notwendige *Umorientierung der pflegerischen Verantwortlichkeit* identifiziert. Es wurde in diversen Studien erwähnt, wie durch das

Verständnis zur Pflegerolle eine therapeutische sowie professionelle Beziehung aufgebaut oder gestärkt werden kann, was ein Umdenken der Pflegenden erfordert. Im dritten Unterkapitel wird auf die Wichtigkeit einer präzisen und *patientenzentrierten Kommunikation* eingegangen. Diese Thematik wurde ebenfalls in fünf der ausgewählten Studien diskutiert und ist als Kernelement zur Beziehungsgestaltung herausgestochen. Zuletzt wird ein Unterkapitel erfasst, welches eine *Veränderung auf institutioneller Ebene* darstellt und sich mit einem Appell an die Ausbildungs- und Führungskräfte des Gesundheitswesens richtet. Da sich auch diverse Personen aus der Pflege in solchen Positionen befinden, wird als Intervention der persönliche Einsatz für organisatorische Veränderungen gefordert. Ausserdem werden sie von dem Autor und der Autorin deshalb als wichtig eingeschätzt, da durch einen Umschwung in diesen Bereichen, die Umsetzung der vorangehenden Interventionen begünstigt wird.

### **5.3.1 Emotionales Engagement**

Emotionale Aspekte haben sowohl für Patientinnen und Patienten als auch Pflegende einen wichtigen Einfluss. Pflegende möchten eine gute Pflegequalität bieten, da dies von ihnen mit Gefühlen der Befriedigung, der persönlichen Bereicherung und des Glücks assoziiert wird. Wenn sie jedoch nicht in der Lage sind, ihre Erwartungen zu erfüllen, erleben sie Schuldgefühle, Bedauern und Frustration (Bridges et al., 2013). Um eine gelungene Pflegequalität zu ermöglichen, wurden Modelle wie das *Primary Nursing* entwickelt. Das Pflegepersonal berichtet über positive Auswirkungen von PNM auf die Qualität der Pflege, insbesondere auf die Kontinuität der Pflege, den Beziehungsaufbau, den emotionalen Support und auf die Arbeitszufriedenheit (Moura et al., 2020; Naef et al., 2019). Wenn das therapeutische Potenzial des emotionalen Engagements von allen Beteiligten erkannt und gewürdigt wird, kann das Wohlbefinden durch die patientenzentrierte Pflege gesteigert werden (Sharp et al., 2016). Sie ist die Quelle des Vertrauens, solange Pflegende dazu fähig sind, auf individuelle Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten einzugehen. Dies erfordert von den Pflegenden echtes Interesse, Leidenschaft und Freundlichkeit, um die Betroffenen als Person ganzheitlich wahrzunehmen (Sharp et al., 2016). Kleine und unaufgeforderte Handlungen im Alltag basieren auf Vertrauen und Ehrlichkeit. So wirken sich beispielsweise anerkennende und ermutigende Worte oder affektive Berührungen positiv auf die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient aus (Riviere et al., 2019; Rørtveit et al., 2015; Sahlsten et al., 2009; Sharp et al., 2016). Gefühle der Sicherheit, Verlässlichkeit und

Zugehörigkeit werden durch Fürsorge und Empathie der Pflegenden hervorgerufen (Riviere et al., 2019; Rørtveit et al., 2015; Sharp et al., 2016).

Patientinnen und Patienten benötigen die Sicherheit, dass ihre Bedürfnisse berücksichtigt und verstanden werden. Dies wird dadurch erreicht, wenn sie von den Pflegenden Respekt und positive Aufmerksamkeit erhalten und in ihrer Meinung und Erfahrungen gehört und ernst genommen werden (Rørtveit et al., 2015; Sahlsten et al., 2009).

Patientinnen und Patienten erleben Pflegende als aufmerksam und emotional präsent, sobald sie sich Zeit nehmen und Unterstützung anbieten (Riviere et al., 2019). Durch emotionales Engagement der Pflegenden beteiligen sich Patientinnen und Patienten mehr an ihrer Behandlung und entwickeln das Selbstvertrauen, dass ihre Genesung wichtig ist und auch möglich sein kann (Sharp et al., 2016).

### **5.3.2 Umorientierung der Verantwortlichkeit**

Sobald mit Menschen gearbeitet wird, sind insbesondere in der Pflege soziale Kompetenzen elementar, da die Kontakte intim und privat sind. Deshalb ist es unabdingbar, dass Pflegefachpersonen ihrer eigenen Rolle und sozialen Verantwortung bewusst sind. Eine therapeutische Beziehungsgestaltung wirkt komplex, da sie sowohl sozial als auch beruflich Mitleid, Nähe und gleichzeitig Distanz und das Zurückhalten von Sentimentalität erfordert (Sharp et al., 2016). Das Pflegepersonal muss trotz des grossen Bedarfs an emotionaler Pflege professionell und reliabel bleiben, die Privatsphäre der Patientin und des Patienten bewahren und eine sichere Umgebung schaffen (Riviere et al., 2019). Pflegende sollten ihren Arbeitsalltag auf eine ganzheitliche und individuelle Pflege umorientieren. Dadurch wird die aufgabenzentrierte Pflege vermieden, welche laut den Studien die Unzufriedenheit der Patientinnen, Patienten und Pflegefachpersonen begünstigt (Naef et al., 2019; Sharp et al., 2016). Auch kurze Interaktionen können bereits das Erleben der Patientinnen und Patienten negativ oder positiv beeinflussen. Dabei soll beachtet werden, dass bei Interaktionen mit mehreren Mitarbeitenden der Fokus weiterhin bei der Patientin und dem Patienten und deren Partizipation liegen sollte (Barker et al., 2016). Modelle wie Primary Nursing können angewendet werden, um diese personenzentrierte Pflege zu gewährleisten (Naef et al., 2019). Das Fördern der Autonomie, Selbstpflegefähigkeit und Patientenpartizipation durch Abgabe von Verantwortung sollten das tägliche Handeln der Pflegenden begleiten (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020; Rørtveit et al., 2015). Durch ein Machtgleichgewicht können Hoffnung, Vertrauen und Teilnahme der Patienten gesteigert werden, was anschliessend

deren Selbstbefähigung begünstigt (Rørtveit et al., 2015; Sahlsten et al., 2009). Das Patientenpotenzial kann gefördert werden, indem auf deren Wissen, Motivation, Ziele und Werte eingegangen wird und Pflegende die Reflexionsfähigkeit und Selbsterkenntnis unterstützen (Sahlsten et al., 2009). Diese Unterstützung kann so veranschaulicht werden, dass sich Pflegende Zeit nehmen, um als Fürsprecher für die Patientin oder den Patienten zu agieren und unterschiedliche Sichtweisen von ihnen, deren Angehörigen und Führungskräften in Einklang zu bringen (Bridges et al., 2013; Riviere et al., 2019).

Oft wird ein aufgabenzentrierter Arbeitsmodus als Schutzmechanismus gegen emotionalen Stress eingesetzt. Es erweckt den Anschein, als ob sich Pflegefachpersonen mehr auf ihre Tätigkeiten fokussiert als auf ihren Patienten. Von ihnen wird erwartet, dass sie pflegerische Tätigkeiten in gegebener Zeitspanne erledigen und dabei die Kontrolle über die gelieferte Pflege haben. Dazwischen bleibt wenig oder keine Zeit, sich mit der Kommunikation mit den Patienten auseinander zu setzen (Riviere et al., 2019). Eine Abflachung der Leistungs- und Aufgabenorientierung würde dem Kommunikationsmangel entgegenwirken und somit die Pflegequalität verbessern (Riviere et al., 2019).

### **5.3.3 Patientenzentrierte Kommunikation**

Ein akuter Spitalaufenthalt kann für Patientinnen und Patienten ein Auslöser für Angst und Ungewissheit sein und stellt eine Bedrohung der Identität durch neue Diagnosen dar (Sharp et al., 2016). Durch klare und lösungsorientierte Informationen der Pflegefachperson verspürt die Patientin oder der Patient ein Gefühl von Hoffnung und Bewältigungsfähigkeit (Sharp et al., 2016). Wichtige Aspekte in der Kommunikation mit Patientinnen und Patienten sind dabei, dass Pflegefachpersonen darauf achten, offen zu kommunizieren, zuzuhören, echtes Interesse zu zeigen und patientenfokussierte Gespräche zu führen (Riviere et al., 2019; Rørtveit et al., 2015; Sahlsten et al., 2009; Sharp et al., 2016). Die Patientin oder den Patienten kennenzulernen, ist die Grundlage für einen therapeutischen Beziehungsaufbau (Sharp et al., 2016). Hierzu ist anzumerken, dass sich durch kommunikative Aspekte oftmals eine negative Interaktion entwickelt, obwohl diese für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung wichtig sind (Barker et al., 2016). Dies unterstreicht die Wichtigkeit, dass Pflegende ein sicheres Umfeld für die Patientin und den Patienten schaffen sollten, indem sie achtsam und patientenzentriert kommunizieren (Riviere et al., 2019; Sahlsten et al., 2009). Gesprächsbereitschaft seitens der Pflege und Verständnis zu zeigen, werden als vertrauensfördernde Faktoren

identifiziert (Rørtveit et al., 2015). Aufgabenorientierte Pflege hingegen wird als ein hindernder Faktor einer guten Kommunikationsführung angesehen (Riviere et al., 2019). Durch aufgabeorientierte Kommunikation fallen empathische sowie humanistische Komponenten weg, was zu einer Distanzierung der Pflegefachperson von den Patientinnen und Patienten führt (Riviere et al., 2019).

#### **5.3.4 Strukturelle und organisatorische Anforderungen**

Da ein zeiteffizienter Beziehungsaufbau im Akutsetting erstmals eine Veränderung im Management durch die Spitalleitung erfordert, werden in den kommenden Abschnitten gezielte Anforderungen an Personen des Gesundheitswesens zusammengestellt.

##### *1) Führungskräfte des Gesundheitswesens*

Entscheidungstragende in der Akutpflege sollten eine Spitalkultur schaffen, welche die zwischenmenschliche und therapeutische Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient und das Einbringen von emotionalen Aspekten in die Pflege befürwortet (Bridges et al., 2013; Riviere et al., 2019). Es ist die Aufgabe der Führungskräfte, die Arbeitsbedingungen der Pflegenden so zu verbessern, dass die Kontaktzeit zwischen Pflegepersonal und Patientinnen und Patienten optimiert wird, damit vermehrt in einen zufriedenstellenden, zwischenmenschlichen Beziehungsaufbau investiert wird (Bridges et al., 2013; Riviere et al., 2019). Ein möglicher Beitrag wäre, den Pflegealltag neu zu organisieren, da gewisse routinierte Bedingungen an das Pflegepersonal zu einer hohen Arbeitsüberlastung führen (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020; Riviere et al., 2019). Eine weitere Möglichkeit für die Gewährleistung einer beziehungsbasierten und personenzentrierten Pflege wäre, das PNM so umzugestalten und einzuführen, dass es in einem Akutsetting eingesetzt werden kann (Moura et al., 2020; Naef et al., 2019). Das Konzept sollte weiterhin die Qualität der personenzentrierten Pflege begünstigen und zusätzlich die Kollaboration, die Kommunikation, das Management und die Koordination innerhalb des Gesundheitspersonals verbessern (Moura et al., 2020; Naef et al., 2019).

##### *2) Stationsleitende*

Pflegende in der zwischenmenschlichen Beziehungsarbeit zu unterstützen, gilt auch für die Stationsleitung. Gewisse Faktoren, wie die Stationskultur, die Art der Führung und die Teamfähigkeit, können die Qualität der Interaktionen zwischen Pflegepersonal und



Patientinnen und Patienten beeinflussen (Barker et al., 2016; Naef et al., 2019). Arbeitspläne könnten so organisiert werden, dass der Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und Patientin oder Patient gefördert wird, indem Bezugspersonen die Verantwortung für einen vollständigen Pflegeprozess eines Individuums übernehmen (Naef et al., 2019). Dazu müsste die Koordination in der Akutversorgung optimiert werden, da die Pflegequalität oftmals damit in Verbindung gesetzt wird, dass zu wenig Zeit für die Patientin oder den Patienten zur Verfügung steht (Barker et al., 2016; Bridges et al., 2013; Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020; Naef et al., 2019). Aufgrund des Zeitdrucks entwickeln Pflegende eine Arbeitspersönlichkeit, die das Zurückziehen aus der therapeutischen Beziehung beinhaltet und sowohl zu Depersonalisierung der Pflege als auch zur Verminderung der Fürsorge führen kann (Bridges et al., 2013). Dieser Selbstschutz des Pflegepersonals soll von der Stationsleitung identifiziert und angesprochen werden, sodass gemeinsam nach Lösungen gesucht werden kann. Stationsführende können vermerken, dass auch trotz kurzer Interaktionsdauer eine beziehungsorientierte Pflegequalität gewährleistet werden kann, solange eine positive innere Haltung der Pflegenden zur Beziehung zu Patientinnen und Patienten vorhanden ist (Barker et al., 2016; Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020).

### *3) Ausbildungsbeteiligte*

Empfehlungen dieser Bachelorarbeit können in Ausbildungsinstitutionen implementiert werden, um angehende Pflegefachpersonen den Nutzen der Beziehungsaspekte zu vermitteln und für die Praxis zu sensibilisieren. So werden therapeutische Beziehungen nicht nur von den Patientinnen und Patienten geschätzt, sondern haben auch eine positive, emotionale Wirkung auf Pflegefachpersonen (Bridges et al., 2013). Die Ergebnisse sollten Anstoss dazu geben, das Ausbildungsmodell von Studierenden mehr auf patientenzentrierte Pflege auszurichten (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Studierende können dadurch bereits von Anfang an eine patientenzentrierte Haltung und positive Einstellung zur Beziehungsarbeit aufbauen. Es muss betont werden, dass solche beziehungsorientierte Implikationen nicht neuen Ideen oder Aufgaben entsprechen, sondern grundlegende Bausteine der Pflege von Menschen mit geringem Zeitaufwand darstellen (Riviere et al., 2019).

## 5.4 Rückblick zum theoretischen Hintergrund

In den zuvor beschriebenen Ergebnissen und der daraus folgenden Synthese lassen sich für eine gelungene Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient Merkmale des Interaktionsmodells nach Peplau, Aspekte nach Rogers sowie Ansätze des PNM's verknüpfen. Diese können weiterhin als Vorläufer zur Ermöglichung eines Beziehungsaufbaus verwendet werden. Auch das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung wird mehrmals in den Studien erwähnt und begünstigt eine gelungene Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient. Bridges et al. (2013), Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020), Riviere et al. (2019), Rørtveit et al. (2015) und Sahlsten et al. (2009) legen dar, dass der Einbezug von Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung und im Pflegeprozess das Vertrauen in die Pflegefachpersonen stärkt, was sich wiederum vorteilhaft auf eine gelungene Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient auswirkt.

### *Interaktionsmodell nach Peplau (1988)*

Das Interaktionsmodell von Peplau kann in Abhängigkeit des Settings und je nach Aufenthaltsdauer für einen gelungenen Beziehungsaufbau genutzt werden. Als Ausgangslage wird von Peplau (1988) angenommen, dass die Orientierungsphase als Grundlage der Beziehungsgestaltung dient. Peplau (1988) weist darauf hin, dass die Phasen als wechselseitig zu verstehen sind und ineinander eingreifen. Dies wird bei der Auseinandersetzung mit den Studienergebnissen bestätigt, da in einem Akutsetting die weiteren Phasen bereits von Anfang an einen Einfluss auf die Beziehungsgestaltung haben. Dies bezieht sich einerseits auf das Vertrauen, die Selbstbefähigung der Patientinnen und Patienten durch Übernahme von Verantwortung und das Verständnis der Pflegenden von patientenzentrierten Bedürfnissen. Im Modell nach Peplau (1988) wird die Selbstbefähigung erst in der Nutzungsphase erwähnt, währenddessen bereits in der Identifikationsphase die Patientinnen und Patienten an Vertrauen gewinnen sollen. Die komplette Übernahme der Verantwortung der Patientinnen und Patienten wird nach Peplau (1988) letztendlich erst in der Ablösungsphase geschehen, während sich der Patient bereits vom Pflegepersonal abgewandt hat. Die Studienergebnisse deuten im Gegenteil dazu darauf hin, dass gerade durch die Patientenbefähigung die Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und deren Patientinnen und Patienten gestärkt wird.

### *Verhaltensmerkmale nach Rogers (2018)*

Auf die drei Verhaltensmerkmale nach Rogers (2018) nehmen auch die Forschenden der neun inkludierten Studien mehrmals Bezug. Empathie wird von Rørtveit et al. (2015) als eine Bedingung für eine gute therapeutische Beziehung zu den Patientinnen und Patienten gesehen, indem Pflegende die Aufgeschlossenheit mitbringen, individuelle Emotionen zuzulassen und Erlebnisse zu teilen. Sharp et al. (2016) weisen hingegen darauf hin, dass intertherapeutische Beziehungen nicht durch Sentimentalität geprägt sein sollen, sondern durch soziale als auch berufliche Empathie. Klinische Kompetenz und die Fähigkeit zur Empathie führen ihren Ergebnissen nach zu einer personenzentrierten Pflege. An eine Person zu glauben durch positive Wertschätzung, ist laut Sahlsten et al. (2009) ein wichtiger Punkt, um eine enge, vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen. Dies kann laut Sharp et al. (2016) durch anerkennende und ermutigende Worte geschehen, was sich positiv auf die Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient auswirkt. Das Verhaltensmerkmal Kongruenz nach Rogers (2018) wird laut Sharp et al. (2016) durch echtes Interesse mittels patientenzentrierter Pflege vermittelt. Diese Echtheit wird in der Studie von Sharp et al. (2016) von den Patientinnen und Patienten als positiv wahrgenommen und auch in der Studie von Rørtveit et al. (2015) als vertrauens- und beziehungsfördernd beschrieben. So erkennen auch Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020), dass durch Kongruenz und echtem Respekt gegenüber den eigenen Entscheidungen der Patientinnen und Patienten, angespannte Situationen und Konflikte reguliert werden können.

### *Primary Nursing nach Manthey (1980)*

Das PNM wurde von zwei der eingeschlossenen Studien erforscht. Nach Manthey (1980) führt die Umsetzung des Modells zu einer höheren Kontinuität sowie einer koordinierten Pflege. Naef et al. (2019) beschreiben aber eine mangelhafte Kontinuität und komplexe Koordination der Pflege in der Akutsomatik nach der Implementation von PNM. Andererseits beschreiben Moura et al. das PNM als hilfreich und valide, um eine Vernachlässigung von Pflegeleistungen vorzubeugen. Darüber hinaus überprüfen Moura et al. (2020) die Entwicklung vom Pflegemanagement sowie die Effizienz bei der Organisation und Verwaltung der ganzheitlichen Pflege nach der Implementation des PNMs. Durch die positive Auswirkung dieses Modells kann PNM als ein leistungsfähiges Modell für das Vermeiden von mangelnden Pflegeleistungen gesehen werden. Es kann die Kontinuität sowie Koordination des Pflegealltags stärken, muss aber gegebenenfalls für das

Akutsetting umstrukturiert werden. Danach benötigt es eine gezielte und strukturierte Einführung für die Mitarbeitenden, indem der Nutzen des Modells klar vermittelt wird.

## **5.5 Beantwortung der Fragestellung**

Im folgenden Abschnitt wird aufgrund der gefundenen Studienlage und der grossen Datenmenge die Fragestellung beantwortet. Interventionen für einen gelungenen Beziehungsaufbau zwischen erwachsenen Patientinnen oder Patienten und den Pflegefachpersonen in der Akutsomatik werden ausformuliert (siehe Tabelle 5).

Aus den Studien und der Recherche für die Einleitung geht hervor, dass Pflegende einen Beziehungsaufbau im Akutsetting als weitere komplexe Aufgabe sehen, für die kein Platz und keine Zeit im Pflegealltag besteht. Die untenstehenden Interventionen sollen aufzeigen, dass für einen gelungenen Beziehungsaufbau zwischen Patientin oder Patient und der Pflegefachperson keine zeitaufwändigen Massnahmen notwendig sind, sondern lediglich ein Umdenken während der Begegnung erforderlich ist. So haben bereits die Fähigkeit für emotionales Engagement, eine Umorientierung der Verantwortlichkeit und patientenzentrierte Kommunikation einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung. Um diese Komponenten zu fördern, sollen Führungskräfte des Gesundheitswesens der Akutpflege eine Spitalkultur schaffen, welche die zwischenmenschliche und therapeutische Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen oder Patienten und das Einbringen von emotionalen Aspekten in die Pflege befürwortet. Strukturelle Änderungen haben einen grossen Einfluss auf die Ausgestaltung einer gelungenen Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient. Führungskräfte besitzen die Entscheidungskraft, unter Einhaltung von Ressourcen- und Qualitätsvorgaben organisatorische Veränderungsprozesse einzuleiten und somit die Umsetzung der Interventionen aus Tabelle 5 zu vereinfachen. Da sich die Fragestellung dieser Bachelorarbeit lediglich auf Interventionen für Pflegefachpersonen konzentriert, die direkt an einer Beziehung zu ihren Patientinnen oder Patienten beteiligt sind, werden indirekte Empfehlungen an Führungskräfte des Gesundheitswesens separat in Tabelle 6 aufgeführt.

## Tabelle 5

### *Evidenzbasierte Interventionen für einen gelungenen Beziehungsaufbau an Pflegefachpersonen in der Akutsomatik*

Kategorie	Ergebnis	Intervention 1	Intervention 2
Emotionales Engagement	Alle Beteiligten erkennen und würdigen das therapeutische Potenzial von emotionaler Pflege.	Pflegefachpersonen geben den Patientinnen und Patienten verbal sowie nonverbal die Sicherheit, dass emotionale Bedürfnisse, individuelle Meinungen und Erfahrungen gehört, ernst genommen, im Pflegeprozess berücksichtigt werden.	Pflegefachpersonen verwenden in ihrem Tagesablauf anerkennende und ermutigende Worte oder affektive Berührungen basierend auf Vertrauen, Freundlichkeit, Empathie und Fürsorge.
Umorientierung der Verantwortlichkeit	Es kann eine gute Balance zwischen Aufgabenorientierung und beziehungsbasierter Pflege durch Patientenpartizipation und gemeinsamer Entscheidungsfindung kreiert werden.	Pflegefachpersonen sehen Patientinnen und Patienten als Profi ihrer Krankheit, ziehen sie in ihre Pflege und Behandlung mit ein und finden durch das Erfragen von persönlichen und bisherigen Erfahrungen gemeinsam einen Behandlungsweg.	Pflegefachpersonen erkennen durch ihre empathische und fürsorgliche Haltung die individuellen Anliegen von Patientinnen und Patienten und reagieren mit professionellen, situativ angepassten Gesprächstechniken.
Patientenzentrierte Kommunikation	Patientinnen und Patienten fühlen sich sicher, ernst genommen und verstanden.	Pflegefachpersonen kommunizieren offen, hören ehrlich interessiert zu, führen patientenfokussierte Gespräche und geben klare, lösungsorientierte Informationen.	

## Tabelle 6

### *Empfehlungen an Führungskräfte des Gesundheitswesens zur Förderung von beziehungsrelevanten Aspekten in der Pflege*

<b>Empfänger und Empfängerinnen</b>	<b>Empfehlungen</b>
Entscheidungstragende	<ul style="list-style-type: none"><li>- Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie Umgestaltung des PNM für das Akutsetting</li><li>- Reduktion der hohen Arbeitsbelastung durch Reorganisation von langjährig etablierten Prozessen</li></ul>
Stationsleitungen	<ul style="list-style-type: none"><li>- Angepasste Arbeitsplanung, sodass die Anwendung und Durchführung eines vollständigen Pflegeprozesses stattfinden kann und die Umsetzung von PNM ermöglicht wird</li><li>- Gespräche im Team, um Problematiken und Ängste des Pflegepersonals zu identifizieren</li><li>- Anwenden von motivierender Gesprächsführung, um positive Einstellung der Pflegefachpersonen bezüglich beziehungsorientierter Pflege zu stärken</li></ul>
Bildungsverantwortliche	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sensibilisierung von Studierenden für den Nutzen der Beziehungsaspekte als grundlegenden Baustein der alltäglichen Pflege</li><li>- Beziehungsorientierte Pflege als Beurteilungskriterium in Praktika</li></ul>

## 6 Theorie-Praxis-Transfer

Der Verfasserin und dem Verfasser dieser Arbeit ist es wichtig, dass das Thema der Forschungsarbeit aktuell und praxisrelevant ist. Diese Arbeit enthält viele realistische Empfehlungen (siehe Tabelle 5), die in der Praxis umgesetzt werden können. Die Ergebnisse bestätigen, dass es Strategien gibt, wie Pflegefachpersonen eine Beziehung zu Patientinnen und Patienten in Akutspitälern unter stressigen Arbeitsbedingungen aufbauen können. Die Beziehungsgestaltung zur Patientin und zum Patienten wird von Pflegefachpersonen häufig als zusätzliche Investition von Zeit und Energie angesehen. Solche Strategien, die den Aufbau der therapeutischen Beziehung erleichtern sollen, hängen von der Bereitschaft und dem Bewusstsein der Pflegefachpersonen ab. Es benötigt eine gezielte Sensibilisierung bezüglich der Vorteile eines therapeutischen Beziehungsaufbaus. Die Anforderungen aus den Studien *sei empathisch, authentisch und interessiert*, kann für die einen Pflegefachpersonen selbstverständlich sein, während andere Mühe haben, den Nutzen dieser Eigenschaften für die Praxis anzuerkennen und umzusetzen. Diese Bachelorarbeit enthält derart viele Informationen und Empfehlungen, dass die Menge an Leitlinien und der Appell zur Verhaltensänderung manche Pflegefachpersonen überfordern können. Deshalb ist es aus der Sicht der Autorin und des Autors wichtig, dass diese Implikationen den Pflegestudierenden bereits während ihrer Ausbildungszeit vermittelt werden. Bereits berufstätige Pflegefachpersonen sollen durch diese Arbeit ebenfalls zu einem Umdenken in Richtung beziehungsorientierter Pflege motiviert werden.

Als einfacher Überblick haben die Autorin und der Autor dieser Arbeit eine Abbildung erstellt, welche pflegerischen Werte und Ziele notwendig sind, um eine vertrauensvolle und gelungene Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen oder Patienten zu ermöglichen. Die Abbildung spricht Pflegefachpersonen direkt und persönlich an und kann als Spickzettel für einen patienten- und beziehungsorientierten Pflegealltag genutzt werden (siehe Abbildung 3).

### Abbildung 3

Ansätze zur Investition in einen Beziehungsaufbau zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient, eigene Darstellung

#### Emotionales Engagement

- **Sicherheit** geben und **Vertrauen** schaffen
- Emotionale Bedürfnisse sowie Meinungen anhören und **ernstnehmen**
- Anerkennende und **ermutigende Worte** im Alltag verwenden
- Freundlichkeit, **Empathie** und Fürsorge zeigen

→ Alle Beteiligten erkennen und würdigen das therapeutische Potenzial von emotionaler Pflege

#### Umorientierung der Verantwortlichkeit

- Patientinnen und Patienten als **Profi** ihrer Krankheit sehen
- In ihre Behandlung **einbeziehen** durch Erfragen ihrer Erfahrungen und **gemeinsam nach Lösungen suchen**
- Erkennen von individuellen Anliegen
- Situativ **angepasst** und **professionell** reagieren

→ Es kann eine gute Balance zwischen Aufgabenorientierung und beziehungsbasierter Pflege kreiert werden

#### Beziehungsaufbau?

Mit diesen Interventionen  
findest du Zeit dafür.

#### Patientenzentrierte Kommunikation

- Gesprächsbereitschaft zeigen durch **ehrliches Interesse**
- Aufmerksam **zuhören** und offen kommunizieren
- Beziehungs- und **Patientenfokussierte** Gespräche führen
- Klare und **lösungsorientierte** Informationen geben

→ Patientinnen und Patienten fühlen sich sicher, ernst genommen und verstanden



Die Pflegefachpersonen und die Patientinnen und Patienten sind Teil eines grösseren Systems, in dem Führungskräfte die Entscheidungsmacht haben. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind somit auch an jene Personen gerichtet. Um die Dynamik zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen und Patienten zu verändern, sollen auch die Führungskräfte der Akutspitäler das Ziel verfolgen, die beziehungsorientierte Pflege zu fördern. Dazu sollen Führungskräfte des Gesundheitswesens, Stationsleitungen und Ausbildungsverantwortliche sicherstellen, dass Pflegefachpersonen die Kompetenzen und das Wissen erhalten, wie und weshalb sie eine vertrauensvolle Pflegebeziehung aufbauen sollen (Rørtveit et al., 2015). Nach Überlegungen der Autorin und des Autors dieser Arbeit, wäre es eine Möglichkeit, die Leistungserfassung so anzupassen, dass Pflegefachpersonen jegliche Beziehungsaspekte zu ihren Patientinnen und Patienten erfassen und abrechnen können. Dadurch würde die emotionale Beziehungsarbeit der Pflegefachpersonen anerkannt und gewürdigt werden. Des Weiteren sollten im Rahmen von Supervisionen therapeutische Beziehungen reflektiert und die Anwendung der formulierten Interventionen in Tabelle 5 sowie 6 überprüft werden.

## **7 Schlussfolgerung**

In Akutspitälern beträgt die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten sechs Tage, was einen Einfluss darauf hat, wie Pflegefachpersonen auf die Betroffenen zugehen und wie sie ihren Pflegeschwerpunkt formulieren. Im Akutsetting wird oft angenommen, dass der Aufbau einer Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen oder Patienten ein zeit- und energieaufwendiges Unterfangen darstellt. In Wirklichkeit hat diese Arbeit gezeigt, dass eine solche Beziehung für alle Beteiligten von Vorteil ist und lediglich eine achtsame Herangehensweise sowie ein empathisches, fürsorgliches Verständnis für Patientinnen und Patienten erfordert. Sämtliche Situationen und bereits bestehende Interventionen können genutzt werden, um Vertrauen zu bilden und zu fördern. Dazu kann das Interaktionsmodell nach Peplau genutzt werden, sofern für die Akutsomatik die Massnahmen der unterschiedlichen Phasen von Anfang an ineinander übergehen. Die Kombination von Peplaus Phasen sowie auch die Anwendung des PNMs bieten fördernde Eigenschaften für einen gelungenen Beziehungsaufbau zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient. Weitere Empfehlungen und vergleichbare Interventionen, welche von der Autorin und dem Autor dieser Arbeit nach der Literaturrecherche formuliert wurden, werden in den Tabellen 5 und 6 auf den Seiten 39 und 40 übersichtlich dargestellt.

Anhand der vorliegenden Ergebnisse konnten die Bedeutung und die Auswirkungen einer therapeutischen Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen oder Patienten aufgezeigt werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit ermöglichen es, das Bewusstsein der Pflegefachpersonen und der verschiedenen Akteure des Gesundheitswesens für die Vorteile einer solchen Beziehung zu schärfen.

### **7.1 Ausblick für die Zukunft**

Eine therapeutische Beziehung zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient hat positive Auswirkungen auf den Pflegealltag, die Arbeitszufriedenheit und fördert das Image der Pflegefachpersonen. Personalmangel könnte durch die Erhöhung der Zufriedenheit reduziert werden, indem der Beruf mehr positive Anerkennung erhält.

Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Patientinnen oder Patienten hängt davon ab, ob sich Pflegefachpersonen empathisch, bewusst und ehrlich interessiert für die Betroffene oder den Betroffenen Zeit nehmen (Bridges et al., 2013). Die Thematik der

eingeschränkt verfügbaren Zeit, um eine Beziehung zu gestalten, wird von mehreren Hauptstudien in der Diskussion in Verbindung zur Spital- sowie Stationsorganisation gebracht. Dazu sollte auf organisatorischer Ebene den Pflegefachpersonen die Möglichkeiten geboten werden, auf komplexere Pflegebedürfnisse der Patientin oder des Patienten einzugehen. Um der Thematik mehr Anerkennung zu geben, könnte beispielsweise neu in der Leistungserfassung die Beziehungsarbeit als eigene Leistung erfasst werden. Dies könnte Pflegefachpersonen motivieren, bewusster in die Beziehungsgestaltung zu investieren.

In den gewählten Studien wurde von den Forschenden mehrmals auf weitere Forschungsmöglichkeiten hingewiesen. Für eine konkretere Ausformulierung des Veränderungsbedarfs empfehlen die Autorin und der Autor dieser Arbeit folgende weiterführende Forschungsfrage: «Welche strukturellen Veränderungen im Akutsetting sind notwendig, damit eine Beziehungsgestaltung zwischen Pflegefachpersonen und Patientinnen oder Patienten bewusst wertgeschätzt und im Pflegealltag vermehrt angewendet werden kann?»

## **7.2 Stärken und Limitationen der Forschungsarbeit**

Durch den Einbezug von qualitativen und quantitativen Studien war eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Thematik möglich. In den gewählten Studien konnten sowohl die Sichtweise des Pflegepersonals als auch die Bedürfnisse und Erfahrungen von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf Beziehungsgestaltung aufgedeckt werden. Es wurde lediglich eine Studie aus der Schweiz gefunden, hingegen wurde darauf geachtet, Studien mit vergleichbaren Gesellschaftsformen und Gesundheitssystemen wie die der Schweiz zu inkludieren. Ein Ergebnistransfer auf die Schweiz konnte damit ermöglicht werden, was eine Stärke der Bachelorarbeit darstellt.

Aufgrund der aktuellen und umstrittenen Thematik ist weitere Forschung in den schweizerischen Spitälern gefragt, um die Einstellung und Sichtweisen von Patientinnen, Patienten und Pflegefachpersonen aus der Schweiz exakter abzubilden. Dadurch liessen sich genauere und gezieltere Interventionen entwickeln, die auf die lokale Population zutreffen. Eine Limitation der Arbeit besteht in der geringen Stichprobe der Studien, die die Sicht der Patientinnen und Patienten aufzeigen. Diese ergeben sich somit als wenig repräsentativ für die gewählte Population der Arbeit. Sechs der inkludierten Studien

wurden in der Evidenzpyramide von DiCenso et al. (2009) auf der sechsten, also der untersten Stufe eingeordnet, was die Qualität der Evidenz der Ergebnisse einschränken könnte. Zudem sind lediglich englischsprachige Studien verwendet worden, was möglicherweise dazu führen könnte, dass relevante Fachliteratur nicht miteinbezogen wurde. Das Phänomen der Beziehungsgestaltung zeigt sich als ein sehr tiefgründiges und vielfältiges Thema, weswegen aufgrund der eingeschränkten Wortzahl diverse weitere thematische Verankerungen nicht berücksichtigt werden konnten. Bei der weiteren Verwendung der Ergebnisse dieser Arbeit müssen diese Limitationen berücksichtigt werden.

Auf die Situation von Patientinnen und Patienten, welche möglicherweise kein Bedürfnis nach einer Beziehungsgestaltung mit den Pflegefachpersonen haben, wurde in dieser Arbeit nicht eingegangen. Hingegen fassten die befragten Patientinnen und Patienten in den inkludierten Studien eine Beziehungsgestaltung jeweils als wichtig auf. Allerdings gibt es nach den Erfahrungen der Autorin und des Autors auch Pflegefachpersonen, die lediglich an den facettenreichen Krankheitsbildern und den medizinaltechnischen Aufgaben interessiert sind. Fraglich bleibt, ob jede oder jeder die Fähigkeit zur Empathie sowie zu echtem Interesse an einer Beziehung zwischen Ihnen selbst und ihrem Gegenüber hat. Wie Bischoff-Wanner (2001) in ihrem Buch über *Empathie in der Pflege* manifestiert, ist Empathie das Kernelement, was eine professionelle und exzellente Pflege von einer routinierten Pflege unterscheidet.

## Inhaltsverzeichnis

- Baillie, L. (2004). An exploration of nurse–patient relationships in accident and emergency. *An Exploration of Nurse–Patient Relationships in Accident and Emergency*, 13, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.aaen.2004.10.015>
- Bakitas, M., Kryworuchko, J., Matlock, D. D., & Vollandes, A. E. (2011). Palliative Medicine and Decision Science: The Critical Need for a Shared Agenda To Foster Informed Patient Choice in Serious Illness. *Journal of Palliative Medicine*, 14(10), 1109–1116. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0032>
- Barker, H. R., Griffiths, P., Mesa-Eguiagaray, I., Pickering, R., & Gould, L. (2016). *Quantity and quality of interaction between staff and older patients in UK hospital wards: A descriptive study | Elsevier Enhanced Reader*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.07.018>
- Benner, P. (1994). *Stufen zur Pflegekompetenz, From novice to expert*. Hans Huber.
- Bischoff-Wanner, C. (2001). *Empathie in der Pflege*. Hans Huber.
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people’s and relatives’ experiences in acute care settings: Systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 89–107. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009>
- Bridges, J., Nicholson, C., Maben, J., Pope, C., Flatley, M., Wilkinson, C., Meyer, J., & Tziggili, M. (2013). Capacity for care: Meta-ethnography of acute care nurses’ experiences of the nurse-patient relationship. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 760–772. <https://doi.org/10.1111/jan.12050>
- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2020, Juli 8). *Patientenrechte und Patientenpartizipation*. <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/patientenrechte.html>

- Bundesamt für Gesundheit [BAG]. (2021). *Statistiken zur Krankenversicherung— Kennzahlen der Schweizer Spitälern*. Schweizerische Eidgenossenschaft.
- Bundesamt für Statistik [BFS]. (2021, November). *Patient/innen, Hospitalisierungen*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen/spitaeler/patienten-hospitalisierungen.html>
- Critical Appraisal Skills Programm. (2018). *CASP (Qualitative) checklist*. [https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018\\_fillable\\_form.pdf](https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/03/CASP-Qualitative-Checklist-2018_fillable_form.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. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>
- Fiechter, V., & Meier, M. (1988). *Pflegeplanung eine Anleitung für die Praxis*. RECOM.
- Gesundheitsdirektion Kanton Zürich. (2011). *Zürcher Spitalplanung 2012- Teil 2: Strukturbericht—Vernehmlassungsversion*.
- Kantonsspital Winterthur [KSW]. (o. J.). *Über das KSW*. <https://www.ksw.ch/>
- Lademann, J., & Büker, C. (2019). *Beziehungsgestaltung in der Pflege—Die Pflegebeziehung* (1. Auflage). W. Kohlhammer GmbH.
- Manthey, M. (1980). A theoretical framework for primary nursing. *Journal of Nursing administration*, 11–15.
- Moers, M., & Uzarewicz, C. (2012). *Leibphänomenologie für Pflegewissenschaft – eine Annäherung*. 76.
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of Nurse-Patient Relationship on Quality of Care and Patient Autonomy in Decision-Making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>

- Moura, E. C. C., Lima, M. B., Peres, A. M., Lopez, V., Batista, M. E. M., & Braga, F. das C. S. A. G. (2020). Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal of Nursing Management*, 28(8), 2103–2112. <https://doi.org/10.1111/jonm.12846>
- Naef, R., Ernst, J., & Petry, H. (2019). Adaption, benefit and quality of care associated with primary nursing in an acute inpatient setting: A cross-sectional descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(10), 2133–2143. <https://doi.org/10.1111/jan.13995>
- Niehage, L. (2007). So nah... so fern...-Beziehung von Pflegenden zu ihren Patienten zwischen Nähe und Distanz. *PPH*, 13(06), 314–321.
- Nurses Association of New Brunswick. (2015). *Standards for the Nurse-Client Relationship*. Nurses Association of New Brunswick.  
<http://www.nanb.nb.ca/media/resource/NANB-StandardsNurseClientRelation-Dec20-E.pdf>
- Peplau, H. E. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing*. Macmillan Education UK.  
<https://doi.org/10.1007/978-1-349-10109-2>
- Peplau, H. E. (2009). *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege—Ausgewählte Werke* (2. Auflage). Anita Toole, Sheila Rouslin Welt.
- Pohlmann, M. (2006). Die Pflegende-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege*, 19(3), 156–162. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.19.3.156>
- Psychiatrische Universitätsklinik [PUK]. (o. J.). *Pflegeprozess*.  
<https://www.pukzh.ch/unsere-angebote/pflege/pflegeprozess/>
- Rigby, A., Leach, C., & Greasley, P. (2001). Primary nursing: Staff perception of changes in ward atmosphere and role. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8(6), 525–532. <https://doi.org/10.1046/j.1351-0126.2001.00429.x>

- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *AICA: Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal eines Forschungsartikels*. (S. 1–20). Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Riviere, M., Dufort, H., Van Hecke, A., Vandecasteele, T., Beeckman, D., & Verhaeghe, S. (2019). Core elements of the interpersonal care relationship between nurses and older patients without cognitive impairment during their stay at the hospital: A mixed-methods systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, *92*, 154–172. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.02.004>
- Rogers, C. R. (2018). *Entwicklung der Persönlichkeit—Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten* (21. Auflage). Klett-Cotta.
- Rørtveit, K., Sætre Hansen, B., Leiknes, I., Joa, I., Testad, I., & Severinsson, E. (2015). Patients' Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship—A Systematic Review of Qualitative Studies. *Open Journal of Nursing*, *05*(03), 195–209. <https://doi.org/10.4236/ojn.2015.53024>
- S. Wied & A. Warmbrunn. (2012). *Pschyrembel Pflege* (3. überarbeitete Auflage). W. de Gruyter.
- Sahlsten, Larsson I.E., Sjöström B., & Plos K.A.E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *23*(3), 490–497. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x>
- SBK. (2008). *Definition der Pflege*. Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. <https://www.sbk.ch/pflegethemen/definition-der-pflege>
- Schewior-Popp, S., Sitzmann, F., & Ullrich, L. (2017). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegendende in Ausbildung*. (13. aktualisierte und erweiterte Auflage). Georg Thieme Verlag.



Sharp, S., McAllister, M., & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemporary Nurse*, 52(2–3), 300–312. <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1020981>

Strohmer, J. (2014). *Dorsch-Lexikon der Psychologie*.

<https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/therapiebeziehung>

Universitätsspital Zürich [USZ]. (2021, August 15). *Über das USZ*.

<https://www.usz.ch/ueber-das-usz/>

Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. F.A. Davis Company.

## Abbildungsverzeichnis

<b>ABBILDUNG 1</b> Flowchart Suchprozess der Literaturrecherche .....	11
<b>ABBILDUNG 2</b> Darstellung der Gegenseitigen Beeinflussung der Ergebnisse.....	31
<b>ABBILDUNG 3</b> Ansätze zur Investition in einen Beziehungsaufbau zwischen Pflegefachperson und Patientin oder Patient .....	43

## Tabellenverzeichnis

<b>TABELLE 1</b> Die Phasen der Beziehung zwischen Pflegenden und Betroffenen nach Peplau (1988) .....	5
<b>TABELLE 2</b> Keywords-Recherche .....	9
<b>TABELLE 3</b> Ein- und Ausschlusskriterien .....	10
<b>TABELLE 4</b> Übersichtstabelle Eingeschlossener Studien.....	14
<b>TABELLE 5</b> Evidenzbasierte Interventionen für einen Gelungenen Beziehungsaufbau an Pflegefachpersonen in der Akutsomatik .....	40
<b>TABELLE 6</b> Evidenzbasierte Empfehlungen an Führungskräfte des Gesundheitswesens zur Förderung von Beziehungsrelevanten Aspekten in der Pflege .....	41

## Glossar

### B

BAG.....Bundesamt für Gesundheit  
BFS.....Bundesamt für Statistik

### E

EMED.....Einleitung, Methode, Ergebnisse, Diskussion

### K

KSW.....Kantonsspital Winterthur

### P

PUK.....Psychiatrische Universitätsklinik Zürich  
PNM..... Primary Nursing Modell (engl.)

### U

USZ.....Universitätsspital Zürich

### Z

z. B.....zum Beispiel

## Wortzahl

Abstract: 226

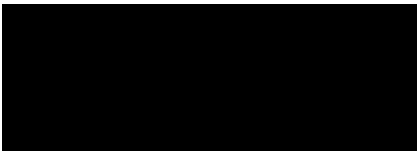
Literaturarbeit (ohne Titelblatt, Danksagung, Abstract, Tabellen, Grafiken, etc. und deren Beschriftung; ohne Inhalts- und Literaturverzeichnis sowie Glossar, Eigenständigkeitserklärung, Anhang und weitere Verzeichnisse): 11'683

## **Eigenständigkeitserklärung**

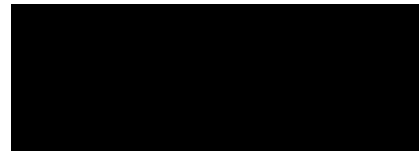
Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.

Zürich Oerlikon, 06.05.2022

Winterthur, 06.05.2022



**Matteo Poretti**



**Stefanie Fischer**

## Anhang

### Anhang A: Suchstrategie und Suchprotokoll

*Suchverlauf nach Autorinnen und Autoren der Studie, mit Angabe von Datenbanken, Suchwörterkombination, Ergebnisse und Platz-Nummer der Studie*

<b>Autorinnen und Autoren</b>	<b>Datenbank</b>	<b>Suchwörterkombination</b>	<b>Anzahl Treffer</b>
Barker et al.	PubMed	Nurse-patient interactions AND patient experience AND acute hospital	82 Ergebnisse Platz-Nr. 29
Bridges et al.	CINAHL Complete	Nurse-patient relationship AND nursing care AND patient experience	268 Ergebnisse Platz-Nr. 7
Molina-Mula und Gallo-Estrada	PubMed	Nurse-patient relationship AND nursing care AND patient experience	2986 Ergebnisse Platz-Nr. 1
Moura et al.	CINAHL Complete	Nurs* care AND implication* AND primary nursing	226 Ergebnisse Platz Nr. 4
Naef et al.	PubMed	Nurse-patient relationship AND nursing care AND acute hospital AND quality of care	554 Ergebnisse Platz-Nr. 21
Riviere et al.	CINAHL Complete	Nurse-patient relationship AND acute hospital or acute ward AND strategies or methods or interventions	74 Ergebnisse Platz-Nr.18
Rørtveit et al.	Google Scholar	Patient-nurse relationship AND implication* OR interventions AND acute hospital, NOT psychiatry or mental health	3620 Ergebnisse Platz-Nr. 13
Sahlsten et al.	CINAHL Complete	Nurse-patient relationship AND nursing care AND patient experience	268 Ergebnisse, Platz-Nr. 13
Sharp et al.	PubMed	Nurse-patient relationship AND person centred AND nursing care AND experience	193 Ergebnisse Platz-Nr. 8

## Anhang B: Studienzusammenfassung, Würdigung und Beurteilung der Güte

### Anhang B1: AICA der Studie Barker et al. (2016)

Quantity and quality of interaction between staff and older patients in UK hospital wards: A descriptive study-Barker et al. (2016)

	Inhaltliche Zusammenfassung	Leitfragen kritische Würdigung
<b>Einführung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> Die Qualität der Interaktionen zwischen Mitarbeitern und Patienten beeinflusst die Gesamtqualität der Patientenerfahrung. International wird befürchtet, dass die Interaktionen zwischen Personal, besonders der Pflege, und den Patienten von geringer Häufigkeit und Qualität sind. Laut der NHS-Umfrage von 2014, an der 59.000 stationäre Patienten teilnahmen, konnten 24% der Patienten kein Mitglied des Krankenhauspersonals finden, mit dem sie über ihre Sorgen und Ängste sprechen konnten. 13% der Patienten erhielten nicht genügend emotionale Unterstützung durch das Krankenhauspersonal.</p> <p><b>Problemstellung:</b> Keine Studien, die sowohl die Qualität als auch die Quantität der Interaktionen in einem akuten Krankenhaussetting untersuchen. Gilt von den Forschenden als wichtige Lücke, angesichts der vermehrten Aufmerksamkeit zu dieser Thematik.</p> <p><b>Forschungsfrage/ Ziele:</b> Forschungsfrage nicht vorhanden, lediglich Ziele:            1. Ermittlung der Häufigkeit und Dauer von Interaktionen zwischen Personal und Patienten.            2. Charakterisierung der Qualität der Interaktionen zwischen Personal und Patienten.            3. Ermittlung von Zusammenhängen zwischen negativen Interaktionen und Patientenmerkmalen, Personalmerkmalen, Interaktionsmerkmalen und Merkmalen der Beobachtungssitzung.</p>	<p><i>Ist die Forschungsfrage/Hypothese/das Ziel klar definiert?</i>            Es wird klar definiert, was sie herausfinden wollen, mit welcher Methode und welche Population. Fraglich ist, ob die Ergebnisse auf andere Insitutionen ebenfalls zutreffen.</p> <p><i>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Ja.</i></p> <p><i>Wird das Thema/das Problem mit vorhandener empirischer Literatur gestützt und logisch dargestellt?</i>            Ja es wird auf wichtige Ergebnisse weiterer Studien und Forschungen eingegangen. Die Daten wurden im Rahmen einer Machbarkeitsstudie von Bridges und Fuller (2014) zur Entwicklung und Evaluierung einer Intervention zur mitfühlenden Pflege für Pflegeteams auf den Stationen erhoben.</p>
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> quantitative Studie mit deskriptivem Forschungsdesign</p> <p><b>Stichprobe und Setting:</b>  <u>Population:</u> 7 medizinische und chirurgische Stationen in UK mit hohem Anteil älterer stationärer Patienten wurden eingeladen, ihre Station in die Studie einzubeziehen.</p> <p><u>Ziehung der Stichprobe:</u> 6 Stationen nahmen teil: Medizin für ältere Menschen (n = 4), Urologie (n = 1) und Orthopädie (n = 1). Jede Station hatte zwischen 28 und 32 Betten. 60 Beobachtungssitzungen an je 2 Stunden in 3 Wochen wurden durchgeführt und mittels Zufallsgenerators wurde für jede Sitzung ein Indexpatient ermittelt, der dann angesprochen und zur Teilnahme an der Studie eingeladen wurde. Falls dieser teilnahm, wurden die Patienten in seiner Umgebung zur Studie eingeladen und falls nicht, wurde nochmals ein Indexpatient ermittelt.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Jegliche Patienten waren teilnahmeberechtigt.</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Patienten, die vom Pflegepersonal als palliativ, kritisch krank oder mit «reverse-barriere» eingestuft wurden.</p> <p><b>Datenerhebung/Messverfahren:</b> Die Daten wurden zwischen März und April 2015 auf 6 Stationen (Medizin für ältere Menschen, Urologie und Orthopädie) in zwei NHS-Akutkrankenhäusern in England erhoben. Die Qualität der Interaktionen wurde mit dem Quality</p>	<p><i>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten methodischen Vorgehen nachvollziehbar?</i>            Ja, mit der deskriptiven Methode, kann sowohl die Quantität als auch die Qualität der Interaktionen untersucht werden.</p> <p><i>Ist die Population in Bezug auf die Fragestellung sinnvoll gewählt?</i>            Ja, da es der Zielgruppen entspricht.</p> <p><i>Ist die Stichprobe repräsentativ bzgl. der Population?</i> Ja, typische Zusammenstellung inkl. kognitive Beeinträchtigung.</p> <p><i>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Wie wurden die Stichproben gezogen?</i> Ja, durch Anfrage der Stationen und danach mittels Zufallsgenerator.</p> <p><i>Wurden Dropouts angegeben und begründet? Beeinflussen die Dropouts die Ergebnisse? Patienten, die nach den Beobachtungssitzungen nicht für die Studie einwilligten.</i>  <i>Wurden Vergleichsgruppen erstellt?</i> Ja, die 6 Stationen.</p> <p><i>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung logisch?</i> Ja.</p>

	<p>of Interactions Schedule (QuIS) gemessen. Da QuIS ursprünglich für Langzeitsettings entwickelt wurde, entwickelte das Forschungsteam ein Protokoll, um die Anwendung in Akutsettings anzuleiten (zB Beginn und Ende einer Interaktion definieren). Der Kappa-Wert für die QuIS-Bewertung lag bei 0,61, was auf eine gute Übereinstimmung hindeutet. Interaktionen zwischen Personal und Patienten wurden als positiv sozial, positiv pflegend, neutral, negativ protektiv und negativ restriktiv gewertet und kodiert. Daten wurden durch direkte Beobachtung der Interaktionen zwischen Patienten und Personal von 5 Forschenden erhoben.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Häufigkeiten und Prozentsätze wurden berechnet, um die Art der Interaktion und die QuIS-Bewertungen zu beschreiben. Von den Patienten, die volle zwei Stunden beobachtet wurden, wurde der Prozentsatz mit mindestens einer negativen Bewertung (entweder protektiv oder restriktiv) berechnet und mit einem 95 %-Konfidenzintervall (KI) dargestellt. Ein vierstufiges logistisches Regressionsmodell mit gemischten Effekten wurde angewendet, um die Auswirkungen der prädiktiven Variablen auf die Wahrscheinlichkeit zu untersuchen, dass eine Interaktion als (protektiv und restriktiv) negativ bewertet wird. Patient, Beobachtungssitzung und Station sind zufällige Effekte für das Modell. Prädiktive Variablen wurden als feste Effekte einbezogen und als Odds Ratio (OR) mit 95% KI dargestellt:  -Modell A: jede prädiktive Variable für sich allein, Modell B: für alle prädiktiven Variablen und Modell C: für die Kontextvariablen von Patienten und Personal.  Die Begriffe wurden als statistisch signifikant auf dem 5 %-Niveau eingestuft, wenn der 95 %-KI um ein OR den Wert 1,00 enthielt oder nicht. Mittels Befehl xtmelogit Stata 11.0 wurden Modelle eingeschätzt. Intra-Klassen-Korrelationen (ICCs) wurden durch ein Einweg-Zufallsmodell als Mass der Befehlszuverlässigkeit in SPSS berechnet.</p> <p><b>Ethik:</b> Die Teilnahme war freiwillig, urteilsunfähige Patienten wurden identifiziert. Grundsätze des Mental Capacity Act (2005) wurden eingehalten und durch die Social Care Research Ethics Committee for England ethisch genehmigt.</p>	<p><i>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Sind die Daten komplett? Ja.</i></p> <p><i>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Sind die Messinstrumente valide (validity)? Ja, die Interrater-Reliabilität wurde anhand von opportunistisch rekrutierten Akutpatienten getestet. Inkonsistenzen wurden identifiziert.</i></p> <p><i>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja.</i></p> <p><i>Sind mögliche Verzerrungen/Einflüsse auf die Intervention? Ja, QuIS wurde ursprünglich für Langzeitsettings entwickelt und musste auf diese Intervention angepasst werden.</i></p> <p><i>Werden Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja.</i></p> <p><i>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja.</i></p> <p><i>Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Skalenniveaus? Nominale Skalenniveaus wurden verwendet. Mittels multipler logistischer Regression (Prädiktorvariablen), wurde die Odds Ratio einer negativen Interaktion bestimmt.</i></p> <p><i>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja.</i></p> <p><i>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Ja bei 5%, sobald der 95%-KI um ein OR den Wert 1,00 enthält.</i></p> <p><i>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Indem persönliche Berater für die Urteilsunfähigkeit von Patienten einbezogen wurden.</i></p>
Ergebnisse	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b> Die Pflege von 133 Patienten wurde während 120 Stunden beobachtet. In dieser Zeit wurden 1554 Interaktionen aufgezeichnet. Patienten waren zu 96% nicht agitierend. Interaktionen meist in Abwesenheit von Besuchern.  Im Durchschnitt aller 6 Stationen fanden 6 Interaktionen pro Patient pro Stunde statt (Mittelwert 101 Sek. und Median 36 Sek.).  -60% positiv, 13% positiv sozial, 17% als neutral, 4% negativ protektiv und 6% negativ restriktiv.  -Zweck der Interaktion: 28% funktional (Essensausgabe, Bettmachen, Dokumentation, Patiententransfer), 25% Kommunikation (Informationen etc.), 22% persönliche Pflege.  -Pflegfachpersonen grössten Anteil an Interaktionen, gefolgt von Pflegeassistenten. 76% der Interaktionen zur Pflege wurde positiv bewertet.</p>	<p><i>Sind die Ergebnisse präzise, nachvollziehbar und übersichtlich dargestellt? Ja.</i></p> <p><i>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese den Kriterien und sind vollständig (Titel, Legenden...)?</i>  Ja, es wurden mehrere Tabellen verwendet und nach Vorschriften formatiert. Anhand der Angaben des OR-Wertes, können klare Schlussfolgerungen gemacht werden.</p>

	<p>-Unterschiede zwischen den Stationen, negative restriktive Interaktionen zwischen 3 und 18%. Allgemein positive Interaktionen lagen zwischen 65 und 82%.</p> <p><b>Weitere Ergebnisse:</b>  Modell A: höhere Wahrscheinlichkeit allgemein negativer Interaktionen aufgrund zunehmenden Alters, Unruhe zu Beginn, vom Patienten initiiert, einseitige Kommunikation, 2 Mitarbeiter beteiligt, höhere Anzahl an Interaktion sowie Interaktionsinhalten. Anwesenheit von Besucher verringert die Wahrscheinlichkeit.  Eine höhere Anzahl von Patienten pro Pflegekraft war nicht statistisch signifikant verbunden mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer negativen Interaktion.</p> <p>Modell B: höhere Wahrscheinlichkeit allgemein negativer Interaktionen, wenn von Patient initiiert, einseitige Kommunikation, mehrere Mitarbeiter beteiligt, höhere Gesamtzahl an Interaktionen sowie Interaktionsinhalten. Interaktionsaktivitäten wie Kommunikation und Körperpflege mit grösserer Wahrscheinlichkeit negativ gewertet. Assoziationen zu Personalbestand und Qualifikation des Personals nicht signifikant.</p> <p>Modell C: Unruhe des Patienten zu Beginn der mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer negativen Interaktion verbunden, während die Anwesenheit von Besuchern mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer negativen Interaktion einherging.</p> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b> Tabellen, Kategorien und Unterkategorien, Häufigkeiten und Prozentsätze und Kontext der Beobachtungen. Ergebnisse der logistischen Regression auf mehreren Ebenen: Odds Ratios (OR) für eine negative (kombinierte überprotektive und restriktive) Interaktion</p>	
Diskussion	<p><b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</b> Die meisten Wechselwirkungen waren positiv, aber ein kleiner, signifikanter Anteil war negativ.</p> <p>-Faktoren wie die Initiative des Patienten, die Art der Pflege und die Anzahl der beteiligten Mitarbeiter in Verbindung mit negativen Interaktionen gebracht. Gespräche zwischen Mitarbeitern könnten auswirken, dass sie sich weniger auf Patienten konzentrieren oder sie zu wenig einbeziehen.</p> <p>-Die Erregung des Patienten zu Beginn der Interaktion war mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit einer negativen Interaktion verbunden, und die Anwesenheit von Besuchern war mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einer negativen Interaktion verbunden, allerdings nur in Modell C, bei dem der Inhalt der Interaktion nicht berücksichtigt wurde. Eine Interpretation wäre, dass das Personal besser arbeitet, wenn sie beobachtet werden. Hingegen sind Besucher ggf. bei vielen Interaktionen mit negativer Erfahrung normalerweise nicht anwesend z. B. bei der Körperpflege.</p> <p>-Die Dauer der Interaktion hatte keinen Zusammenhang mit deren Qualität, was zeigt, dass auch positive Interaktionen in kurzer Zeitspanne erreicht werden. Hingegen je häufiger die Interaktionen waren, desto eher entstand eine negative Interaktion, was weiter untersucht werden soll. Auch ob sich solche negativen Interaktionen auf die Gesamterfahrung der Patienten mit der Pflege auswirken, bleibt unklar.</p> <p>-Kommunikative und persönlich betreuende Komponenten zeigten eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine negative Interaktion, obwohl diese für den Aufbau von therapeutischer Beziehung wichtig sind.</p>	<p><i>Werden alle Resultate diskutiert? Es werden die wichtigsten Ergebnisse diskutiert, jedoch aufgrund der grossen Datenmenge nicht alle Resultate.</i></p> <p><i>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja.</i></p> <p><i>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja die 3 Modelle A, B und C werden diskutiert und mit anderen Studien in Vergleich gesetzt.</i></p> <p><i>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja, es werden Erklärungsversuche gemacht mit dem Hinweis auf deren Gültigkeit.</i></p> <p><i>Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja, breites Spektrum an Daten und dennoch Verbesserungspotenzial (zB QuIS-Instrument). Durch die deskriptive Beobachtung konnten Patienten eingeschlossen werden, welche normalerweise ausgeschlossen sind.</i></p>

	<p><b>Limitationen:</b> Lediglich 6 Stationen in Studie, was die Verallgemeinerung auf andere Stationen erschwert, trotz typischer Zusammensetzung von Patienten und Merkmalen. Weitere Validierung des Instruments (QuIS) zur Untersuchung von Beziehungen zur Patientenerfahrung ist notwendig. Die Studie beschränkt sich auf Qualität und Quantität der Interaktionen und gibt keinen Aufschluss über die Angemessenheit des Inhalts oder das Ausmass, in der die notwendige Pflege geleistet wurde.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Studie konnte Ergebnisse zur Qualität und Quantität der Interaktionen zwischen Personal und Patienten auf 6 Akutstationen sowie Ermittlung von Faktoren, die mit der Qualität einer Interaktion zusammenhängen, liefern. Diese Ergebnisse zeigen, dass nicht eine bestimmte Personalgruppe die Ursache für negative Interaktionen sind, was im Widerspruch zu früheren Studien steht. Die Bedeutung kultureller Faktoren auf Stations- und Organisationsebene (Praxisumfeld) weist darauf hin, dass mehr Untersuchungen auf anderen Stationen mit grösserer Stichprobe benötigt werden.</p>	<p><i>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar?</i> Das Bewusstsein, dass auch kurze Interaktionen einen grossen Einfluss haben können auf das Erleben der Patienten oder darüber, dass bei Interaktionen mit mehreren Mitarbeitern, der Fokus weiterhin auf den Patienten liegen sollte, um sie in ihre Pflege einzubeziehen.</p> <p><i>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen?</i> Ja, es wird von den Autoren auch dringendst empfohlen.</p>
--	--	---

**Güte der Studie von Barker et al. (2016):**

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach LoBiondo-Wood und Haber (2005)

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet.

- + Die Objektivität der Studie ist garantiert durch die Anwendung von Standardisierter Messinstrument, Quality of Interaction Shedule (QuIS).
- + Das genützte Messinstrument wurde auf seine Objektivität, Validität und Reliabilität von den Forschenden überprüft.
- + Die Reliabilität des Messinstruments wurde überprüft und es wurde bestätigt, dass der Kappa Koeffizient bei 0.61 liegt, was dafürspricht, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten die gemessenen Variablen korrekt wiedergeben werden.
- + Validität ist gewährleistet da der Studiendesigns sinnvoll für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählt worden ist.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie entspricht dem untersten Level (6) der 6S Pyramide nach (DiCenso et al., 2009), da es sich um eine primär datenbasierten Forschungsarbeit handelt.



## Anhang B2: CASP der Studie Bridges et al. (2013)

Zusammenfassung nach CASP: Capacity for care: meta-ethnography of acute care nurses' experiences of the nurse-patient relationship – Bridges et al. (2013)

	Inhaltliche Zusammenfassung	Kritische Würdigung																								
<b>Einleitung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> Die Förderung sinnvoller Beziehungen zu den Patienten, bei denen die Fachkräfte jeden Patienten "als eine Person sehen, mit der man sich beschäftigen muss, und nicht als einen Körper, mit dem man etwas machen kann", setzt voraus, dass Pflegekräfte in der Lage sind, die Art dieser Interaktionen und ihre Auswirkungen auf die Patientenergebnisse zu artikulieren und zu würdigen, indem sie die Faktoren verstehen, die therapeutische Beziehungen fördern oder hemmen können. Pflegende werden heute oft so dargestellt, als ob es ihnen an Mitgefühl mangelt, besonders in Akuteinrichtungen, in denen der Patientendurchlauf, die Dienstanpassungen und die Personalbesetzung die Kontaktzeit zwischen Personal und Patienten reduzieren.</p> <p><b>Problemstellung:</b> Bisher viele Forschungsergebnisse zur Förderung der Arbeitszufriedenheit und Motivation von Pflegekräften und zur Verringerung von Stress und Burnout, aber ein gemeinsames Verständnis darüber, wie sich die Beziehungen zwischen Pflegepersonal und Patienten und das Engagement in therapeutischen Beziehungen auf die Pflegenden selbst auswirken fehlt.</p> <p><b>Forschungsfrage:</b> keine</p> <p><b>Ziel:</b> Diese Meta-Ethnographie soll einen tieferen Einblick in die Beziehungen zwischen Pflegenden und Patienten Forschung geben:            -verstehen, wie Pflegekräfte ihre Beziehungen zu erwachsenen Patienten in akutstationären Einrichtungen charakterisieren.            -Strategien zu verstehen, die Pflegekräfte anwenden, um Beziehungen zu Patienten aufzubauen und aufrechtzuerhalten.            -Auswirkungen der Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten auf die Pflegenden zu verstehen.            -Faktoren zu identifizieren, die die Beziehungen zwischen Pflegenden und Patienten beeinflussen.</p>	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Ja, es wird auf das fehlende Verständnis hingewiesen</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Das Ziel eines Einblicks auf der Beziehungsebene ist nachvollziehbar dargestellt, eine Forschungsfrage wird nicht beschrieben.</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Die Autoren weisen durch vorgängige Literatur auf die Signifikanz der Arbeit hin.</p>																								
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> Meta-Ethnographie beschäftigt sich mit der Übersetzung von einzelnen qualitativen Studien ineinander, durch die Neuinterpretation und Transformation ihrer analytischen und theoretischen Konzepte.</p> <p><b>Population:</b> Studien, welche die Beziehung zwischen Pflegenden und Patient bei erwachsenen Patienten in stationären Akutkrankenhäusern erforschten.</p> <p><b>Ziehung der Stichprobe:</b> 16 Studien wurden in die Synthese aufgenommen</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b>            -Qualitative Methoden, zur Erforschung von Erfahrungen            -Pflegende, die Erfahrungen mit Pflege-Patient Beziehung selbst schildern            -Beziehungen zu erwachsenen Patienten in einem stationären Akutkrankenhaus            -Perspektiven von examinieren Pflegefachkräften</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="background-color: #ADD8E6;">Abschnitt A: Sind die Ergebnisse des Reviews gültig?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 70%;">1. Wurde in dem Review eine klar fokussierte Frage behandelt?</td> <td style="width: 20%;">Ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #ADD8E6;">Kommentare: Mittels qualitativen, interpretativen Ansatzes wurde versucht, soziale und theoretische Kontexte aller Studien zu erhalten, um die fokussierten Ziele zu erreichen.</td> </tr> <tr> <td>2. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?</td> <td>Ja</td> <td style="text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> </tbody> </table>	Abschnitt A: Sind die Ergebnisse des Reviews gültig?			1. Wurde in dem Review eine klar fokussierte Frage behandelt?	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein		Kommentare: Mittels qualitativen, interpretativen Ansatzes wurde versucht, soziale und theoretische Kontexte aller Studien zu erhalten, um die fokussierten Ziele zu erreichen.			2. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein	
Abschnitt A: Sind die Ergebnisse des Reviews gültig?																										
1. Wurde in dem Review eine klar fokussierte Frage behandelt?	Ja	X																								
	Kann man nicht sagen																									
	Nein																									
Kommentare: Mittels qualitativen, interpretativen Ansatzes wurde versucht, soziale und theoretische Kontexte aller Studien zu erhalten, um die fokussierten Ziele zu erreichen.																										
2. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?	Ja	X																								
	Kann man nicht sagen																									
	Nein																									

	<p><b>Ausschlusskriterien:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Psychiatrische Pflege, Primär- oder Gemeindepflege oder öffentliche Gesundheit</li> <li>-Erfahrungen anderer Gesundheitsberufe enthalten (inkl. Hebammen)</li> <li>-Erfahrungen mit Angehörigen oder Patienten &lt; 18 Jahre (Kinder oder Jugendliche)</li> <li>-Daten ausserhalb von Europa, Nordamerika oder Australien</li> <li>-Keine (qualitative) Forschung und nicht in einer Zeitschrift veröffentlicht</li> </ul> <p><b>Datenerhebung/Messverfahren:</b> Zwischen Januar 1999 und Oktober 2009 in englischer Sprache veröffentlichte Artikel wurden durch eine Kombination von Recherchen in elektronischen Datenbanken und Handrecherchen in den Referenzlisten der gefundenen Arbeiten ermittelt. Datenbanken wie CINAHL, Medline, British Nursing Index und PsycINFO wurden mit medizinischen Schlagworten und Freitextsuchen zu den Themen Krankenpflege, akute Gesundheitsdienste, Erfahrungen und qualitative Forschung durchsucht.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Zwei Forscher führten die Datenbankrecherche und die vorläufige Studienauswahl. Phasen der Qualitätsbewertung (Würdigungsinstrument CASP), der endgültigen Auswahl, der Datenextraktion und der Analyse wurden von einer einzigen Forscherin durchgeführt in Absprache mit einem Team von Aktionsforschern aus dem Pflegebereich. Die Überprüfung wurde mit EPPI-Reviewer, ein Online-Software-Tool und die Synthese mit Microsoft Excel 2003 SP3 durchgeführt.</p> <p><b>Ethik:</b> Alle Autoren erfüllen mind. ein Kriterium nach dem International Committee of Medical Journal Editors zur Standardisierung der Ethik, die bei biomedizinischen Fachzeitschriften zur Veröffentlichung eingereicht werden.</p>	<p>Kommentare: Fokus lag auf qualitativem Studiendesign, um ausführlich persönliche Erfahrungen und Perspektiven zu erfassen.</p> <table border="1" data-bbox="1368 240 2152 408"> <tr> <th colspan="4">Lohnt es sich, weiterzumachen?</th> </tr> <tr> <td>3. Sind Sie der Meinung das alle relevanten Studien einbezogen worden sind?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: Es wurde in bekannten Datenbanken mittels passenden Ein- und Ausschlusskriterien nach veröffentlichten, englischsprachigen Studien gesucht.</p> <table border="1" data-bbox="1368 491 2152 643"> <tr> <td>4. Haben die Autoren genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: Meta-ethnografische Methode nach Noblit und Hare (1988). Studien wurden mittels CASP und genauer Datenanalyse als qualitativ hochwertig eingestuft, Expertenteam von Aktionsforschern aus dem Pflegebereich wurde zur Analyse beigezogen.</p> <table border="1" data-bbox="1368 746 2152 898"> <tr> <td>5. Falls die Ergebnisse des Reviews kombiniert wurden, war dies sinnvoll?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: «line-of-argument», bei dem Schlüsselkategorien für Vergleich und Sortierung der Interpretationen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede dienen und eine neue Interpretation für alle Studien gilt.</p>	Lohnt es sich, weiterzumachen?				3. Sind Sie der Meinung das alle relevanten Studien einbezogen worden sind?	Ja	X			Kann man nicht sagen				Nein			4. Haben die Autoren genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?	Ja	X			Kann man nicht sagen				Nein			5. Falls die Ergebnisse des Reviews kombiniert wurden, war dies sinnvoll?	Ja	X			Kann man nicht sagen				Nein		
Lohnt es sich, weiterzumachen?																																										
3. Sind Sie der Meinung das alle relevanten Studien einbezogen worden sind?	Ja	X																																								
	Kann man nicht sagen																																									
	Nein																																									
4. Haben die Autoren genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?	Ja	X																																								
	Kann man nicht sagen																																									
	Nein																																									
5. Falls die Ergebnisse des Reviews kombiniert wurden, war dies sinnvoll?	Ja	X																																								
	Kann man nicht sagen																																									
	Nein																																									
Ergebnisse	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b> Die Pflegenden in den einzelnen Studien charakterisierten die Beziehung zwischen ihnen und Patient durchweg als therapeutisch oder potenziell therapeutisch, da sie in der Lage sind, eine fundierte Entscheidungsfindung zu leiten und die Beurteilung der Reaktion auf die Behandlung zu unterstützen, das Medium für massgeschneiderte Pflege zu vollbringen, unterschiedliche Sichtweisen zwischen Patient, Familie und Fachkräften in Einklang zu bringen und als Fürsprecher des Patienten zu fungieren. Strategien, wie eine Verbindung zu Patienten herzustellen, das Individuum zu kennen und in die Pflege zu involvieren, werden dazu genutzt.</p> <p>Emotionale Auswirkungen: Wenn Pflegenden in der Lage sind, eine Pflegequalität zu bieten, die ihrem persönlichen Anspruch entspricht, erleben sie Gefühle der Befriedigung, der persönlichen Bereicherung und des Glücks. Wenn die sie jedoch nicht in der Lage sind, ihre Erwartungen zu erfüllen, erleben sie Schuldgefühle, Bedauern und Frustration. Sie leiden beispielsweise bei der Umsetzung eines Behandlungsplans mit kurativem Schwerpunkt, mit dem sie nicht einverstanden sind, oder wenn die persönlichen und organisatorischen Ressourcen fehlen um die Pflege zu leisten, die sie gerne hätten.</p>	<p>Abschnitt B: Was sind die Ergebnisse?</p> <p>6. Wie genau sind die Ergebnisse?</p> <p>Kommentare: Es wurde eine Synthese erstellt inklusive Interpretationen zweiter und dritter Ordnung. Konstrukt 3. Ordnung aus der Interpretation 1. Und 2. Ordnung ergab neue Theorien. Die Autoren sprechen diesen Ergebnissen einen hohen Wert und Verallgemeinbarkeit zu.</p> <p><b>Es werden keine Signifikanzlevels angegeben oder Konfidenzintervalle.</b></p>																																								

	<p>Einfluss des klinischen Umfelds auf die Fähigkeit zur Pflege: Das Setting hat einen hohen Stellenwert - Pflegende auf der Intensivstation oder auf der allgemeinen Station. Auf Akutstationen habe man festgelegte Routinen und keine Zeit für die Patienten. Sie definieren dies nicht als Mangel der Zeit, sondern als «Mangel des Daseins.» Dieser Mangel an Unterstützung für pflegerische Tätigkeiten scheint damit zusammenzuhängen, dass einzelne Pflegende sich dafür entscheiden, die Strategien nicht anzuwenden die für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung erforderlich sind. Als Selbstschutz ziehen sie sich aktiv aus der Beziehung zurück und entwickeln eine Arbeitspersönlichkeit, die Abschalten/Zurückziehen beinhaltet, Verlust der Fürsorge über ein bestimmtes akzeptables Mass hinaus und Depersonalisierung von Personen und Situationen.</p> <p><b>Weitere Ergebnisse:</b> Pflegende in der Intensivpflege haben zwar ebenfalls Schwierigkeiten, ihre Ziele zu erreichen, insbesondere als Fürsprecher der Patienten, hingegen besser in der Lage therapeutische Beziehungen zu den Patienten aufzubauen. Bestimmte organisatorische Bedingungen in der Intensivpflege könnten dazu beitragen, z. B. ein breiterer Qualifikationsmix oder die Eins-zu-eins-Pflege, die beide die Kontaktzeit zwischen Patienten und Pflegepersonal und damit die Fähigkeit zur Pflege verbessern könnten.</p>																												
<b>Diskussion</b>	<p><b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</b> Die Meta-Ethnographie ist eine systematische und strenge Methode zur Synthese qualitativer Forschung, die ein konzeptionell umfassender Bericht erstellen kann, besonders für politische Entscheidungsträger, Manager und Praktiker. Die Synthese ergab drei Konstrukte zweiter Ordnung:          -Charakterisierung der Beziehungen durch das Pflegepersonal, Strategien zum Aufbau von Beziehungen und emotionale Auswirkungen auf das Pflegepersonal          und ein Konstrukt dritter Ordnung:          -der Einfluss des Umfelds auf die Fähigkeit zur Pflege.</p> <p>Das Pflegepersonal muss den Nutzen der Beziehungsaspekte zu den Patienten besser vermitteln, dass therapeutische Beziehungen und auf Bedürfnisse einzugehen eine starke positive emotionale Wirkung auf Pflegende haben kann. Organisationen der Akutpflege und weitere Führungskräfte der Gesundheitssysteme müssen eine allgemeine Kultur schaffen, die die therapeutische Pflege-Patienten-Beziehungen sichtbar wertschätzt und emotionale Aspekte für alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Parteien unterstützt. Führungskräfte müssen Bedingungen, unter denen Pflegende arbeiten, verbessern, die Kontaktzeit zwischen Pflegekräften und Patienten optimieren und sicherstellen, dass klinische Überwachung und kollegiale Unterstützung routinemässig verfügbar und für das gesamte Pflegepersonal zugänglich sind.</p> <p><b>Limitationen:</b> Die Studien basieren auf den Erfahrungen von lizenziertem Pflegepersonal, die Synthese zeigt keinen Einblick in Beziehungen zwischen Patienten und weiterem Pflegepersonal. Alle Ergebnisse der eingeschlossenen Studien liegen nur auf der Grundlage von Interviewdaten, sind also begrenzt auf die Wahrnehmungen und Erfahrungen der Pflegekräfte.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die Ergebnisse dieser Meta-Ethnographie spiegeln wider, wie wichtig es ist, dass Pflegende die Komplexität, den Kampf und die moralischen Dilemmata, die mit der Pflegearbeit verbunden sind, offen anerkennen. Pflegende müssen die derzeitige und laufende Debatte auf die relationalen Aspekte der Pflege lenken und deren Vorteile und die Bedingungen, unter denen sie erfolgreich erbracht werden können, erforschen und artikulieren. Durch die Stimmen der Pflegenden</p>	<p><b>Abschnitt C: werden die Ergebnisse lokal helfen?</b></p> <table border="1" data-bbox="1373 651 2150 794"> <tr> <td>7. Sind die Ergebnisse auf die lokale Population/Bevölkerung übertragbar?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: Die Ergebnisse bieten Implikationen für die Praxis und berufen sich insbesondere auf Organisationen der Akutpflege, Gesundheitswesen und dessen Umfeld und die Manager.</p> <table border="1" data-bbox="1373 879 2150 1023"> <tr> <td>8. Wurden alle wichtigen Ergebnisse dargestellt?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: Wichtigste Informationen sind vorhanden, inklusive anregende und nachvollziehbare Interpretationen.</p> <table border="1" data-bbox="1373 1078 2150 1222"> <tr> <td>9. Sind die Vorteile die Schäden und Kosten wert?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: Meta-Ethnographie beweist sich als aufwändiges, kostenintensives Verfahren. Hat sich gelohnt, da die Ziele der Studie erreicht werden konnte.</p>	7. Sind die Ergebnisse auf die lokale Population/Bevölkerung übertragbar?	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein		8. Wurden alle wichtigen Ergebnisse dargestellt?	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein		9. Sind die Vorteile die Schäden und Kosten wert?	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein	
7. Sind die Ergebnisse auf die lokale Population/Bevölkerung übertragbar?	Ja	X																											
	Kann man nicht sagen																												
	Nein																												
8. Wurden alle wichtigen Ergebnisse dargestellt?	Ja	X																											
	Kann man nicht sagen																												
	Nein																												
9. Sind die Vorteile die Schäden und Kosten wert?	Ja	X																											
	Kann man nicht sagen																												
	Nein																												

tragen die Ergebnisse dazu bei, die weniger sichtbaren Aspekte der Pflege in der Akutversorgung zu artikulieren, aber auch die organisatorischen Bedingungen, unter denen Patienten und Pflegende am besten zurechtkommen.	
--	--

### **Güte der Studie von Bridges et al. (2013)**

Gesamteinschätzung der Güte nach Critical Appraisal Skills Programm (2018), Abschnitt A.

- + Zur Erreichung von fokussierten Zielen wurde mittels interpretativen Ansatzes versucht, soziale und theoretische Kontexte aller Studien zu erhalten.
- + Die Ergebnisse der Studie können als gültig bezeichnet werden, da mittels geeigneten Ein- und Ausschlusskriterien in passenden Datenbanken nach qualitativen Studien gesucht wurde, welche zur Beantwortung ihrer Ziele genutzt werden konnten.
- + Die Meta-ethnografische Methode wurde nach Noblit und Hare (1988) durchgeführt.
- + Zur Sicherung der Qualität aller ausgewählten Studien wurde das Würdigungsinstrument CASP genutzt und nach genauer Datenanalyse wurden alle Studien als qualitativ hochwertig eingestuft. Expertenteam von Aktionsforschern aus dem Pflegebereich wurde zur Analyse beigezogen.
- + Die Ergebnisse wurden sinnvoll kombiniert und kategorisiert indem für den Vergleich der Ergebnisse Schlüsselkategorien anhand von Interpretationen, Gemeinsamkeiten und Unterschiede erstellt wurden. Diese wurden von den Forschenden nochmals neu interpretiert, als sogenanntes «line-of-argument».

### **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie befindet sich auf dem drittletzten Level (4) der 6S Pyramide nach DiCenso (2009), da es sich um ein «systematisches Review» handelt, in dem als qualitative hochwertig eingestufte Studien einbezogen wurden.

## Anhang B3: AICA der Studie Molina-Mula und Gallo-Estrada (2020)

**Studie:** Impact of nurse-patient relationship on Quality of care and patient autonomy in decision making (Jesús Molina-Mula & Julia Gallo-Estrada, 2019)

	Inhaltliche Zusammenfassung	Kritische Würdigung
<b>Einleitung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> In der Literatur wird vieles beschrieben über die Rolle des Patienten, die Rolle der Pflegekraft und die Art der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient. Patient mit einer passiven Rolle, der den Fachpersonen ohne Hinterfragen vertraut, da er nicht die auf der gleichen Bildungsebene steht, wird in der Literatur als «guter Patient» betrachtet. Ohne die eigene Autonomie in der Entscheidungsfindung, kann die Beziehung zwischen Pflegenden und Patient aufgrund von Depersonalisation verschlechtert werden. Die Pflegenden können hingegen die Rolle der Experten einnehmen oder eine intime, mütterliche Position. Die meisten Studien, die die Art der Beziehung zwischen Krankenschwester und Patient analysieren, konzentrieren sich auf Konzepte der Compliance, Befähigung, Qualität der Beziehung, Ohnmacht und Macht.</p> <p><b>Problemstellung:</b> Eine gute Beziehung zwischen Pflegefachkraft und Patient verkürzt die Tage des Krankenhausaufenthalts und verbessert die Qualität und Zufriedenheit beider Seiten. Auch wenn die Beteiligung des Patienten an seinen Entscheidungen zwar stets steigt, wird die gute Beziehung durch die unterwürfige Rolle des Patienten bestimmt. Ein schlechtes Verhältnis zwischen Pflegekraft und Patient verringert die Qualität der Pflege und schränkt die Autonomie des Patienten ein. Ein «schlechter Patient» wird als jemand betrachtet, der viele Informationen verlangt, der seine eigenen Entscheidungen treffen möchte, auch entgegen den Empfehlungen der Fachkräfte und kaum eine Beziehung zu den Pflegenden aufbaut.</p> <p><b>Forschungsfrage:</b> Wie kann sich die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten auf die Fähigkeit zur autonomen Entscheidungsfindung des Patienten auswirken?</p> <p><b>Ziel:</b> Ziel dieser Studie ist es, die Faktoren zu analysieren, die die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient bestimmen, und die Auswirkungen auf die klinische Praxis, die Qualität der Pflege und die Entscheidungsfähigkeit der Patienten zu untersuchen.</p>	<p><i>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?</i> Ja, Zusammenhang zwischen Pflege-Patient Beziehung und decision-making</p> <p><i>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege?</i> Ja, das Phänomen ist die Entscheidungsfähigkeit, welche eine grosse Rolle im Gesundheitswesen spielt</p> <p><i>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</i> Das Ziel ist nachvollziehbar dargestellt. Die Autoren weisen darauf hin, dass das Phänomen der Forschungsfrage von vielen weiteren Faktoren wie interprofessionelle Beziehungen, Gesundheitseinrichtung, Pflegemodelle usw. beeinflusst</p> <p><i>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</i> Die Autoren weisen mehrmals durch vorgängige Literatur auf die Signifikanz der Arbeit hin.</p>
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> Phänomenologische qualitative Studie: Diskursanalyse durch Tiefeninterviews mit Pflegekräften sowie Pflegeberichte über die klinische Entwicklung von Patienten aus der Inneren Medizin und Fachabteilungen in einem Allgemeinkrankenhaus.</p> <p><b>Datenerhebung/Messverfahren:</b> Es ergab 13 semistrukturierte Interviews mit Pflegenden, die in drei Schichten arbeiten (morgens, nachmittags und Nacht) mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren und einer Mindest Erfahrung von fünf Jahren im Dienst sowie neun Jahre als Pflegenden. Zudem wurden 61484 deskriptive und kurze Einträge gesammelt, in denen das Pflegepersonal die Bewertungen und Vorkommnisse bei der Pflege und der klinischen Entwicklung der Patienten erfasst. Diese Dokumente umfassen alle Aktivitäten, die die Pflegenden während ihrer Arbeitsschicht durchführt, und werden in den Krankengeschichten festgehalten.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Beginn mit einer ersten induktiven Analyse ohne vorher festgelegte Kategorien oder Codes. Mit Hilfe der Diskursanalyse wurden Faktoren untersucht, die die Beziehungen zwischen Pflegekräften und Patienten bestimmen und ihre Auswirkungen auf die Qualität der</p>	<p><i>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</i> Ja, phänomenologische Analyse mittels Diskursanalyse.</p> <p><i>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz angebracht? Ist sie repräsentativ für die Population? Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</i> Da es sich um eine qualitative Studie handelt, erscheint die Stichprobengrösse angemessen. <b>Für die zusätzlich deskriptiven 61484 Pflegeberichten zeigt es sich schwierig eine Beurteilung bzgl. der Angemessenheit zu machen.</b></p> <p><i>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</i> Ja.</p>

	<p>Pflege und die Entscheidungsfreiheit des Patienten aus der Sicht der Pflegekräfte. Die Assoziation sowie Gewinnung von Schlussfolgerungen bestanden aus der Interpretation der Transkripte und ihrer impliziten Bedeutung auf der Grundlage der poststrukturalistischen Theorie von Foucault (1978).</p> <p><b>Ethik:</b> Vertrauliche Daten und Quellen wurden von den Teilnehmenden mittels Einverständniserklärung für die Studie bewilligt. Spanische Gesetzgebung, Grundsätze der Erklärung von Helsinki sowie weitere internationale Empfehlungen zum Datenschutz wurden beachtet, von der Ethikkommission für klinische Forschung der Balearen genehmigt und vom Krankenhaus autorisiert.</p>	<p><i>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?</i> Ja, sowohl in den Interviews als auch in den Pflegeberichten.</p> <p><i>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben?</i> Ja.</p> <p><i>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert?</i> Ja.</p> <p><i>Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein?</i> Ja, anhand der Diskursanalyse nach Foucault kann sowohl für die Interviews als auch für die Pflegeberichte aussagekräftige Annahmen gemacht werden.</p> <p><i>Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung?</i> Ja</p> <p><i>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</i> Ja.</p> <p><i>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</i> Ja, nach Foucault, M.</p> <p><i>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</i> Ja, Glaubwürdigkeit, Überprüfbarkeit und Übertragbarkeit, in Anlehnung an Morse (1995).</p> <p><i>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?</i> Ethische Aspekte wurden gründlich überprüft und von einer Ethikkommission genehmigt.</p>
Ergebnisse	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b> Aus der Diskursanalyse der Einträge im Dokumentationssystem wurden folgende Codes definiert: Guter Patient (a), schlechter Patient (b) und soziales Problem (c) aus der Perspektive der Krankenschwester.</p> <p>(a) Arbeitet mit Fachkräften zusammen, beteiligt sich an deren Anweisungen, bringt Gefühle und Bedenken dezent zum Ausdruck, ist bei grundlegenden Aktivitäten wie Hygiene, Essen und Ausscheidung selbständig und trifft kaum Entscheidungen über ihre Pflege, womit Pflegefachkraft eine bequemere Rolle erhält.</p> <p>(b) Ist anspruchsvoll und unangenehm, widersetzt sich den beruflichen Anforderungen, neurologisch unruhig, Arbeitsbelastung der Pflegenden steigt, was zu Spannungen zwischen den beiden führt und Vorliebe für passiven Patienten verstärkt.</p> <p>(c) Wird nach seiner körperlichen Autonomie und sozio-familiären Einschätzung eingestuft, was bei der Pflegekraft keine negative oder positive Wahrnehmung hervorruft, sondern eher eine maternalistische Haltung.</p>	<p><b>Kritische Würdigung</b></p> <p><i>Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden?</i> Ja, sehr</p> <p><i>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</i> Da sehr viele Daten generiert wurden, fällt der Ergebnisteil sehr umfassend aus mit diversen Definitionen und Verweisen auf die Pflegeberichte sowie Interviews.</p> <p><i>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</i> <b>Ergebnisse werden in den Tabellen ausführlich dargestellt, im Fliesstext hingegen nur sehr knapp zusammengefasst.</b></p>

	<p>Die Analyse der Interviews hat eine Kategorie der Patient-Pflege-Beziehung hervorgebracht und bestätigt gewisse Interpretationen aus den Einträgen. Folgende Codes wurden definiert: Beschützende Bevormundung des Patienten, Spannungen in der Beziehung zum Patienten, Entscheidungsgewalt des Patienten, Machtstrategien der Pflegenden, Guter Patient für die Pflege und Auswirkungen der Beziehung zwischen Pflegenden und Patient.</p> <p><b>Weitere Ergebnisse:</b> Die Unterstützung, Empathie, Beratung und Pflege eines Patienten entscheiden über die Entwicklung einer guten Beziehung und dessen Beteiligung an der Pflege. Die Interviewten betonten, dass der Patient seine Krankheit akzeptieren muss, mitarbeiten und alle ihm von den Fachkräften auferlegten Anweisungen befolgen muss. Andernfalls kommt es zu Spannungen, die zu Veränderungen in der Haltung der Pflegekraft führen und das Konzept des "guten" oder "schlechten" Patienten prägen. Die Art der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient sowie Alter und Berufserfahrung bestimmt die Entscheidungsfindung der Patienten. Jüngere Pflegenden mit weniger Erfahrung sehen Vertrauen darin, wenn der Patient ihre Arbeit schätzt und respektiert. Bei älteren und erfahreneren Pflegenden ist es die zwischenmenschliche Beziehung zum Patienten, welche dieses Vertrauen schafft.</p>	<p><i>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? <b>Pflegende benennen in den Interviews nicht die Patienten selbst «schlecht» sondern die Pflege-Patienten Beziehung.</b></i></p> <p><i>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja.</i></p> <p><i>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Lediglich aus der Sicht der Pflege.</i></p> <p><i>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar? Ja, logische Abgrenzung</i></p> <p><i>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? <b>Konzepte wie guter oder schlechter Patient und soziales Problem wirken umgangssprachlich und leicht provokant, kann dennoch als einfache Interpretation der Daten verwendet werden.</b></i></p>
Diskussion	<p><b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</b> Aus dieser Studie geht hervor, dass der Patient bei Entscheidungen über seine Pflege nicht autonom ist, was unter anderem durch die Beziehung der Pflege zum Patienten beeinflusst wird. Die Beziehung zwischen Krankenschwester und Patient ist zwar von Vertrauen geprägt, bleibt aber fest und von den Rollen geprägt, die jeder in dieser Beziehung einnimmt, wie Emmanuel (1992) definiert. Oftmals arbeiten Pflegenden nach dem Modell eines beschützenden Paternalismus. In den Interviews zeigt sich bei Pflegenden mit mehr Erfahrung und höherem Alter ein höheres Mass an Beteiligung der Patienten. Aufgrund ihres wissenschaftlichen Hintergrundes entscheiden oftmals Pflegenden über die Behandlung und bevorzugen unterwürfige Patienten, die die Pflege ohne Diskussion annehmen und die Arbeit der Pflegekraft respektieren. Dies führt zu einer Homogenisierung der Patienten, die ihre Identität, Individualität und Einzigartigkeit bedroht. Der Patient wird sowohl in den Pflegeberichten als auch in den Interviews als guter oder schlechter Patient eingestuft je nach der Beziehung zur Pflegekraft.</p> <p>Die Daten deuten darauf hin, dass das freie und autonome Verhalten des Patienten im klinischen Setting, sofern die Institution und Fachkräfte wie das Pflegepersonal beteiligt sind, die Entscheidungskompetenz des Patienten einschliessen soll. Der Entscheidungswille des Patienten über seine Pflege kann durch die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient erklärt werden. Dabei geht eine gute Beziehung zum Patienten mit gegenseitigem Vertrauen, Herzlichkeit, Nähe, Aufklärung, Beratung, Empathie und sogar Freundschaft einher, wie in anderen Studien vielfach kontextualisiert wurde. Die schlechte Beziehung stellt die Pflegekraft als alleiniger Experte dar, begleitet von einer Distanzierung gegenüber dem Patienten, mit ständigen Konflikten, spärlicher Kommunikation, wenig Zeit für die Anliegen des Patienten und einer Beziehung, die sich rein auf technische Aspekte konzentriert.</p>	<p><i>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja, sie gibt eine neue Sicht auf die Entscheidungsfindung.</i></p> <p><i>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Wird anhand der Interpretation beantwortet</i></p> <p><i>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Es wird auf vorherige Literatur verwiesen, besonders auf Ramos M.C. (1992), der die Pflege-Patient Beziehung in einer vorherigen Studie diskutiert hatte</i></p> <p><i>Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)? Ja.</i></p> <p><i>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? <b>Ja, auch wenn fraglich ist für welche Zielgruppe die Konzepte geschrieben wurden, da in «Laiensprache»</b></i></p> <p><i>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja.</i></p>

<p><b>Limitationen:</b> Beschränkungen der Technik der Datenerhebung aus Krankenakten führte zu einer sehr umfangreich dokumentierten Quelle mit knappen und unstrukturierten Texten, welche durch eine Auswahlstrategie eingegrenzt wurden. Ausserdem ergaben sich lediglich 13 Teilnehmende für die semistrukturierten Interviews.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die Studie zeigt auf, dass die Pflegekraft bestrebt, dem Patienten zu nützen, was ihre paternalistische Rolle rechtfertigt und die Entscheidungsfähigkeit des Patienten aufhebt. Mit den neuen Erkenntnissen soll die Beziehung zwischen den Mitgliedern des Gesundheitsteams und dem Patienten durch dessen Entscheidungsfähigkeit gefördert werden. Die Beziehung soll auf echtem Respekt für die Entscheidungen des Patienten beruhen, was angespannte Situationen und Konflikte verhindern kann. Bislang lieferten die Pflegeberichte in den verschiedenen Studien keine Informationen über die Qualität der Pflege und der Patientenautonomie, was durch die grosse Informationsquelle dieser Studie ermöglicht wurde. Den Ergebnissen zufolge sollte das Ausbildungsmodell der Krankenschwestern geändert werden, mehr auf ein patientenzentriertes Modell ausgerichtet werden.</p>	<p><i>Welches ist der Evidence-Level der Studie? Qualitative Studie mit Überzeugungen und Meinungen von Pflegefachfrauen aus der Praxis → wenig Güte, geringes Evidence-Level</i></p>
--	---

#### **Güte der Studie:**

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)

Positives wird mit + und Negatives wird mit - gekennzeichnet

- + Von der Ethikkommission für klinische Forschung der Balearen genehmigt und vom Krankenhaus autorisiert.
- + Der gesamte Prozess der Datenerhebung wurde mittels Feldtagebuch dokumentiert und einer doppelten digitalen Aufzeichnung in Anwesenheit eines Beobachters begleitet, der unter anderem Daten zu Metasprache, Positionen und Gesten sammelte.
- + Das Forschungsteam gewährleistet Zuverlässigkeit, indem die Datenerhebung und Datenanalyse in Bezug auf die Interviews und den gesammelten Pflegeberichten ausführlich beschrieben und die Ergebnisse zeitnah reflektiert werden.
- + Die Studie ist Teil einer grösseren Studie, welche die interprofessionellen Beziehungen und die Beziehung der Krankenschwester zu Managementmodellen untersucht.
- + Die Triangulation wurde durch die Übergabe von vier transkribierten Interviews an jedes Mitglied des Forschungsteams gewährleistet. Drei Treffen zum Austausch über die Transkriptionen wurden vereinbart, Daten wurden diskutiert und strukturiert.
- + Kategorien wurden so erarbeitet, dass die Codes jeder Kategorie entsprechend den verschiedenen diskursiven Positionen angepasst wurden.
- Die Sprache der gesetzten Titel der Kategorien erscheint vereinfacht und umgangssprachlich.
- + Die Übertragbarkeit wurde dadurch erreicht, dass durch detaillierte Beschreibungen und Diskussionen die Ergebnisse nachvollziehbar präsentiert wurden.
- + Die Diskussion ist schlüssig, Interpretationen sind nachvollziehbar und auf die Praxis bezogen.
- + Kriterien für die Bewertung der methodischen Strenge der Studie wurden in Übereinstimmung nach Moore (1995) erfüllt.

#### **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso (2009), da es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit handelt.



## Anhang B4: AICA der Studie Moura et al. (2020)

**Zusammenfassung der Studie:** Relationship between the implementation of primary nursing model and the reduction of missed nursing care. (Moura et al., 2020)

	Inhaltliche Zusammenfassung der Studie	Kritische Würdigung
<b>Einleitung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> Die Qualität der Pflege und die Patientensicherheit sind einige der Prioritäten von Leitern des Gesundheitswesens. Es ist deswegen von Interesse für alle Beteiligte im Gesundheitswesen, dass evidenz-basierte Modelle für Qualität und Patientensicherheit implementiert werden. Das Primary Nursing Modell ist eine davon und hat als Ziel, die möglichen Ressourcen zu erkennen und das pflegerische Outcome zu verbessern.</p> <p><b>Problemstellung:</b> Manager des Gesundheitswesens fokussieren sich auf Patientensicherheit, aber oft achten sie nicht auf die Gründe, warum oder wo eine umfassende Versorgung versäumt, oder verzögert wird. Es ist bekannt das in der Pflege Unterlassungsfehlern gibt, die behoben werden sollen.</p> <p><b>Forschungsfrage:</b> Diese Studie untersucht die Zusammenhänge zwischen der Anwendung des Primary Nursing Modells (folgend PNM) und die verfehlende Pflege und den Gründen, warum und wann die Pflege verfehlt wird.</p> <p><b>Problemstellung und Hypothesen:</b> Das Management der Pflege bei PNM erfordert von der Pflegekraft, sich auf die individuelle Komplexität der klinischen Fälle zu konzentrieren, was die Pflegekraft dazu veranlassen kann, bei der Pflege eines Patienten bestimmte Prioritäten zu setzen. Ein schlechtes Management dieser Prioritäten kann zu unerwünschten Patientenergebnissen führen und die Effizienz, Effektivität und Zufriedenheit des Pflegepersonals bei der Erbringung der Pflege beeinträchtigen. Infolgedessen entscheiden sich die Pflegekräfte möglicherweise dafür, bestimmte Pflegeaufgaben aufzuschieben oder auszulassen. Unterlassungsfehler sind leichter zu ignorieren als Begehungsfehler. Dennoch gibt es viel mehr Unterlassungshandlungen mit potenziell schwerwiegenden und weitreichenden Auswirkungen auf die Patientenergebnisse.</p>	<p><i>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</i> Ja, welche Zusammenhänge gibt es zwischen Primary Nursing und wie ist die Pflegequalität mit Implementation von diesem Modell.</p> <p><i>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</i> Ja</p> <p><i>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</i> Ja.</p>
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> Quantitative Studie, Prädiktive Korrelationsstudie in zwei Auswertungsstufen durchgeführt: 4 und 7 Monate nach Implementation. Das Mess-Instrument ist das MISSCARE-Brazil. Das MISSCARE-Brazil hat 56 Items und sind in 28 Item für «missed care» und 28 Items «reasons» aufgeteilt. Die Antworten für MNC waren auf eine fünf-punkte Likert-type Scala gegeben von «never or rarely missed» zu «always missed». Die Antworten für «reasons» waren auf eine 4-Punkt Scala gegeben, 1= «not a reason», 4= «significant reason». Die 28 Items der Gründen sind in 5 Dimensionen ungeordnet aufgeteilt. Die 5 Dimensionen sind: Arbeitsressourcen, Materielle Ressourcen, Kommunikation, ethische Dimension und Management.</p> <p><b>Stichprobe und Ort:</b></p>	<p><i>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja.</i></p> <p><i>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</i> Ja</p> <p><i>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Ja, für Population von brasilianischen Universitätsspitälern.</i></p>

<p><b>Population:</b> Pflegefachpersonen (RN=registered nurse) und Pflegeassistentinnen und Pflegeassistenten (nursing technician=TN), der HU-UFPI Universitätsspital in Brasilien.</p> <p><b>Ziehung der Stichprobe:</b> Pflegefachpersonen und Pflegeassistentinnen und Assistenten der brasilianische Universitätsspital.</p> <p><b>Ausschlusskriterien:</b> Jegliche Abwesenheit oder Verlassen von der Arbeit während Datenerhebung.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b> Die Einschlusskriterien waren die regelmäßige Anmeldung auf der stationären Abteilung, die regelmäßige an Betreuung der Patienten in der Station tätig sind, und bei allen Phasen der Datenerhebung teilgenommen haben.</p> <p><b>Datenerhebung/Messverfahren:</b> MISSCARE-Brazil Instrument; Teil A (missed care) plus Teil B (reasons) bestehend aus fünf Faktoren (labour resources, material resources, communication, ethical dimension and management/leadership style). Die Datenerhebung fand 4 und 7 Monate nach PNM Implementation von September 2015 bis September 2016.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Die Daten wurden mit dem "Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) eingegeben, geprüft und analysiert, Version 21.0 für deskriptive Statistiken.</p> <p><b>Ethik:</b> gemäß Genehmigung der Ethikkommission der UFPI</p>	<p><i>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wird sie begründet? Beeinflusst die Drop-Outs die Ergebnisse? Es wird keine Beurteilung zur Angemessenheit der Stichprobe gemacht.</i></p> <p><i>Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Es wird nur unterschiedet zwischen registered nurses und nursing technician.</i></p> <p><i>Werden Drop-Outs angegeben und begründet? Ja werden aufgeführt und erkannt.</i></p> <p><i>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Ja</i></p> <p><i>Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja.</i></p> <p><i>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Nein, diese werden als dropouts aufgeführt und werden nicht für die Statistik und Ergebnisse miteinbezogen.</i></p> <p><i>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Ja, test-retest</i></p> <p><i>Sind die Messinstrumente valide (validity)? Ja.</i></p> <p><i>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja.</i></p> <p><i>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Ja.</i></p> <p><i>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja.</i></p> <p><i>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Ja. Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Ja.</i></p> <p><i>Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja.</i></p> <p><i>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Ist festgestellt und begründet. (Gleichung)</i></p> <p><i>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Es gibt nicht ethische Fragen.</i></p>
---	---

		<p><i>Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Forschende und Teilnehmende gibt es keine Interessenkonflikte.</i></p>
<p><b>Ergebnisse</b></p>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b>  <b>Missed Nursing Care (MNC)</b>  → 4 Monate nach Implementation:  6 von der 28 Item haben ein hohes Niveau erreicht (&gt;40%), mit dem höchsten Auftreten in Punkt 22 (Attend interdisciplinary care conferences whenever held) gefunden, und niedrigste zwischen diese 6 auf 28 in Punkt 27 (Sitting the patient off the bed).  → 7 Monate nach Implementation  Die Frequenz von MNC wurde für 22 Item reduziert. Punkt 1 hat zugenommen in Häufigkeit und Punkt 22, obwohl seine Reduktion, bleibt das häufigste Item.</p> <p><b>Gründe:</b> Der wichtigste Grund sind die materiellen Ressourcen zu 90.6%, gefolgt von Arbeitsressourcen 89.6% und der Dimension Kommunikation 77.1%.  Vergleich zwischen 4 und 7 Monate nach Implementation, sieht man das Item 27 (High number of professionals working sick/health problems) 14 (Tension/communication breakdowns with the medical staff), 26 (Lack of motivation for work (due to low salary and/or lack of professional Appreciation)), 25 (The nursing professional is negligent (e.g., laziness. Lack of attention or insensitivity)), 13 (Tension/communication breakdowns within nursing team), 3 (Unexpected rise in patient volume and/or acuity on the unit) sind häufigste Gründe für MNC Reduktion. Es gibt eine signifikante Korrelation zwischen MNC und Gründen 5, 7, 17, 21<sup>1</sup>, 4 Monate nach Implementation. Es gibt keine signifikante Korrelation nach 7 Monate Implementation.</p> <p><b>Weitere Ergebnisse:</b> Emotionaler Support für Patienten und/ oder deren Angehörige (Item 10) konnte nach Implementation von PNM gesteigert werden, indem der Einsatz von qualitativer Pflege von 74% auf 81.3% gesteigert wurde. Die Dimensionen Arbeitsressourcen und Ethik erwiesen sich als signifikant in Bezug auf MNC. Die Arbeitsressourcen Dimensionen wies den höchsten Durchschnittswert auf (46.9%), gefolgt von Management (45.4%).  Einige Item der MNC zeigen eine signifikante Assoziation mit Berufsbezeichnung (14, 17, 25); mit Höhe Häufigkeit für NT: Item 14, 17, 25 nach 4 Monate Implementation und Item 2, 17, 21, 25 nach 7 Monate Implementation.  NT zeigen mehr MNC für Item 17 und 25 und RN für Item 2 und 21.</p> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b>  4 Tabelle: Im Text werden auch 2 Tabelle angegeben mit S1 und S2 Tabelle, die aber nicht in der Studie gibt, was der Leser verwirren kann.</p>	<p><i>Sind die Ergebnisse präzise? Ja.</i></p> <p><i>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden) Ja.</i></li> <li>• <i>Sind sie eine Ergänzung zum Text? Ja, und also zur Verständigung der erhaltenen Ergebnisse.</i></li> </ul>

<sup>1</sup> Uausgewogene Aufteilung der Patienten (5); Unzureichende Übergabe von der vorherigen Schicht oder Einheit (7); Starke Aufnahme- und Entlassungsaktivitäten (17); Mangelnde Bereitschaft des Pflegepersonals zur Führung. Beaufsichtigen. Und Teamarbeit durchzuführen (21).

<p><b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</b> Alter, Geschlecht, Erfahrung, Arbeitsschicht und Bildungsniveau sind nicht signifikant mit «missed care» assoziiert. Die Häufigste MNC nach 4 und 7 Monate Implementation waren: Item 1 (ambulation), 22 (interdisciplinary care conferences), 4 (setting up meals). Items 4 und 22 haben an Häufigkeit abgenommen mit der Zeit, aber Item 1 hat zugenommen, wie auch andere Studien in anderen Ländern bestätigt haben. Durch PNM können einige Pflegeaufgaben durch eine Fallzuweisungsmethode an NTs delegiert werden. Mittels Care-flow Modell, wird die Pflege durch die Zuständige organisiert was zu einer Reduktion der Häufigkeit von MNC führt. Um die Häufigkeit von MNC der 5 Items (22, 19, 11, 25, 14)<sup>2</sup> zu reduzieren, die nach 4 Monate Implementation ein hohes Potential für MNC zeigten, wurde mittels Care-Flow Modell eine gezielte Intervention gestaltet.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Für die Teilnahme an interdisziplinären Pflegekonferenzen (Punkt 22) wurden dreimal pro Woche für 30 Minuten klinische Sitzungen angesetzt, um mindestens einen Pflegeprozess mit den Krankenschwestern zu besprechen.</li> <li>Bei den Pflegeverfahren (Punkt 11, 19 und andere) entscheiden die Primary Nurses über den Pflegeprozess und die Art und Weise, wie sie für eine festgelegte Anzahl von Patienten 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche durchgeführt wird (Verantwortung und Rechenschaftspflicht);</li> <li>Die direkte zwischenmenschliche Kommunikation mit den Beteiligten hat Vorrang;</li> <li>Der Entlassungsplan ist im Flussdiagramm enthalten, Primary Nurse soll Entlassung durch patientenorientierte Pflege (des Items 14) planen, gestalten und anleiten.</li> </ol> <p>MNC waren auch mit Berufsbezeichnung verbunden. Delegation kann zur MNC Reduktion führen aber auch zu Konflikten mit der Berufsbezeichnung. Die Ergebnisse können daher genutzt werden, um die Zuweisung jeder Pflegeposition durch Rechenschaftspflicht und Verantwortung bei der Pflegeerbringung und geeignete pädagogische Interventionen zur Reduzierung von MNC zu verbessern. Um die Gründe für die unterlassene Pflege zu beseitigen, deuten die Ergebnisse darauf hin, dass Strategien zur Verbesserung der Teamarbeit, der Kommunikation, des Managements und des Flusses der Patientenaktivität und -menge erforderlich sind. Die Ergebnisse der Studie belegen, dass die Umsetzung von PNM die kurzfristige MNC und die Gründe für die versäumte Pflege reduziert und die Qualität der patientenzentrierten Pflege von der Autorität der Pflegehierarchie aus verbessert, insbesondere auf der Handlungsebene.</p> <p><b>Limitationen:</b> Es gibt keine Daten in Bezug auf MNC vor der Implementation von PNM. Population aus Brasilien in lediglich einem Spital.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Ein Vergleich der Umsetzung des PNM nach 4 und 7 Monaten zeigte, dass PNM ein leistungsfähiges Vorhersagemodell zur Verringerung der MNC und zur Ermittlung der damit verbundenen Gründe. Es zeigte sich ein direkter Zusammenhang zwischen der Wirksamkeit der Verringerung der unterlassenen Pflege, dem Pflegemanagement und der Effizienz bei der Organisation und Verwaltung der ganzheitlichen Pflege.</p>	<p><i>Werden alle Resultate diskutiert? Ja.</i></p> <p><i>Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja, es ist auch nachvollziehbar erklärt.</i></p> <p><i>Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja.</i></p> <p><i>Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja, für einige Ergebnisse werden sie gesucht und diskutiert (Aufgabe Aufteilung unterschiedliche in Brasilien als in anderen Ländern)</i></p> <p><i>Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja.</i></p> <p><i>Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar? Die Ergebnisse erklären die aktuellen Bedingungen in der Praxis und sind eine momentane Aufnahme der Situation. Implementationsvorschlägen werden eingebracht und Ergänzungen werden erläutert.</i></p> <p><i>Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja, es wäre spannend in anderen Ländern zu sehen wie die Situation ist.</i></p>
--	--

<sup>2</sup> Teilnahme an interdisziplinären Pflegekonferenzen, wann immer sie stattfinden (22); Reaktion auf Patientenglocke wird innerhalb von 5 Minuten eingeleitet (19); Baden/Hautpflege der Patienten (11); Absaugung der Atemwege (25); Planung der Entlassung des Patienten und/oder der Familie und Anleitung (14).

**Güte:**

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Bartholomeyczik (2008)

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet.

- + Die Objektivität der Studie ist garantiert durch die Anwendung von Standardisierter Messinstrument, MISSCARE.
- + Das benutzte Messinstrument wurde für die Anwendung in Brasilien (cross-cultural adaptation) adaptiert.
- + Das genutzte Messinstrument wurde auf seine Objektivität, Validität und Reliabilität von den Forschenden überprüft.
- + Die Reliabilität des adaptierten Messinstruments wurde durch die Bewertung der internen Konsistenz von Teil A und den fünf Faktoren in Teil B ermittelt, die eine starke Korrelation aufwiesen.
- + Validität ist gewährleistet da der Studiendesigns sinnvoll für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählt worden ist.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie entspricht dem untersten Level (6) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine primär datenbasierten Forschungsarbeit handelt.

## Anhang B5: AICA der Studie Naef et al. (2019)

**Zusammenfassung:** Adaption, benefit and quality of care associated with PN in an acute inpatient setting: A cross-sectional descriptive study – Naef et al. (2019)

	Inhaltliche Zusammenfassung der Studie	Kritische Würdigung
<b>Einführung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> Primary Nursing (PN) wurde im Jahr 1970 formuliert als Alternative zu aufgabenorientierten Modellen, mit dem Fokus auf Pflegend-Patient Beziehung, als essenziell für Qualität und Kontinuität der Pflege. PN zielt darauf ab, Beziehungskontinuität, gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Pflegekraft und Patient und koordinierte Pflegeleistungen in Pflgeteams während des gesamten stationären Aufenthalts zu gewährleisten und gleichzeitig die Autonomie und Verantwortlichkeit der Pflegekräfte bei klinischen Entscheidungen sicherzustellen. «Primary Nurses» sind Pflegefachpersonen aber die Pflegeleistungen werden auch von weiteren Pflegenden gewährleistet. PN ist mit Qualität und Zufriedenheit der Pflege, höhere Arbeitszufriedenheit und reduzierten Kosten verbunden. Andere Studien stellen einen Zusammenhang zwischen PN und höhere Pflegeverständnis gegenüber den Patienten, gesteigerte Kommunikation mit Familien, vermehrte Informationslieferung, positivere Gesamterfahrung des Spitalaufenthalts in Vergleich zur Kontrollgruppe (Baseline).</p> <p><b>Problemstellung:</b> Im Gesundheitswesen gibt es den Bedarf, positive Outcomes zu haben und gleichzeitig die Spital Kosten und Aufenthaltsdauer zu reduzieren. Evidenz basierte Ergebnisse über PN sind immer noch umstritten und unschlüssig. PN in der Akutversorgung werde derzeit noch uneinheitlich und unstrukturiert gehandhabt.</p> <p><b>Forschungsziele:</b> 1) Einführung von PN und dessen wahrgenommener Nutzen für eine personenzentrierte, koordinierte Pflege zu untersuchen; 2) Qualität von PN und personenzentrierter Pflege aus Sicht der Patienten zu ermitteln; 3) Einführung und den Nutzen von PN und Qualität der PN geleiteten Pflege in 7 verschiedenen Akutabteilungen eines Krankenhauses zu vergleichen.</p>	<p><i>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung?</i> Ja, welche Zusammenhänge gibt es zwischen PN und wie ist die Pflegequalität durch die Implementation dieses Modells.</p> <p><i>Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?</i> Ja.</p> <p><i>Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt?</i> Ja, ausführlich.</p>
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> Querschnittsstudie.</p> <p><b>Stichprobe und Ort:</b> Patienten und Pflegefachpersonen aus einem Universitätsspital im deutschsprachigen Teil der Schweiz.</p> <p><b>Population:</b> Deutschsprachige Patienten die &gt; 2 Tage lang hospitalisiert waren und in der Lage sind, kognitiv zu verstehen und physisch einen kurzen, persönlichen Fragebogen zu beantworten. Alle PPN, Pflegeassistentinnen- und Assistenten konnten an der Studie teilnehmen.</p> <p><b>Ziehung der Stichprobe:</b> Die Stichprobe entstand durch eine Liste von Patienten, die von der Stationsleiterinnen und Leiter der verschiedenen Abteilungen erstellt wurden. Pflegepersonal wurde</p>	<p><i>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</i> Ja, Daten werden von Pflege und Patient gesammelt.</p> <p><i>Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht?</i> Ja, sie beziehen sich auf mehrere Stationen im gleichen Spital.</p> <p><i>Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? – Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</i> Da das Studiendesign deskriptiv ist, sind die Ergebnisse repräsentativ auf den deutschsprachigen Teil der Schweiz oder mindestens denselben Kanton.</p>

<p>via E-Mail über die Teilnahme an der Studie aufmerksam gemacht. Zu den Teilnehmern gehörten stationäre Patienten (N = 369) und Pflegende (N = 381).</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Die Einschlusskriterien für Patienten werden nicht getroffen.</p> <p><u>Einschlusskriterien</u> Stationäre Patienten konnten an der Studie teilnehmen, wenn sie (a) seit mindestens 2 Tagen im Spital waren; (b) in der Lage waren, sich auf Deutsch zu verständigen; und (c) in der Lage waren, kognitiv zu verstehen und physisch an einer kurzen, persönlichen Verabreichung eines Fragebogens teilzunehmen.</p> <p><b>Datenerhebung/Messverfahren:</b> Personenzentrierte Fragenbogen-gestützte Interviews wurden von Pflegestudierende (N=58) im Mai 2017 durchgeführt. Die Leiterinnen und Leiter der 7 verschiedene Stationen haben mögliche Patienten ausgesucht und den Forschenden bekannt gegeben. Die Patienten erhielten in der Zwischenzeit ein Informationsblatt zur Studie, damit sie sich informieren konnten. Die Patienten mussten dann zweimal ihre mündliche Zustimmung geben (am Vortag und am gleichen Tag).</p> <p>Die Daten wurden über 2 Monaten gesammelt. Leiterinnen und Leiter der Stationen erhielten den Link, welchen sie dann ihrem Team weiterleiteten und sie ermutigten, an der Studie teilzunehmen. 1) Zur Datenerhebung vom Pflegepersonal wurde ein selbstentwickelter Fragenbogen und ein strukturierter Extraktionsbogen für Patienten benutzt. Die neun-Item des PNS (PN Scale) bewertet, inwieweit PN aus Sicht des Pflegepersonals übernommen wurde und für die Gewährleistung einer koordinierten, personenzentrierten Pflege in der Akutversorgung von Nutzen war. Der Fragebogen hat drei Kernpunkte: Verantwortlichkeit in der Beziehung, Kontinuität und Koordination der Pflege und personenzentrierte Pflege. Die Fragen werden durch eine «6-point Likert Scale» bewertet. Eine hohe Punktzahl stellt ein hohes Niveau der Implementation und Vorteile von PN dar. Mittels strukturierter Extraktionsbogen wurde der Einsatz von PN in der Patientenversorgung bewertet. Vier Indikatoren wurden aus der Spital Definition von PN abgeleitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wurde eine primär Pflegeperson zur Patientin oder Patient zugeteilt [ja/nein]</li> <li>b) pflegerische Eintritt-Assessment und Pflegeplanung wurden gemacht in den ersten 48 Std[ja/nein] durch primäre PP [ja/nein]</li> <li>c) Folge-Assessment und Pflegeplanung wurden mindestens einmal pro Woche durchgeführt[ja/nein] durch primäre PP [ja/nein]</li> <li>d) Austrittsplanung wurde angefangen [ja/nein], durch primär PP [ja/nein].</li> </ul> <p>Um das zweite Ziel der Forschung zu beantworten, wurde das OPPQNCS (Oncology Patients' Perceptions of Quality of Nursing Care Scale) eingesetzt, da diese Skala am besten die Spital Definition von Personenzentrierte Pflege operationalisiert.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Daten wurden auf RedCap exportiert und im SPSS Version 23 für deskriptive Analyse. Test for Korrelation und Verteilung wurden durchgeführt. Da die Daten nicht normalverteilt sind wurden Median und Perzentile genommen.</p> <p><b>Ethik:</b> Guideline von Swiss Acafemy of Medical Sciences über Research on Humans in Health and Illness mussten keine schriftliche Einwilligung geben, da alle Daten anonym gesammelt wurden.</p>	<p><i>Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wir wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse?</i> Es wurde keine «power calculation» gemacht. Aufgrund der deskriptiven Variante machen die Autoren eine Schätzung der Teilnehmer und kommen auf eine geeignete Anzahl an Teilnehmenden. Drop-Outs werden beschrieben und erkannt.</p> <p><i>Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich?</i> Anhand der Einteilung der Stationen. Ja sie sind ähnlich.</p> <p><i>Ist die Datenerhebung für die Fragestellung nachvollziehbar? Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmern gleich? Ja.</i></p> <p><i>Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben?</i> Nein, nicht komplette Daten wurden als Dropouts bezeichnet.</p> <p><i>Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)?</i> Trotz der Übersetzung zeigte die deutsche Version höhere Reliabilitätswerte wie der Originale.</p> <p><i>Sind die Messinstrumente valide (validity)?</i> Die Validität der deutschen Version wurde auf 15 PP getestet und angepasst. <i>Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Ja.</i></p> <p><i>Sind mögliche Verzerrungen/ Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Ja.</i></p> <p><i>Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Ja.</i></p> <p><i>Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveaus? Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja.</i></p> <p><i>Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Die Höhe wird genannt, aber nicht begründet.</i></p> <p><i>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?</i> Wurden diskutiert, mündliche Zustimmung der Teilnehmenden reichten, eine Genehmigung war nicht notwendig.</p>
--	--

<b>Ergebnisse</b>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b>  <u>Daten von Pat.:</u> 96.5% von Patienten berichteten von einer qualitativ hohen Gesamtpflege (median 5.4). 3 von 4 Merkmalen von patientenorientierter Pflegemassnahmen (Ansprechbarkeit 5.6, Befähigung 5.6 und Individualität 5.4) wurden mit einem hohen Score berichtet. Die 4. Merkmal (Koordination) wurde von der Pflege als niedriger empfunden (4.7). 72.1% von Pat. bekamen eine PN zugeteilt.  Eintrittsassessment und Pflegeplanung wurden innerhalb von 48 Std. nach Aufnahme in 81.1% der Fälle gemacht: nur bei 26.1% der Pat. konnte die PN dies vollständig und bei 11.7% der Pat. nur zum Teil abschliessen.  Austrittsplanung bei 86.5% der Pat. und davon war nur die PN nur zur Hälfte (42.9%) involviert. Wöchentliches Folge-Assessment und Pflegeplanung wurde in 50.5% der Pat. gemacht deren Aufenthaltsdauer &gt;7 Tage betrug und in 43.0% der Fälle durch eine Primary Nurse.</p> <p><u>Daten von PP</u>  63.3% Pflegende sagen, dass PN auf deren Abteilung angewendet wird.  71.4% von Pflegende finden, dass Bedürfnisse der Patienten erfüllt werden können.  Nur 45% der Pflegende meinen, dass eine zugeteilte Primary Nurse den Pflegeprozess führt. Weniger als die Hälfte der Pflegenden finden, dass Arbeitspläne PN unterstützen.  80.5% von PP stimmen (stark) zu, dass PN hilfreich ist, um personenzentrierte Pflege zu erbringen.  79.5% der PP finden, dass PN ein Beziehungsaufbau mit Patienten ermöglicht und die Kontinuität der Pflege fördert (73.9%).  60.8% der PP finden, dass eine Hauptverantwortung für die Planung und Koordinierung der Patientenversorgung ihre Arbeitszufriedenheit erhöht.  → Aber es gibt eine signifikante Korrelation zwischen Annahme und Nutzen von PN.</p> <p><b>Weitere Ergebnisse:</b>  <u>Demografische Angaben:</u> Von 680 mögliche Patienten nur 369 waren geeignet, nur 346 haben die Fragenbögen komplett ausgefüllt. Median Alter 59, 52% Frauen, Median Aufenthaltsdauer 6 Tage. 381 Pflegende komplett ausgefüllte Fragenbogen: 360 PPen (94.5%) 13 FaGe (3.4%), 8 Pflegeassistentinnen oder Assistenten (2.1%). 82% Frauen und 2/3 100% angestellt. 60.8% HF, 33.6% Bachelor oder Master of Advanced Studies 5.6% MSc. 87.8% als Primary Nurses gearbeitet. Und 2/3 &gt; 2Jahre.</p> <p><u>Weitere Infos:</u> Mit 85 (0-100) Punkten sagen Pflegende, dass sie genügend eingeführt und familiär mit dem Spitalansatz des PN sind. 171 Pflegende haben die Spitalrichtlinien gelesen und 1/3 wurde direkt von einer APN instruiert. Keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stationen. Signifikanter Zusammenhang zwischen Zuteilung von Primary Nurse und PN-geführte Assessment, Evaluation und Planung mit Pflegeabteilungen, jedoch nicht für Aktivitäten zur Entlassungsplanung. Keine Beeinflussung auf Wahrnehmung des Umfangs von PN Annahme oder Nutzen durch Demographische Daten der PP.</p> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b> Tabellen und Figuren</p>	<p><i>Sind die Ergebnisse präzise? Ja.</i></p> <p><i>Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien:  Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden..)? Ja.</i></p> <p><i>Sind sie eine Ergänzung zum Text? Ja sowie zur Erklärung der Themen-Gruppierung.</i></p>
-------------------	---	--



**Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:** Während die Qualität der Versorgung insgesamt hoch war, bleibt die Koordination der Versorgung ein komplexer und schwieriger Aspekt in der Akutversorgung, auch wenn PN als Kernmodell der Patientenversorgung gilt. Im Vergleich mit anderen EU-Ländern, zeigt CH die höchste Patienten-berichtete Pflegequalität in alle 4 Subskalen. In anderen Studien wird präsentiert, dass Patientensicherheit und individuelle Pflege eng mit Pflegequalität zusammenhängen und auf Stationsfaktoren (Stationskultur, Leadership, Teamskills) determiniert sind. Es wurde jedoch kein statistisch signifikanter Unterschied in der Pflegequalität zwischen den Stationen in dieser Studie gefunden.

Die Indikatoren für die PN-geleitete Pflege (Assessment, Planung und Bewertung der Versorgung) und die von den Pflegenden wahrgenommene Akzeptanz und der Nutzen von PN waren signifikant mit der Abteilung assoziiert, was darauf hindeutet, dass sich die Annahme zwischen den klinischen Bereichen unterscheidet. Einflussfaktoren dazu wurden nicht bewertet. Evaluationen von anderen Studien bezüglich PN auf Intensivstationen, berichteten ebenfalls von erheblichem Stress der PN-Pflegefachpersonen, der mit der engen Nähe zu kritisch kranken Patienten und Familienmitgliedern über längere Zeiträume assoziiert wurde.

Wieso Intensivpflegende den Nutzen von PN weniger einsehen, im Vergleich zu PP auf Stationen der Akutsomatik, bleibt unklar.

Pflegekräfte berichten über positive Auswirkungen von PN auf die Qualität der Pflege, insbesondere auf die Kontinuität der Pflege, den Beziehungsaufbau und auf Arbeitszufriedenheit.

Die Einstellung der Pflegenden, dass PN stärker angenommen wird, war mit einer höheren Wahrnehmung ihres Nutzens verbunden. Bessere Annahme → bessere Personenzentrierte Pflege.

Die Forderung, stationäre Prozesse so zu gestalten, dass eine integrierte, koordinierte und kooperative Versorgung möglich ist, lässt sich nur schwer in die Praxis umsetzen. Aus dieser Studie geht hervor, dass der konsequente Einsatz einer Primary Nurse zur Planung, Durchführung und Bewertung der stationären Versorgung eines Patienten nach wie vor schwer vorstellbar ist.

Arbeitspläne so zu organisieren, dass der Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und Patient gefördert wird und dass die PP auch sich zuständig für Assessment, Evaluation und Planung fühlt. Es wäre fast angebracht eine Umgestaltung der PN, vor allem wo Aufenthaltsdauer kurz ist, sodass PP eine Beziehungsbasierte und personenzentrierte Pflege ermöglicht wird. Eine Umgestaltung von PN könnte die zunehmend komplexeren Pflegebedürfnisse von Pat. erfüllen, um Kollaboration, Integration, Koordination verschiedener Gesundheitsberufe im Spital über längere Zeit zu fördern.

**Schlussfolgerung:** Die Pflege die Patienten erlebt haben, war individualisiert, aufmerksam und kompetent, aber die Koordinierung der Pflege hinkt hinterher. Eine ungenügende Implementation der PN wurde aus den Daten von Patienten und PP bestätigt. PP beschrieben den Nutzen von PN als beziehungsfördernd und steigert die personenzentrierte Pflege sowie Arbeitszufriedenheit. PN ist zwar nützlich, reicht aber möglicherweise nicht aus, um Kontinuität und Koordination der Pflege in der Akutsomatik zu gewährleisten. Weitere Forschungen über PN sowie fördernde und hindernde Faktoren für koordinierte und kontinuierliche Pflege wird benötigt.

*Werden alle Resultate diskutiert? Ja.*

*Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Ja, es ist auch nachvollziehbar erklärt.*

*Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Ja.*

*Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Ja, für einige signifikante Ergebnisse werden Erklärungen gegeben.*

*Ist diese Studie sinnvoll? Werden Stärken und Schwächen aufgewogen? Ja.*

*Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in die Praxis umsetzbar? Die Ergebnisse erklären die aktuellen Bedingungen in der Praxis und dienen als Momentaufnahme der Situation in der deutschsprachige Universitätsspitalern der Schweiz. Implementationsvorschlägen werden eingebracht und Ergänzungen werden erläutert.*

*Wäre es möglich diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? Ja es kann in der Langzeit wiederholt werden, obwohl dies bereits in ähnlicher Weise erforscht wurde → Siehe Einleitung.*

***Werden Limitationen der Studie angegeben?***

Möglichweise haben PP die näher und geübter mit PN waren, einfacher an der Studie teilgenommen. Kritisch kranke und kognitiv eingeschränkte Patienten könnten in der Stichprobe weniger vorhanden sein. Deren Empfindung von PN könnte aufgrund ihrer komplexeren Pflegebedürfnisse anders sein. Antworten der Patienten könnten aufgrund von sozialer Erwünschtheit höhere Qualitätswerte aufweisen, da die Daten von Studenten gesammelt wurden, die nicht in der Pflege beteiligt sind. Fragebögen wurden übersetzt (OPPQNCS) oder selbst entwickelt (PNS, Extraktionsbogen), ihre Gültigkeit und Zuverlässigkeit wurden zuvor nicht geprüft.

**→ Vielleicht können wir diesen Text hier hintun?**

**Güte:**

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Bartholomeyczik (2008)

Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet.

- Selbst entwickelte Fragebogen, Primary Nursing Scale (PNS) und structured extraction sheet (Extraktionsbogen).
- + Die initiale Version der PNS wurde auf 15 Pflegenden getestet und angepasst (Erhöhung der Objektivität)
- + Die Studierenden, die Daten erfasst haben, waren nicht auf die gleiche Abteilung tätig.
- Die Fragebögen wurden entweder übersetzt (OPPQNCs) oder selbst entwickelt (PNS, Extraktionsbogen), und ihre Validität und Reliabilität wurden zuvor nicht geprüft.
- + Validität ist gewährleistet, da der Studiendesign sowie die Messinstrumente sinnvoll für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählt worden sind.
- Reliabilität der Beurteilenden (Studierende, die die Daten erfasst haben) konnte nicht festgestellt werden.
- + Die deutsche Version vom OPPQNCs zeigte ähnliche und hohe Reliabilität wie die Originalversion.
- + PNS zeigten eine hervorragende Reliabilität in dieser Stichprobe.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie entspricht dem untersten Level (6) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009), da es sich um eine primär datenbasierte Forschungsarbeit handelt.

## Anhang B6: CASP der Studie Riviere et al. (2019)

**Zusammenfassung:** Core elements of the interpersonal care relationship between nurses and older patients without cognitive impairment during their stay at the hospital: A mixed-methods systematic review. - Riviere et al. (2019)

	Inhaltliche Zusammenfassung	Kritische Würdigung																																
<b>Einleitung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> Spitalerfahrung von älteren Menschen sind von Beziehung mit PP abhängig, im Gesundheitswesen zwischen PP und Pat sind Kontakt und Kommunikation limitiert. Ältere Menschen profitieren am meisten von individualisierter Pflege. Forschung zeigt, dass Pflegende einen Task-orientierte (Symptom Behandlung, neue auftretende Situationen) Ansatz haben mit Fokus auf physische Pflege der Menschen statt psychosozialer Pflege. Eine fürsorgliche Beziehung zum Pflegepersonal scheint das Gefühl der Verletzlichkeit bei älteren Patienten zu verringern und stärkt das Gefühl, respektiert zu werden. Prinzip: positive Beziehung Pat.-PP: Basiselement für Pflegequalität basiert auf Peplaus Theorie. PP und Pat. als einzigartige Personen konzipiert, die jeweils ihren eigenen Feldern der Erfahrungen und Wahrnehmungen, die sich aus Gedanken, Gefühlen, Wünsche, Annahmen, Erwartungen und Aktivitäten darstellen. Die Interaktion zwischen den Gedanken, Gefühlen (...) des Pat. und PP steht im Mittelpunkt des Pflegeprozesses. Obwohl neuere Modelle im Gesundheitswesen Anhaltspunkte bieten, um Elemente der interpersonellen Pflegebeziehung aufzeigen, bleibt unklar, was dieses Konzept umfasst.</p> <p><b>Problemstellung:</b> Die Alterung der Bevölkerung und Zunahme an chronisch erkrankte alte Menschen führt zu einem höheren Bedarf an Hospitalisierung, ganzheitliche und spezifischere Pflege. Ca. 30-60% der älteren Pat. erleben einen funktionellen Rückgang, was sich in Verlust der Unabhängigkeit, eingeschränkte Autonomie, längere Spitalaufenthalte, vermehrte Rückkehr in einen Spital und/oder Institutionalisierung zeigt. Bisher gibt es keine einheitliche Definition von interpersonellen Pflegebeziehungen.</p> <p><b>Ziel:</b> Forschungsergebnisse zu den Elementen des interpersonellen Pflegebeziehung, aus der Perspektive von älteren Patienten zu untersuchen und zusammenzufassen.</p>	<p>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Ja</p> <p>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Ja</p> <p>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja</p>																																
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> Systematische mixed-methods Review. 4 Datenbanken (PubMed, Web of Science, the Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL). 4 Suchbegriffe: Interpersonal care relationship, aged, nurse, hospital.</p> <p><u>Einschlusskriterien:</u> Patienten über 65 Jahre, akut Spitälern, nicht kognitiv beeinträchtigt. Fokus der Artikel auf ältere Pat. Perspektive der interpersonelle Pflegebeziehung mit PP. Bis 9.Oktober 2018 keine untere Grenze, da Veränderungen in interpersonelle Pflegebeziehung unwahrscheinlich sind.</p> <p><u>Ausschlusskriterien:</u> Psychiatrie, Rehabilitation, Palliative care.</p> <p><b>Datenerhebung/Messverfahren:</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="background-color: #D9E1F2;">Abschnitt A: Sind die Ergebnisse des Reviews gültig?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 60%;">4. Wurde in dem Review eine klar fokussierte Frage behandelt?</td> <td style="width: 20%;">Ja</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">X</td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="padding: 5px;">Kommentare: Elementen des interpersonellen Pflegebeziehung, aus der Perspektive von älteren Patienten</td> </tr> <tr> <td>5. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?</td> <td>Ja</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Abschnitt A: Sind die Ergebnisse des Reviews gültig?				4. Wurde in dem Review eine klar fokussierte Frage behandelt?	Ja	X			Kann man nicht sagen				Nein			Kommentare: Elementen des interpersonellen Pflegebeziehung, aus der Perspektive von älteren Patienten				5. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?	Ja	X			Kann man nicht sagen				Nein		
Abschnitt A: Sind die Ergebnisse des Reviews gültig?																																		
4. Wurde in dem Review eine klar fokussierte Frage behandelt?	Ja	X																																
	Kann man nicht sagen																																	
	Nein																																	
Kommentare: Elementen des interpersonellen Pflegebeziehung, aus der Perspektive von älteren Patienten																																		
5. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?	Ja	X																																
	Kann man nicht sagen																																	
	Nein																																	

	<p>Den gefundenen Artikeln (N=7596) würden durch Titel filtriert. 179 Artikeln würden für Full-text Lesung zugelassen, 24 Artikeln für Review genommen. Methodologie Qualität der Studie durch CASP, Quality Assessment for quantitative Studies, MMAT. Datenerhebung durch Erhebungsform: Ziel der Studie, Methode, Population, Elemente der Interpersonelle Pflegebeziehung.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Thematische Analyse, um Ergebnisse zu strukturieren. NVIVO 10 Software für qualitative Datenanalyse à Texten werden codiert und es werden daraus Themen herstellt, die nach Richtigkeit und Genauigkeit in Bezug auf Originaltext überprüft werden.</p> <p><b>Ethik:</b> Keine Angabe, die Autoren melden keinen Interessenkonflikt und bestätigen, dass dieser Artikel eine Originalarbeit ist und weder anderswo veröffentlicht wurde noch wird er derzeit für eine Veröffentlichung an anderer Stelle in Betracht gezogen.</p>	<p>Kommentare: Sie haben verschieden Arten von Studien miteinbezogen (mixed-methods)</p> <p><b>Lohnt es sich, weiterzumachen?</b></p> <table border="1"> <tr> <td>6. Sind Sie der Meinung das alle relevanten Studien einbezogen worden sind?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: Aufgrund der Beschreibung der Autoren, wurde ein wirksamer und strenger Mechanismus benutzt, um die Studien zu filtrieren.</p> <table border="1"> <tr> <td>4. Haben die Autoren genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: Sie haben unterschiedliche «Critical Appraisal» Instrumente genutzt um die Qualität der Studien überprüfen.</p> <table border="1"> <tr> <td>5. Falls die Ergebnisse des Reviews kombiniert wurden, war dies sinnvoll?</td> <td>Ja</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td></td> </tr> </table> <p>Kommentare: Ergebnisse strukturiert und zusammenfassend dargestellt.</p>	6. Sind Sie der Meinung das alle relevanten Studien einbezogen worden sind?	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein		4. Haben die Autoren genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein		5. Falls die Ergebnisse des Reviews kombiniert wurden, war dies sinnvoll?	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein	
6. Sind Sie der Meinung das alle relevanten Studien einbezogen worden sind?	Ja	X																											
	Kann man nicht sagen																												
	Nein																												
4. Haben die Autoren genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?	Ja	X																											
	Kann man nicht sagen																												
	Nein																												
5. Falls die Ergebnisse des Reviews kombiniert wurden, war dies sinnvoll?	Ja	X																											
	Kann man nicht sagen																												
	Nein																												
Ergebnisse	<p>Kernelemente: Für ältere Pat. sind Würde und Respekt, die erfüllt werden müssen in der interpersonelle Pflegebeziehung. Core Elements sind verbunden mit Pflegeverhalten und Einstellung, personenzentrierte Pflege, Partizipation der Patienten, Kommunikation und situative Faktoren. → 3 Gruppe an Variablen: Anbietervariablen, Patientenmerkmale und situationsbedingte Variablen. Unterkategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pflegende sind da: <ul style="list-style-type: none"> <li>- PP aufmerksam für Pat. Bedürfnisse, Aufmerksamkeit auf kleine Dinge.</li> <li>- Unkonditionierte PP Wille, um zu helfen.</li> <li>- Sich Zeit für Pat nehmen (8 Studien gefunden, wo Pat dachten, PP hat keine Zeit)</li> </ul> </li> <li>o Pflegende haben Interesse: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialisieren, Familiarisieren = Vorstellung mit Vornamen - von sich selbst erzählen.</li> <li>- Sich Zeit nehmen für Geschichte von Pat. (2 Studien beschreiben mangelndes Interesse)</li> </ul> </li> <li>o Weiteres Verhalten/Einstellungen der Pflege: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionell und reliabel = ihr Versprechen halten</li> <li>- Affektive Berührung = «Händli hebe»</li> <li>- Pflegerische Support = verbale Ermutigung</li> <li>- Verschaffung ruhige und sichere Umgebung = öfters kontrollieren und vorbeikommen</li> <li>- Bewahrung von Privacy-Vorhänge ziehen, um Erlaubnis bitten</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Abschnitt B: Was sind die Ergebnisse?</b></p> <p>6. Wie genau sind die Ergebnisse?</p> <p>Kommentare: Es wird keine Angabe bzgl. Signifikanzniveau aber die Auswertungen von CASP werden in einen Zusätzlichen Dokument angegeben. - nur 10% der Items von CASP aller Studien wurden negativ bewertet (Bereich 0-60%).</p>																											

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verhalten/Einstellung von älteren Patienten zur Pflege <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ältere Pat. Einstellung beeinflusst Art und Weise wie PP sie behandeln.</li> <li>- positive Einstellung gegenüber Pflege ist essenziell</li> </ul> </li> </ul> <p>Elemente im Zusammenhang mit Personenzentrierte Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Depersonalisation ist erlebt, wenn Pat nicht individuell behandelt werden- PP beziehen sich auf Bettnummer/Krankheit nicht Person.</li> </ul> <p>Elemente in Zusammenhang mit Patientenpartizipation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pat hat keine Möglichkeit an Pflege beteiligt zu sein da PP über Pat. entscheidet und nicht auf Meinung vom Pat. über Krankheit eingeht.</li> </ul> <p>Elemente in Zusammenhang mit Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voraussetzungen für eine angemessene Kommunikation: Klare Infos (über Diagnose, Prognose, Pflegeplanung, ... soll einfach zu verstehen sein), Fähigkeit des Zuhörens, Rolle als «health-advocate», Humor, beruhigendes Verhalten.</li> <li>○ <b>Missverständnis Quelle: Schwerhörigkeit und schlechter Kommunikationsstil</b></li> </ul> <p>Elemente in Zusammenhang mit situativen Aspekten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einheitliche Patientenzuteilung- mehrere Tage gleiche PP</li> <li>○ Angenehme Umgebung - sauber, geeignete Temperatur, geruchfrei, ohne Lärm &gt;&lt; hohe Arbeitsbelastung, niedrige Pflegekultur</li> <li>○ Wertschätzung von älteren Patienten in Gesellschaft</li> </ul> <p><b>Weitere Ergebnisse:</b> 24 für Review, 20 Quali, 3 Quanti, 1 Mix-method. → 12 in EU, 3 Australien, 4 USA, 3 Canada, 1 Asia, 1 Taiwan.</p> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b> Die Ergebnisse werden in 2 Tabelle (2 und 3) dargestellt. Tabelle 2 Zusammenfassung der Studien. Tabelle 3 Kernelemente werden präsentiert mit Unterteilungen.</p>																			
<b>Diskussion</b>	<p><b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</b> Verhalten und Einstellung von PP kreiert eine wichtige Basis, woraus sich die interpersonelle Pflegebeziehung entwickelt - Positives Verhalten und Einstellung verbessern den Aufbau der zwischenmenschlichen Pflegebeziehung</p> <p><u>Elemente in Zusammenhang mit Pflegenden:</u> Pat berichten Kommunikationsmangel mit PP, sie sind mehr «Task-oriented»- Erklärung: Schutzmechanismus gegen emotionalen Stress. Um eine gute PP zu sein sollen pflegerische Tätigkeiten in gegebener Zeitspanne erledigt sein. Es wird von PP verlangt, dass sie Kontrolle über die gelieferte Pflege haben. Lässt wenig oder keine Zeit für Kommunikation mit Pat. PP die sich mehr auf Tätigkeiten fokussieren könnten die Idee geben, dass sie mehr Wert auf Interventionen legen als auf Pat. Es gibt Ähnlichkeiten zwischen die Ergebnisse und die Peplaus Theorie: Bedeutung von angemessener Information (Kommunikation und Information), personenzentrierter Pflege ("Patienten als unabhängige und autonome Subjekte anerkennen und respektieren"), Empathie (fürsorgliche Präsenz und Einfühlungsvermögen der Pflegekräfte) und Gefühlen der Sicherheit ("Vermittlung eins Gefühls von Sicherheit und Schutz").</p> <p><u>Elemente in Zusammenhang mit ältere Pat.:</u> PP sind aufmerksamer und feinfühlicher als ältere Pat für die auf ältere Patienten bezogenen Elemente der zwischenmenschlichen Pflegebeziehung. Ältere Patienten versuchen möglicherweise, körperliche Behinderungen zu ignorieren, da sie die Kommunikation zwischen Pflegekräften und Patienten beeinflussen. - Dieses Verhalten könnte ein Versuch sein, mit den körperlichen Veränderungen zurechtzukommen, die infolge des Alterns auftreten.</p> <p><u>Situation bedingte Aspekte:</u> der Kontext, in dem die interpersonelle Pflegebeziehung stattfindet, ist durch Zeitdruck, höhere Arbeitsbelastung und knappes Personal gekennzeichnet. Diese Konditionen könnten erklären, wieso Pat. Kommunikationsmangel mit PP erfahren und wieso PP mehr physisch- und task-</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #e1eef6;"><b>Abschnitt C: werden die Ergebnisse lokal helfen?</b></td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">7. Sind die Ergebnisse auf die lokale Population/Bevölkerung übertragbar?</td> <td style="width: 30%;">Ja Kann man nicht sagen Nein</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">X   </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">Kommentare: Da es eine breite Palette als «Stichprobe» gibt, können die Ergebnisse auf die jeweilige Population übertragen werden.</td> </tr> <tr> <td>8. Wurden alle wichtigen Ergebnisse dargestellt?</td> <td>Ja Kann man nicht sagen Nein</td> <td style="text-align: center;">X   </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="font-size: small;">Kommentare: Für jegliche Studien wurden Ergebnisse mit der Gliederung der gefundenen Kernelement in einer Tabelle aufgelistet</td> </tr> <tr> <td>9. Sind die Vorteile die Schäden und Kosten wert?</td> <td>Ja Kann man nicht sagen</td> <td style="text-align: center;">X  </td> </tr> </table>	<b>Abschnitt C: werden die Ergebnisse lokal helfen?</b>			7. Sind die Ergebnisse auf die lokale Population/Bevölkerung übertragbar?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X   	Kommentare: Da es eine breite Palette als «Stichprobe» gibt, können die Ergebnisse auf die jeweilige Population übertragen werden.			8. Wurden alle wichtigen Ergebnisse dargestellt?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X   	Kommentare: Für jegliche Studien wurden Ergebnisse mit der Gliederung der gefundenen Kernelement in einer Tabelle aufgelistet			9. Sind die Vorteile die Schäden und Kosten wert?	Ja Kann man nicht sagen	X  
<b>Abschnitt C: werden die Ergebnisse lokal helfen?</b>																				
7. Sind die Ergebnisse auf die lokale Population/Bevölkerung übertragbar?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X   																		
Kommentare: Da es eine breite Palette als «Stichprobe» gibt, können die Ergebnisse auf die jeweilige Population übertragen werden.																				
8. Wurden alle wichtigen Ergebnisse dargestellt?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X   																		
Kommentare: Für jegliche Studien wurden Ergebnisse mit der Gliederung der gefundenen Kernelement in einer Tabelle aufgelistet																				
9. Sind die Vorteile die Schäden und Kosten wert?	Ja Kann man nicht sagen	X  																		

<p>orientiert sind. Pflegekräfte werden von der Stations- oder Spitalleitung weder ermutigt noch unterstützt, eine zwischenmenschliche Pflegebeziehung zu gestalten. Dies könnte erklären, warum die zwischenmenschliche Pflegebeziehung von den PP zugunsten eine task-orientierte Pflege abgewertet wird.</p> <p>Stärke der Studie: systematische Suche mit umfassender Suchstrategie auf 4 medizinische Datenbanken. Diese Studie liegt sein Fokus auf die ganze Breite des Themas der zwischenmenschlichen Pflegebeziehung, anstatt sich auf einen einzelnen Aspekt zu konzentrieren wie vorherige Studien. Mehrheit der Studie qualitative was ideal für Wissensgewinn und introspektive Arbeit des Phänomens.</p> <p><b>Limitationen:</b> Nur elektronische Studien/Daten, sprachlich eingegrenzt. Die tiefe Qualität der Methodologie einiger Studien, könnte die Validität der Ergebnisse beeinträchtigt haben. Durch Themenanalyse könnte ein Verlust der Integrität der Studien stattgefunden haben. Ergebnisse werden aus ihrem Kontext betrachtet, womit die Bedeutung beeinträchtigt/ verloren gehen kann.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Mehr Gewicht auf Elemente wie Pflegeverhalten, Einstellung der Pflegekräfte sowie auf die Kommunikation legen. Einblick in den Vorstellungen von ältere Pat. ermöglichen. Implementierung in Ausbildung, wo Pflegestudierende auf diesem Thema aufmerksam gemacht werden und selbstbewusster werden. Die Bildung soll auch betonen, dass diese Implikationen nicht neue Ideen oder Aufgaben sind, sondern grundlegende Bausteine der Pflege von Menschen und dass dies keinen grossen Zeitaufwand erfordert. Die Veränderung der auf ältere Patienten bezogenen Elemente der zwischenmenschlichen Pflegebeziehung ist nicht einfach, da sie meist das Ergebnis von Altern oder Krankheit sind. Beim Erstassessment können PP ältere Patienten auch unterstützen, indem sie geführt herausfinden, wie sie ihre Bedürfnisse effektiv mitteilen können. Zwischenmenschliche Pflegebeziehung soll auch von Manager von Spitälern unterstützt werden sodass auch ältere Pat. hochwertige Pflege erhalten. Sie sollen die PP motivieren, um mit Pat angemessen zu kommunizieren. Arbeitsüberlastung und die Anwesenheit von Pflegekräften lassen sich ohne organisatorische Unterstützung nicht leicht zu beheben. Darüber hinaus sollte die Krankenhausleitung in die Organisation der Pflege investieren, denn die derzeitige Pflege ist stark regelgebunden und protokolliert, was die Pflegekräfte daran hindert, eine zufriedenstellende zwischenmenschliche Pflegebeziehung aufzubauen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Pflegekräfte, pflegende Angehörige und die Spitalleitung die zwischenmenschliche Pflege Beziehung beeinflussen. Weitere Studie auf diese verschiedene Perspektive in Bezug auf Pflegebeziehung sind nötig.</p>	<p style="text-align: right;">Nein</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Kommentare: Die neuen zusammengetragene Ergebnisse stellen einen Mehrwert für das Verständnis von Kernelemente bei der Betreuung von älteren Patienten.</p> </div>
---	---

**Güte der Studie von Riviere et al. (2019):**

Gesamteinschätzung der Güte nach Critical Appraisal Skills Programm (2018), Abschnitt A.

- + Die Autoren legen klar den Fokus auf die Elementen des interpersonellen Pflegebeziehung, aus der Perspektive von älteren Patienten.
- + Es wurde nach qualitative, quantitative sowie Mixed-Methods Studien gesucht, um eine hochwertige Review zu erstellen.
- + Den suchverlauf sowie das methodische Vorgehen werden genau beschrieben und werden die eingeschlossenen Studien klar begründet.
- + Die kritische Würdigung sowie die Beurteilung der Güte wurde durch die Autoren für alle eingeschlossene Studien gemacht mit «Quality Assessment Tool for Quantitative Studies», CASP für qualitative Studie und MMAT für die Mixed-Methods Studie.
- + Die Ergebnisse werden klar und präzise präsentiert und dargestellt.

Die Studie von Riviere et al. weist ein hoher Grad der Güte auf wie in der Ausfüllung vom CASP zu sehen ist. Das methodische Vorgehen wird klar beschrieben und sinnvoll für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählt.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie befindet sich auf dem drittletzten Level (4) der 6S Pyramide nach DiCenso (2009), da es sich um ein «systematisches Review» handelt, in dem als qualitative hochwertig eingestufte Studien einbezogen wurden.

## Anhang B7: CASP der Studie Rørtveit et al. (2015)

**Zusammenfassung:** Patients' Experiences of Trust in the Patient-Nurse Relationship—A Systematic Review of Qualitative Studies. – Rørtveit et al. (2015)

	Inhaltliche Zusammenfassung	Kritische Würdigung																					
<b>Einführung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> Das Vertrauen zwischen Patienten und Pflegekraft ist wichtig, um die Angst der Patienten zu verringern und ihnen ein Gefühl der Kontrolle zurückzugeben. Wenn hilfsbedürftige Patienten nicht in der Lage sind, ihre eigenen Bedürfnisse zu erfüllen, müssen sie auf den guten Willen der Pflegekräfte vertrauen, die oft intim in ihr Leben eingreifen.</p> <p><b>Problemstellung:</b> Vertrauen ist ein wichtiger Aspekt der Pflege und stand im Mittelpunkt der Pflegetheorie und -forschung. Es besteht ein Bedarf an theoretischer Forschung über Vertrauen in der Pflege mit einer internationalen Perspektive. Eine Synthese der verfügbaren Erkenntnisse könnte ein Ausgangspunkt werden. Eine Konzeptanalyse von Vertrauen ermöglicht ein besseres Verständnis der Rolle des Vertrauens in der Beziehung zwischen Patienten und Pflegenden. Die Autoren stellen eine Lücke im Verständnis der Bedeutung von Vertrauen fest, die Patienten dem Begriff zuschreiben sowie die Empfehlungen, wie die Entwicklung von Vertrauen auf der Grundlage empirischer Studien gefördert werden sollte.</p> <p><b>Forschungsfrage:</b> "Wie beschreiben Patienten die Bedeutung von Vertrauen in der Pflegekraft-Patienten-Beziehung?"</p> <p><b>Ziel:</b> Ziel dieser Studie war eine Synthese der Literatur über die Bedeutung von Vertrauen im Kontext der Erfahrungen von Patienten und von Pflegenden zu erstellen.</p>	<p><b>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?</b> Ja, mit dem Ziel der Studie, die Bedeutung von Vertrauen aus der Perspektive der Patienten zu beschreiben.</p> <p><b>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</b> Ja, sie sind explizit und klar formuliert.</p> <p><b>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</b> Ja das Thema wird durch vorgängige Forschung und Literatur eingeführt und die Signifikanz diskutiert.</p>																					
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> Systematische Review mit qualitativem Forschungsansatz.</p> <p><b>Ort:</b> Die Forschende sind 6 Pflegenden aus Norwegen.</p> <p><b>Einschlusskriterien:</b> Patientenperspektive von Patienten-Pflegenden Beziehung, Vertrauen als Ergebnis, qualitative Studien, englische Sprache, letzte 10 Jahre.</p> <p><b>Ausschlusskriterien:</b> Nicht Zutreffen von Einschlusskriterien.</p> <p><b>Methodisches Vorgehen:</b> Suche in PubMed, CINAHL, PsycINFO, Embase, von Januar 2002 bis Dezember 2012, aktualisiert im Januar 2014. Suchwörterkombination: nurs* AND patient trust* AND experience*. Die Literaturverzeichnisse der Studien wurden überprüft, um passende Studien zu finden. 954 Abstract gelesen → 23 erfüllten die Einschlusskriterien, davon 3 ausgeschlossen, da zu wenig Fokus auf Pat.-PP-Beziehung. Ergebnisse strukturiert in Themen wie bei einer thematischen Analyse.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Studien wurden unabhängig von 3 Forschenden mittels CASP auf das methodologische Qualitätsniveau geprüft. Nach Austausch: Aus den 20 Studien wurden 3 Studien mit niedriger methodologischer Qualität eingestuft, 10 mit mittlerer und 7 mit hoher. Keine von 20 wurde ausgeschlossen. NVivo PC-Programm, NUD*ST ATLAS wurde eingesetzt zur Textanalyse.</p> <p><b>Ethik:</b> Keine ethischen Fragen bzgl. Studien, da es sich um ein Review handelt.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #D9E1F2;">Abschnitt A: Sind die Ergebnisse der Review gültig?</td> </tr> <tr> <td style="width: 60%;">7. Wurde in der Review eine klar fokussierte Frage behandelt?</td> <td style="width: 20%;">Ja Kann man nicht sagen Nein</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">X  </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentare:</td> </tr> <tr> <td>8. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?</td> <td>Ja Kann man nicht sagen Nein</td> <td style="text-align: center;">X  </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentare:</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="background-color: #D9E1F2;">Lohnt es sich, weiterzumachen?</td> </tr> <tr> <td>9. Sind Sie der Meinung das alle relevante Studie einbezogen worden sind?</td> <td>Ja Kann man nicht sagen Nein</td> <td style="text-align: center;">X  </td> </tr> </table>	Abschnitt A: Sind die Ergebnisse der Review gültig?			7. Wurde in der Review eine klar fokussierte Frage behandelt?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X  	Kommentare:			8. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X  	Kommentare:			Lohnt es sich, weiterzumachen?			9. Sind Sie der Meinung das alle relevante Studie einbezogen worden sind?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X  
Abschnitt A: Sind die Ergebnisse der Review gültig?																							
7. Wurde in der Review eine klar fokussierte Frage behandelt?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X  																					
Kommentare:																							
8. Haben die Autoren nach der richtigen Art von Studien gesucht?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X  																					
Kommentare:																							
Lohnt es sich, weiterzumachen?																							
9. Sind Sie der Meinung das alle relevante Studie einbezogen worden sind?	Ja Kann man nicht sagen Nein	X  																					

		<table border="1"> <tr> <td colspan="3">Kommentare:</td> </tr> <tr> <td>4. Haben die Autoren des Reviews genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?</td> <td>Ja</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentare: Studien wurden mittels CASP analysiert, die auf ihre Qualität beurteilt.</td> </tr> <tr> <td>5. Falls die Ergebnisse des kombinierten wurden, war dies sinnvoll?</td> <td>Ja</td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Kann man nicht sagen</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nein</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Kommentare: Ja, die Ergebnisse werden zusammengeführt um einen komplettes Bild der Vertrauen aus der Sicht der Pateinten zu geben.</td> </tr> </table>	Kommentare:			4. Haben die Autoren des Reviews genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?	Ja	<input checked="" type="checkbox"/>		Kann man nicht sagen	<input type="checkbox"/>		Nein	<input type="checkbox"/>	Kommentare: Studien wurden mittels CASP analysiert, die auf ihre Qualität beurteilt.			5. Falls die Ergebnisse des kombinierten wurden, war dies sinnvoll?	Ja	<input checked="" type="checkbox"/>		Kann man nicht sagen	<input type="checkbox"/>		Nein	<input type="checkbox"/>	Kommentare: Ja, die Ergebnisse werden zusammengeführt um einen komplettes Bild der Vertrauen aus der Sicht der Pateinten zu geben.		
Kommentare:																													
4. Haben die Autoren des Reviews genug getan, um die Qualität der eingeschlossenen Studien zu bewerten?	Ja	<input checked="" type="checkbox"/>																											
	Kann man nicht sagen	<input type="checkbox"/>																											
	Nein	<input type="checkbox"/>																											
Kommentare: Studien wurden mittels CASP analysiert, die auf ihre Qualität beurteilt.																													
5. Falls die Ergebnisse des kombinierten wurden, war dies sinnvoll?	Ja	<input checked="" type="checkbox"/>																											
	Kann man nicht sagen	<input type="checkbox"/>																											
	Nein	<input type="checkbox"/>																											
Kommentare: Ja, die Ergebnisse werden zusammengeführt um einen komplettes Bild der Vertrauen aus der Sicht der Pateinten zu geben.																													
Ergebnisse	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b> 4 Kategorien und 8 Unterkategorien.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einstellung zum Thema Vertrauen       <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Vertrauen als emotional und rational Vertrauen beschrieben als emotionale und rationale Phänomen. Das Vertrauen wurde mit dem Glauben an die eigene Fähigkeit, Krankheiten zu beeinflussen und zu kontrollieren, in Verbindung gebracht. Vertrauen in andere, kann mit einer geringeren Aktivität und weniger motiviert sein, die eigene Gesundheitssituation zu verbessern sowie weniger Interesse oder Vertrauen in die eigene Fähigkeit, die Krankheit zu kontrollieren, beschrieben.</li> <li>1.2. Erleichterung und Förderung von Vertrauen Es wurden verschiedene Faktoren beschrieben, die das Vertrauen fördern: Offenheit und Gesprächsbereitschaft der Pflegekräfte; professionelle Kompetenz; Interesse, Sorge, Vertraulichkeit, shared control; fürsorgliches, nonverbales, nicht wertendes Empowerment und Beharrlichkeit zusätzlich zu emotionaler Gleichheit, sowie die Bereitschaft und Fähigkeit, sich auf eine persönliche Ebene einzulassen. Eine vertrauensvolle Beziehung wurde durch vier Themen umrissen:           <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Verständnis für die Bedürfnisse des Patienten;</li> <li>2) fürsorgliches Handeln und Einstellungen;</li> <li>3) Ganzheitliche Pflege;</li> <li>4) Handeln als Fürsprecher/Anwalt des Patienten.</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>2. Erfahrungen von Vertrauen: Wann und wie Vertrauen empfunden werden kann und welche Faktoren Vertrauen ermöglichen       <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Vertrauenserfahrungen durch Vorhersehbarkeit und Empowerment</li> </ol> </li> </ol>	<table border="1"> <tr> <td>Abschnitt B: Was sind die Ergebnisse?</td> </tr> <tr> <td>7. Wie genau sind die Ergebnisse?</td> </tr> <tr> <td>Kommentare: Da es sich um eine qualitative Studie handelt, wurde kein Signifikanzniveau festgestellt. Ergebnisse sind detailliert im Fliesstext beschrieben.</td> </tr> </table>	Abschnitt B: Was sind die Ergebnisse?	7. Wie genau sind die Ergebnisse?	Kommentare: Da es sich um eine qualitative Studie handelt, wurde kein Signifikanzniveau festgestellt. Ergebnisse sind detailliert im Fliesstext beschrieben.																								
Abschnitt B: Was sind die Ergebnisse?																													
7. Wie genau sind die Ergebnisse?																													
Kommentare: Da es sich um eine qualitative Studie handelt, wurde kein Signifikanzniveau festgestellt. Ergebnisse sind detailliert im Fliesstext beschrieben.																													



Es konnte eine Verbindung zwischen Vertrauen und Empowerment festgestellt werden, und sobald die Pat. Hoffnung hatten, hat sich Vertrauen entwickelt und Pat. begonnen sich selbst zu vertrauen sowie andere.

2.2. Erfahrungen von Vertrauen durch das Gefühl von Sicherheit, Akzeptanz und Fürsorge  
Das Gefühl der Sicherheit bezog sich auf Grundbedürfnisse wie jemanden zu haben, auf den man sich verlassen kann; die Bereitstellung einer Unterkunft und eines wohnlichen zu haben, sicher zu sein, dass die eigenen Bedürfnisse erfüllt werden, und sich umsorgt zu fühlen. Erfahrungen mit Vertrauen wurden in Verbindung gebracht mit dem Gefühl, sicherer zu sein, mehr Selbstvertrauen zu haben, gehört zu werden und weniger wütend zu sein; die Teilnehmer fühlten sich akzeptiert, umsorgt und hatten ein Gefühl der Zugehörigkeit. Vertrauenserfahrungen hängen damit zusammen, dass man respektiert wurde, sich als Person akzeptiert fühlte und nicht als Objekt.

3. Pat. PP Beziehung: Das Vertrauen war grundlegend für die Pflege in der Patient-PP-Beziehung und wesentlich für den Aufbau und Aufrechterhaltung einer therapeutischen Allianz.

3.1. Qualitäten, Fähigkeiten und Verhaltensweisen des Treugebers  
Vertrauen wurde damit in Verbindung gebracht, dass sich die Pflegekräfte Zeit nehmen, sich hinsetzen und Fragen beantworten, Interesse und Anteilnahme zeigen sowie Erfahrungen und Emotionen teilen.  
Verständnis und Interesse für Bedürfnisse und Leiden vom Pat. hat Vertrauen entwickelt.

3.2. Kommunikation zwischen Treugeber und Treueempfänger  
Sich an Patienten anwenden als Erwachsene  
Zum Vertrauen fördern wars wichtig das Zuhören, verstanden zu werden, Offenheit und Wille zu Erzählen und zu zuhören.

4. Wo Vertrauen entsteht: Wenn der Pat. das Gefühl hat, dass er am Pflegeprozess teilnimmt, was von der Pflegendes Verhalten darauf kommt.

4.1. Vertrauen verbunden mit Situation, Rollen, Kompetenzen  
Vertrauen war in Verbindung mit kompetente PP die gewisse Situationen gemanagte haben gesetzt.  
Vertrauen assoziiert mit beibehalten von Vertraulichkeit und Umgang mit Patienten als Erwachsene

4.2. Vertrauen verbunden mit Organisationsniveau  
Zeit ist ein Thema, da es Zeit braucht, um eine Beziehung zu gestalten.

**Darstellung der Ergebnisse:** keine Tabelle, lediglich Fliesstext

<b>Diskussion</b>	<b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</b> Vertrauen wird unterschiedlich von den diversen Settings beschrieben. Erleichterung und Förderung von Vertrauen kann erreicht werden, wenn PP offen, kompetent handeln, praktisch, interessiert, zuversichtlich sind. PP, das Vertrauen schaffen, sind engagiert, hören zu und schaffen einen dialogischen Prozess, sind verfügbar und Handeln auf sichere, ganzheitliche Weise als Fürsprecher/Health Advocate des Patienten. Vorhersehbarkeit und Empowerment werden geschaffen, wenn Patienten informiert und vorbereitet sind oder im Voraus wissen, was zu einer frühzeitigen Erkennung von Symptomen führt, einer besseren Fähigkeit, das Leben zu meistern, Vertrauen in sich selbst, Hoffnung und mehr Offenheit für sich selbst anzustrengen. Während ein Mangel an Vertrauen führt zu Angst, Stress sowie zu Schwierigkeiten beim Verstehen, Überwachen und die eigene Situation zu verstehen, und daran teilzuhaben. Das Gefühl der Sicherheit, Akzeptanz und Fürsorge ist für den Aufbau und die Aufrechterhaltung einer therapeutischen Beziehung von grundlegender Bedeutung. Das führt dazu, dass	<b>Abschnitt C: werden die Ergebnisse lokal helfen?</b>					
		8. Sind die Ergebnisse auf die lokale Population/Bevölkerung übertragbar?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Ja</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">X</td> </tr> <tr> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td></td> </tr> </table>	Ja	X	Kann man nicht sagen	
Ja	X						
Kann man nicht sagen							
Nein							
<b>Kommentare:</b>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Ja</td> <td></td> </tr> </table>				Ja	
Ja							

<p>der Patient offen über Themen spricht, die er anderen gegenüber vielleicht nicht preisgeben würde. Sich sicher zu fühlen, einen Schutzraum und eine häusliche Umgebung vorzufinden, ist mit einem Gefühl des Vertrauens und Respekt gebunden. Damit Pflegekräfte als vertrauenswürdig erlebt werden, müssen sie kommunikationsfähig, kompetent, fürsorglich und unvoreingenommen sowie freundlich, warmherzig und geduldig sein. Kommunikation zwischen dem Treugeber und dem Treuhänder für die Schaffung von Vertrauen → Information, Vertraulichkeit, Beratung, Fürsprache für den Patienten oder Vertrautheit mit den Pflegekräften sind entscheidend für eine vertrauensvolle Beziehung. Für den Patienten ist es wichtig, dass er gehört und verstanden wird. Frühere Ergebnisse zeigen, dass Vertrauen die Grundlage der Beziehung zwischen Angehörigen der Gesundheitsberufe und Patienten ist.</p> <p><b>Limitationen:</b> Nur qualitative Studie. Analyse nur interpretativ und nicht auf hohem Niveau, da die Kategorien der unterschiedlichen Schwerpunkte des von den Patienten erfahrenen Vertrauens widerspiegeln sollten. Keine Angabe über Limitation der verwendeten Studien: Zusammenhängen zwischen Froschende und Stichprobe, Bias während Datenerhebung, Infos bzgl. Ethische Standard.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Ein typischer pflegerischer Ansatz kann schwer zu erkennen sein, da sich Pflegekräfte und Pflege in Sammelbegriffen wie Pflegende, Angehörige der Gesundheitsberufe, Mitarbeiter, Personal, Praktiker usw. zu verbergen. Pflegerische Ansätze sollen hervorgehoben werden, sonst wird der Einfluss der Pflegekräfte und der Pflegeforschung im Gesundheitswesen marginalisiert. Die Patienten-Erfahrungen mit vertrauensvoller Pflege hängen vom Wissen und Engagement der Pflegekräfte ab. Pflegepraxis und Vertrauen sollten aufgrund der engen Beziehung zwischen Patienten und Pflegekraft untersucht werden. Managers des Gesundheitswesens, Stationsleitung, Ausbilderinnen und Ausbildnern, sollten sicherstellen, dass Pflegefachkräfte Wissen über wie sie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patienten und Pflegekraft aufbauen können, entwickeln.</p>	<p>9. Wurden alle wichtigen Ergebnisse dargestellt?</p> <table border="1"> <tr> <td>Kann man nicht sagen</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Kann man nicht sagen	X		Nein					
	Kann man nicht sagen	X								
	Nein									
<p>Kommentare: Die Autoren haben Hauptthemen aus der Ergebnis teil der Studie aussortiert.</p>										
	<p>10. Sind die Vorteile die Schäden und Kosten wert?</p> <table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kann man nicht sagen</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nein</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ja	X		Kann man nicht sagen			Nein		
Ja	X									
Kann man nicht sagen										
Nein										
<p>Kommentare: Die Ergebnisse werden durch ein strukturiertes und methodisches Vorgehen erhoben. Dieses Review dient als Sensibilisierung von Pflegefachpersonen und Gesundheitsmanagers, und stellt ein grundlegender Baustein von Patienten im Spitalsetting dar.</p>										

**Güte der Studie von Rortveit et al. (2015):**

Gesamteinschätzung der Güte nach Critical Appraisal Skills Programm (2018), Abschnitt A.

- + Die Autoren setzten sich mit eine klare definierte Forschungsfrage auseinander.
- + Sie haben nach qualitativen Studien gesucht, da den Fokus auf dem Erlebnis den Patienten liegt.
- + Die Autoren der Studien haben das methodologische Vorgehen beschrieben und alle relevanten Studien werden einbezogen.
- + Die Autoren haben die Studien mittels CASP auf ihre Qualität überprüft und eingestuft, es werden stärke und schwäche der einbezogenen Studie erwähnt.
- + Die Ergebnisse der Review werden sinnvoll kombiniert und können das Phänomen von verschiedenen Perspektiven beleuchten.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie befindet sich auf dem drittletzten Level (4) der 6S Pyramide nach DiCenso (2009), da es sich um ein «systematisches Review» handelt, in dem als qualitative hochwertig eingestufte Studien einbezogen wurden.

## Anhang B8: AICA der Studie Sahlsten et al (2009)

Zusammenfassung der Studie: Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care – Sahlsten et al. (2009)

	Inhaltliche Zusammenfassung	Kritische Würdigung
<b>Einführung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> Die aktive Beteiligung der Patienten an ihrer Behandlung erhöht die Motivation, verbessert ihren Zustand, führt zu besseren Behandlungsergebnissen und Zufriedenheit. Patienten fühlen sich weiterhin zu wenig beteiligt bei Interventionen und im Gespräch mit dem Gesundheitspersonal. Auch empfinden sie, dass Probleme in Bezug auf Ernährung, Schmerzen, Schlaf und Emotionen/Spiritualität, vernachlässigt werden. Studien zur Patientenbeteiligung in der Pflege hinsichtlich Definition, Elementen und Prozessen noch unzureichend geklärt. Forscher beschreiben die Patientenbeteiligung als ein dynamischer Interaktionsprozess, der sich auf der Basis der Pflege-Patient Beziehung stetig verändert. Strategien zur Förderung der Beteiligung wäre das aktive Zurücktreten des Personals sowie die Bereitstellung von Wahlmöglichkeiten, um dem Patienten die Möglichkeit zu geben, die Interaktion zu leiten. Eine gute Pflege-Patient Beziehung in Bezug auf Intimität, Kontinuität und Kommunikation, spielt eine zentrale Rolle für die Fähigkeit zur Patientenbeteiligung. Durch die Unterstützung und das Wissen der Pflegefachkraft, werden sich Patienten ihrer eigenen Möglichkeiten und Ressourcen bewusst, um die Situation zu bewältigen.</p> <p><b>Problemstellung:</b> Es fehlt an spezifischen Praktiken und Strategien für das Pflegepersonal, wie Pflegenden die Patienten in ihre Pflege hinsichtlich aller Aspekte besser einbeziehen können.</p> <p><b>Ziel:</b> Strategien des Pflegepersonals zur Förderung und Optimierung der Patientenbeteiligung in der Pflege zu untersuchen und die unterstützenden Praktiken der Pflegenden zu ermitteln.</p>	<p><i>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege?</i> Ja, wird auf die Wichtigkeit von «Decision-Making» hingewiesen.</p> <p><i>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege?</i> Ja.</p> <p><i>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Sind die Forschungsfragen klar formuliert?</i> Das Ziel ist nachvollziehbar dargestellt, eine Forschungsfrage wird nicht beschrieben.</p> <p><i>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert?</i> Die Autoren weisen durch spannende Literatur auf die Signifikanz der Arbeit hin.</p>
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> Eine Inhaltsanalyse mit qualitativem Ansatz wurde durchgeführt, eine Kategorisierung von Texteinheiten mittels Ermittlung von Gemeinsamkeiten und Unterschieden.</p> <p><b>Population:</b> Es wurden 16 erfahrene Pflegefachpersonen aus drei Spitälern im westlichen Schweden ausgewählt, welche als Informanten dienen sollen, um ihre Erfahrungen mit Patienten, die in ihre eigene Pflege einbezogen werden, zu teilen. Da lediglich 12 PP teilnehmen konnten, wurden dafür 2 Fokusgruppen kreiert. Die Forscher schrieben somit nochmals 6 Pflegefachpersonen an, welche bereits an einer vorgängigen Studie teilgenommen haben, 4 nahmen an der neuen Studie teil.</p> <p><b>Ziehung der Stichprobe:</b> 16 weibliche Pflegefachpersonen wurden für die Studie gezielt ausgewählt, woraus 3 Fokusgruppen entstanden</p>	<p><i>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar?</i> Ja, erfahrene Pflegefachpersonen haben eigene Strategien zur Förderung der Patientenbeteiligung, dienen als geeignete Informanten. Ihre Diskussion kann den Horizont erweitern.</p> <p><i>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz angebracht? Ist sie repräsentativ für die Population? Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden?</i> Ja, gibt erstmals neue Ergebnisse für die weiter geforscht werden kann. Anwendung in allen somatischen Bereichen.</p> <p><i>Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben?</i> Ja.</p>

	<p><b>Einschlusskriterien:</b> Erfahrene Pflegefachpersonen, die in der somatischen Pflege arbeiten  Fokusgruppe 1: 7 Teilnehmende auf derselben Rehabilitationsstation, mit Patientenbeteiligung als Pflegephilosophie  Fokusgruppe 2: 5 Teilnehmende auf derselben gynäkologischen Station, mit Patientenbeteiligung als Pflegephilosophie  Fokusgruppe 3: 4 Teilnehmende, welche an einer systematischen klinischen Pflegegruppensupervision für mind. 1 Jahr teilgenommen haben und auf verschiedenen orthopädischen, augenärztlichen und medizinischen Stationen gearbeitet haben</p> <p><b>Ausschlusskriterien:</b> In der Studie nicht beschrieben</p> <p><b>Datenerhebung/Messverfahren:</b> Im Mai und Juni 2005 wurden die Fokusgruppen von jeweils der gleichen Forschungsperson für 1.5-2 Stunden interviewt, während ein Mitglied des Forschungsteams beobachtete, Notizen machte, Fragen beistellte und das Tonbandgerät bediente. Die Interviews wurden transkribiert.</p> <p><b>Datenanalyse:</b> Anhand einer Inhaltsanalyse wurden die Daten ausgewertet, die Interviews mehrmals gelesen. Codes wurden anhand von Gemeinsamkeiten und Unterschieden verglichen, 3 Kategorien und dazu 10 Unterkategorien wurden erstellt. Die Kategorien wurden von den Forschern diskutiert, da kein Co-Assessor an der Kodierung beteiligt war. Zwei Personen, die an der Analyse nicht beteiligt waren, überprüften zuletzt das Kategoriensystem einschliesslich Zitate.</p> <p><b>Ethik:</b> Keine formale Genehmigung einer Ethikkommission erforderlich, Teilnehmenden gaben ihre Zustimmung. Als Informanten wurden sie weder physisch noch psychisch beeinflusst.</p>	<p><i>Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen?</i> Ja, es wird über die Pflegephilosophie der Fokusgruppen geschrieben und wie das Verhalten optimiert werden kann.</p> <p><i>Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben?</i> Ja.</p> <p><i>Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert?</i> Ja.</p> <p><i>Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein?</i> Ja.</p> <p><i>Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung?</i> Ja, ein einfacher Ansatz ohne grosse Anwendung von diversen statistischen Testverfahren.</p> <p><i>Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben?</i> Das Vorgehen der Themenanalyse ist nachvollziehbar beschrieben, sodass Kategorien und Unterkategorien erstellt werden konnten.</p> <p><i>Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht?</i> Ja, es werden 3 Studien als Referenzen angegeben, die diese Methodik empfehlen.</p> <p><i>Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig?</i> Analyse wurde prägnant beschrieben. Glaubwürdigkeit der Analyse wurde durch nicht involvierte weitere Personen nochmals überprüft.</p> <p><i>Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?</i> Gemäss schwedischer Gesetzgebung formale Genehmigung nicht notwendig, Autoren begründen dies in der Studie ausführlich.</p>
<p><b>Ergebnisse</b></p>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aufbau einer engen Zusammenarbeit (Kategorie): Vertrauen schaffen, Respekt zeigen, Mut zeigen, Engagement schaffen (Unterkategorien)</li> <li>- Kennenlernen der Person (Kategorie): Fokus auf Zuhören, Anregende Fragen verwenden (Unterkategorien)</li> <li>- Stärkung der Selbstpflegefähigkeit (Kategorie): Verantwortlichkeit erzeugen, Ziele in den Mittelpunkt stellen, Herausfordern, Ermutigen (Unterkategorien)</li> </ul> <p><b>Weitere Ergebnisse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vertrauen schaffen: An die Person glauben und Anerkennung entgegenbringen basierend auf Vertrauen und Ehrlichkeit</li> </ul>	<p><i>Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“?</i> Ja, es werden emotionale Aspekte in die Resultate eingebracht</p> <p><i>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten?</i> Die wichtigsten Aussagen sind prägnant zusammengefasst und durch Zitate aus den Interviews ergänzt</p> <p><i>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung?</i> Ja, besonders durch die Darstellung der Sub-/Kategorien</p>

	<p>-Respekt zeigen: positive Aufmerksamkeit und Rücksichtnahme auf den Patienten, Ernstnehmen seiner Meinung und seiner Erfahrungen</p> <p>-Mut zeigen: Pflegende sollen sich trauen, die Kontrolle abzugeben, den Patienten unterstützen, offen zu sein und seine eigenen Erfahrungen angstfrei mitzuteilen</p> <p>-Engagement schaffen: aktiv den Patienten einbeziehen durch echtes Interesse</p> <p>-Fokus auf Zuhören: Pflegende hört zu, hilft das Gesehene, Gehörte oder Gefühlte zu vertiefen und verstehen, ohne darüber nachzudenken, wie zu antworten,</p> <p>-Anregende Fragen verwenden: offene Fragen über Wissensstand des Patienten, kurze und einfache Fragen, Pausen einlegen, ihn motivieren, Erfahrungen zu teilen</p> <p>-Verantwortlichkeit erzeugen: Patienten sind fähig und verantwortlich für ihr eigenes Handeln und Lernen, während Pflegende anregt, erklärt und initiiert</p> <p>-Ziele in den Mittelpunkt stellen: Patient anregen, mehr Anstrengungen zu unternehmen, seine eigenen Ziele zu erörtern und erreichen</p> <p>-Herausfordern: Hindernisse überwinden und Fortschritt fördern, Pflegende können Alternativen anbieten, solange Patient neue Lösungen versteht</p> <p>-Ermutigen: Positive Einstellung der Pflegende, Selbstvertrauen der Patienten erhalten/ entwickeln, Probleme und Unsicherheiten besprechen und überwinden</p>	<p><i>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Ja, soweit beurteilbar durch die Zitate</i></p> <p><i>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja</i></p> <p><i>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar?</i> Ja, diverse Aspekte und Interpretationen werden umfassend beschrieben und logisch aufgliedert</p> <p><i>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Ja die Kategorien sind differenziert dargestellt und geben aussagekräftige Empfehlungen für Pflegende</i></p>
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);"><b>Diskussion</b></p>	<p><b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</b> Die Autoren erklären in der Diskussion ihre Vorgehensweise. Wesentlich für die Zielsetzung der Studie war der inhaltliche Gehalt der Fokusgruppendifkussionen. Aufgrund unterschiedlicher Erfahrungen der Teilnehmenden, konnte die Forschungsfrage aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden. Die Glaubwürdigkeit der Datenerhebung wurde durch die Validierung der wichtigsten Schlussfolgerungen während den-Interviews erhöht.</p> <p>Die gewonnen Strategien und Empfehlungen zielen auf einen Prozess der Emanzipation des Patientenpotenzials ab, indem auf deren Wissen, Werte, Motivation und Ziele eingegangen wird und die Reflexionsfähigkeit und Selbsterkenntnis gefördert wird. Die Anforderungen an die Pflegenden sollten ein Machtgleichgewicht zwischen Pflegekraft und Patienten herstellen und ein emotional sicheres Umfeld durch patientenzentrierte Kommunikation bieten. Dies erfordert eine Veränderung des Verhaltens der Pflegenden, indem sie die Fähigkeit lernen, Macht und Kontrolle zu teilen und die Emanzipation des eigenen Potenzials des Patienten zu fördern.</p> <p><b>Limitationen:</b> Lediglich drei Stationen in einem Spital wurden untersucht, empfehlenswert wären weitere Analysen in verschiedenen klinischen Umgebungen, einschliesslich Stationen ohne explizite Pflegephilosophie.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Pflegekräfte die Leitstrategien als Mittel zum Ausgleich der Asymmetrie in der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient nutzen können. Die Strategien können in der Ausbildung eingesetzt werden, um den Studenten beizubringen, wie sie den Patienten die Möglichkeit geben können, mehr Kontrolle über ihre eigene Situation zu erlangen.</p>	<p><i>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften?</i> Ja, da die Pflegenden mit einer expliziten Pflegephilosophie arbeiteten oder an einer systematischen klinischen Pflegegruppensupervision teilgenommen hatten, könnte zu einem reflektierten Verständnis der Phänomene beitragen.</p> <p><i>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden?</i> Aus den Diskussionen der Informanten konnten ausreichend Daten generiert werden für die Zielsetzung der Studie</p> <p><i>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert?</i> Ja, die Diskussion bezieht sich auf vorgängige Studien, welche die Ergebnisse ergänzen und bestätigen</p> <p><i>Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)?</i> Weitere Studien müssen in ähnlichen und anderen Einrichtungen durchgeführt werden, um die vorgestellten Kategorien entweder zu bestätigen oder zu verwerfen.</p> <p><i>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen?</i> Ja</p> <p><i>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja</i></p>

**Güte der Studie:**

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)

Positives wird mit + und Negatives wird mit - gekennzeichnet

- + Studiendurchführung musste nicht formal genehmigt werden, Begründung dafür wird ausführlich beschrieben.
- + Der gesamte Prozess der Datenerhebung wurde geschah zeitnah und Gemeinsamkeit sowie Unterschiede konnten reflektiert und kodiert werden.
- + Das Forschungsteam gewährleistet Zuverlässigkeit, indem die Datenerhebung und Datenanalyse in Bezug auf die Interviews und den gesammelten Pflegeberichten ausführlich beschrieben und die Ergebnisse zeitnah reflektiert werden.
- + Für die Sicherstellung der Glaubwürdigkeit, wurden Unterkategorien und Kategorien von den Forschern diskutiert, da kein Co-Assessor an der Kodierung beteiligt war. Zusätzlich wurde das endgültige Kategoriensystem und die direkten Zitate noch von zwei nicht involvierten Forschenden überprüft.
- + Eine Triangulation fand statt, indem Fokusgruppen wurden von jeweils der gleichen Forschungsperson interviewt und ein weiteres Mitglied des Forschungsteams die Situation beobachtete, Notizen machte, Fragen beisteuerte und das Tonbandgerät bediente
- + Die Übertragbarkeit wurde gewährleistet, da mittels Beschreibungen, Interpretationen und Zitate der Teilnehmenden die Ergebnisse nachvollziehbar präsentiert wurden.
- Mittels Tabelle wurden Zitate aus den unstrukturierten Interviews detailliert aufgelistet, im Fließtext wurden diese weniger verwendet.
- + Die Auseinandersetzung mit den Daten in der Diskussion ist schlüssig, Interpretationen sind nachvollziehbar und auf die Praxis bezogen.

**Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie von Sahlsten et al. wird auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) eingegliedert, da sie eine primär datenbasierte Forschungsarbeit darstellt.

## Anhang B9: AICA der Studie Sharp et al. (2016)

**Zusammenfassung der Studie:** The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience personcentred care – Sharp et al. (2015)

	Inhaltliche Zusammenfassung	Kritische Würdigung
<b>Einführung</b>	<p><b>Theoretischer Bezugsrahmen:</b> Bei der mitfühlenden, patientenzentrierten Pflege (=PCC) wird die Persönlichkeit durch das Pflegepersonal anerkannt und basiert nach Kitwood (1997) auf einer respektvollen und vertrauensvollen Beziehung. PCC wird von Sharp et al. definiert als Betreuung, die auf individuelle Bedürfnisse eingeht, anpassungsfähig ist und auf dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung beruht. Das Konzept, als Aspekt der Pflegephilosophie, zielt darauf ab, die Erfahrungen der Patienten zu verbessern und eine gute klinische Pflege zu bieten, die mit individuellen Bedürfnissen und Werten der Person übereinstimmt. Dies führt laut Patienten zu einer höheren Zufriedenheit, weniger unerwünschten Zwischenfälle, Sicherheit und befähigen zur Selbstpflege. Patienten berichten weiterhin von suboptimaler Versorgung und unzureichender Pflege, wie Vernachlässigung und Schädigung. In der Akutpflege wird das Personal vor Herausforderungen gestellt, wobei sich humanisierende Lösungen teils nicht in der Praxis übertragen lassen. Dort besteht die Gefahr, dass sich organisatorische Prioritäten in Richtung Effizienz und weg von der Patientenorientierung verschieben. Dabei sehen sich Pflegenden verpflichtet, mitfühlende, fürsorgliche Pflege zu leisten mit dem Sinn und Zweck, sich um die Patienten zu kümmern. Mitgefühl erfordert im Vergleich zu Empathie nicht nur die Identifizierung von Leiden, sondern auch eine intelligente Reaktion und Handlung, um dies zu lindern. Wenn dies Pflegenden nicht können, führt dies zu Unzufriedenheit und hindert das Engagement.</p> <p><b>Problemstellung:</b> Nur wenige Belege, dass PCC praktiziert wird. Präferenzen und Werte der Patienten sollen in die klinische Versorgung und Decision-Making einfließen, um das Machtungleichgewicht des biomedizinischen Modells zu korrigieren. Patientenmeinung zu PCC fehlt in jeglichen Studien, bisher wurde erstmals aufgezeigt, dass jüngere, besser ausgebildete und kränkere Patienten am wenigsten zufrieden sind und weibliche Ärzte seien eher bereit, sich auf den Aufbau einer therapeutischen Beziehung einzulassen. Pflegebedürftige wünschen sich echtes Mitgefühl und individuelle Pflege auf persönliche Weise. Kaum Studien mit Erfahrungen der PCC im Akutkrankenhaus.</p> <p>Ziel: die Akutpflege aus der Sicht des Pflegebedürftigen zu untersuchen und die Bedeutung dieser Pflege in Bezug auf das Konzept der PCC zu interpretieren.</p> <p><b>Forschungsfrage:</b> «Wie beschreiben Patienten in einem Akutkrankenhaus die ideale Pflege und was sagt das aus über die personenzentrierte Pflege?»</p>	<p><i>Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Pflege? Ja, da es trotz des philosophischen Engagements für PCC schwierig ist, in der Praxis umzusetzen.</i></p> <p><i>Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Pflege? Ja.</i></p> <p><i>Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Ja.</i></p> <p><i>Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Ja.</i></p> <p><i>Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja, umfänglich.</i></p> <p><i>Wird die Wichtigkeit der Arbeit stichhaltig diskutiert? Ja.</i></p>
<b>Methode</b>	<p><b>Design:</b> Qualitative Forschungsmethode mit semistrukturierten Interviews.</p> <p><u>Population:</u> Personen, die in letzter Zeit Erfahrungen mit einer Akutversorgung gemacht haben, die sie für besonders gut hielten. Grosses, öffentliches Krankenhaus als Studienort, welche PCC in ihrem Leitbild verankerte.</p> <p><u>Ziehung der Stichprobe:</u> 10 Bürger in einem australischen Regionalbezirk.</p>	<p><i>Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Ja, damit es den Teilnehmern ermöglicht wird, eigene Erfahrungen und Meinungen zu artikulieren und erklären.</i></p> <p><i>Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ist die Stichprobengrösse angemessen? Ist die</i></p>

Einschlusskriterien: vor kurzem in einer Akutversorgung des Gesundheitswesens, Leistungen bzgl. psychische Gesundheit, Onkologie, medizinische und chirurgische Versorgung.

Ausschlusskriterien: -

**Datenerhebung/Messverfahren:** Nach einer Anzeige in einer lokalen Zeitung, wurden von Oktober 2012 bis Dezember 2013 semi-strukturierte Interviews durchgeführt, in denen ehemalige Patienten eines australischen regionalen Gesundheitsdienstes gebeten wurden, ihre Erfahrungen mit einer ihrer Meinung nach «vorbildliche Pflege» zu beschreiben. Durch die Erzählung ihrer Geschichte, konnte herausgefunden werden, was für die Teilnehmenden wichtig war.

**Datenanalyse:** Digitale Aufzeichnung der Interviews wurden transkribiert und zusammengefasst. Die Transkripte wurden ins Datenmanagement-System QRS NVivo 10 hochgeladen und nach der thematischen Analyse von Van Manen analysiert (1998), um zu identifizieren, wie Pflegekräfte und andere Fachkräfte des Gesundheitswesens die PCC in ihren Pflegeaktivitäten erreichen. Durch mehrfaches Lesen wurden Aspekte der PCC in den Daten identifiziert und kodiert. Ähnlichkeit, Variabilität und Konsistenz wurden geprüft und dann zu Schlüsselthemen zusammengefasst.

**Ethik:** Ethische Grundsätze wurden beachtet (Freiwilligkeit, Anonymität und Möglichkeit zum Aussteigen), Genehmigung der Ethikkommission für Forschung am Menschen der Central Queensland University vor der Datenerhebung.

*Stichprobe repräsentativ für die Population? Wir wird sie begründet? Stichprobenziehung wird nicht begründet, keine Angaben zu Population, keine Beschreibungen zu den Teilnehmern, wenig Informationen. Dient erstmals als Ansatz für eine Sammlung an Meinungen.*

*Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Zur Sensibilisierung von bestehendem Pflegepersonal und Ausbildungsorganisationen.*

*Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Nein, anhand welcher Kriterien wurden die Teilnehmenden ausgewählt? Haben sich nur 10 Personen gemeldet?*

*Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ein- und Ausschlusskriterien hätten noch konkreter sein können (zB gewisse Anzahl Jahre von Erfahrungen).*

*Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Ja, Erfahrungswerte von Pflegebedürftigen.*

*Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Ja*

*Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Ja.*

*Wie ist die Kongruenz bezüglich Ontologie-Epistemologie-Methodologie? Zu wenig Informationen, um darüber eine Äusserung zu formulieren.*

*Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein? Kein Forschungsansatz beschrieben, lediglich die Vorgehensweise.*

*Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ja.*

*Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Ja.*

*Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Ja.*

*Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Ja.*

*Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt?*

*Abschliessende Lektüre des Textes, um das Thema zu veranschaulichen.*

*Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar? Ja, durch digitale Aufzeichnungen.*

*Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden?*

*Vertraulichkeit (Pseudonyme), freie Meinungsäusserung ohne Schaden oder Not zu erleiden.*



<b>Ergebnisse</b>	<p><b>Zentrale Ergebnisse:</b> Wichtigste Erkenntnis, dass PCC zu persönlichen, emotionalen oder spirituellen Reaktionen führte, als Katalysator für die Befähigung und Beteiligung des Patienten an der Pflege sowie für eine positive Genesungsperspektive. Ohne PCC seien Patienten eher passive Empfänger für Pflegeleistungen. Vier Schlüsselkomponenten:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Barmherzige Pflege: Fürsorge und Mitgefühl entscheidend, da oftmals Gefühl des Alleinseins. Wahrnehmen der Notlage, positive Bestärkung als spirituelle Wirkung.</li> <li>2) Therapeutische Beziehungen – die Grundlage des Kennenlernens: Anerkennen der Individualität, Interesse zeigen, Aufmerksamkeit nicht nur auf die Krankheit, normale alltägliche Gespräche, PCC mittels Anerkennen der einzigartigen Bedürfnisse und Fähigkeit darauf einzugehen, Quelle des Vertrauens und Sicherheit</li> <li>3) Die Alltäglichkeit einer guten Pflege: PCC ausserhalb von vorgeschriebenen Aufgaben oder Rollenbeschreibungen, Erkenntnis der Teilnehmenden, dass PCC keineswegs selbstverständlich sei, sondern ein Privileg. PP Sehen hohe Arbeitsbelastung der Pflegenden und empfinden PCC als weitere Investition und persönliche Aufopferung bei echtem Interesse, ohne Stress, Selbstwertgefühl der Teilnehmenden wurde dadurch gestärkt.</li> <li>4) Von Problemen zu Lösungen übergehen: Aufenthalt als angstausslösendes, belastendes Ereignis, Bedrohung der Identität durch neue Diagnosen, Ungewissheit als Bedrohung. PP verspürte Gefühl von Hoffnung und Bewältigungsfähigkeit, wenn Pflege sich auf positive Aspekte, Lösungen und Möglichkeiten konzentrierte. Klare Informationen und Behandlungsrichtung gibt Kontrolle und Autonomie über Zukunft, Anerkennung der persönlichen Auswirkungen auf die Krankheit stärkt Motivation und fördert Compliance.</li> </ol> <p><b>Darstellung der Ergebnisse:</b> Zitate aus den Interviews im Fliesstext, Erklärungen zum Hintergrund der Teilnehmenden. Verweise auf vorgängige Literatur. Miteinander verbundene Themen der Meinungen und Erfahrungen. Tendenz der Teilnehmenden, während den Interviews zuerst zu beschreiben, was als «nicht gute Pflege» gilt, wird nach Riemen (1986) erklärt, Fokus bleibt dennoch auf guter Pflege.</p>	<p><i>Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Aufgrund der Wiederholungen weniger präzise, Kontext hingegen klar.</i></p> <p><i>Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Nein, wenig Inhalt und nicht alle Teilnehmenden erwähnt.</i></p> <p><i>Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Teilweise, es wird in den Abschnitten auf PCC hingewiesen, viele Wiederholungen aus dem Einleitungsteil (zB Erklärungen zum Begriff «Mitgefühl»)</i></p> <p><i>Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Ja, knapp zusammengefasst.</i></p> <p><i>Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja, im Fliesstext, vier Schlüsselkomponente eingegrenzt.</i></p> <p><i>Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja, soweit beurteilbar.</i></p> <p><i>Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent &amp; inhaltlich unterscheidbar? Ja, es wird jedoch gesagt, dass alle Themen miteinander verbunden sind.</i></p> <p><i>Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Ja, soweit beurteilbar.</i></p>
-------------------	--	--

<b>Diskussion</b>	<p><b>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse:</b> Feststellung, dass Mischung aus klinischer Kompetenz und mitfühlender Pflege nebeneinander bestehen muss für PCC. Erklärung des Begriffs «Mitgefühl», Teilnehmende sehen körperliche Pflege sowie emotionalen Trost als mitfühlende PCC. PCC hängt von echtem Interesse, Leidenschaft und Freundlichkeit der Pflege ab, um den Menschen in Mittelpunkt zu stellen und individuelle Bedürfnisse wahrzunehmen, ohne dass Patienten dies zuerst äussern müssen. Kleine, alltägliche Handlungen sind unerwartet und unaufgefordert und wirken positiv auf Patienten. Nette Worte geben Kraft und Ermutigung. Einfühlende Pflege führt zu mehr Patientenbeteiligung und zur Überzeugung, dass deren Genesung wichtig und auch möglich sei. Innerhalb einer therapeutischen Beziehung wird Individualität anerkannt und Teilnehmende fühlten sich unterstützt und getröstet. Nur bei einer echten Verbindung konnte das therapeutische Potenzial der Beziehung ausgeschöpft werden. Dafür müssen Pflegenden ihre Patienten nicht schon länger kennen, aber etwas von sich selbst in die Begegnung einbringen, authentisch sein, anstatt sich hinter einer professionellen Barriere zu verstecken. Diese gemeinsame Menschlichkeit gebe ein Gefühl von Vertrautheit und ermöglicht PCC. Therapeutische Beziehung ist sehr komplex, da sie sowohl sozial als auch beruflich, erfordern Empathie, aber keine Sentimentalität, und erfordern Nähe und bewahren doch Distanz.</p> <p><b>Limitationen:</b> Keine Verallgemeinerungen aufgrund der geringen Stichprobengrösse.</p> <p><b>Schlussfolgerung:</b> Im Verlauf der Studie wurde deutlich, dass eine personenzentrierte Pflege nicht verwirklicht werden kann, ohne zunächst das therapeutische Potenzial des emotionalen Engagements in der Pflege anzuerkennen. Es ist bereits bekannt, dass Patienten ein grundlegendes Bedürfnis nach Verbundenheit und Respekt haben, und dies zeigte sich deutlich in der Art und Weise, wie die Teilnehmer über die emotionale Verbindung sprachen, die zwischen ihnen und den "fürsorglichen" Pflegekräften hergestellt wurde. Bedeutung der emotionalen Arbeit für das Wohlbefinden der Patienten und für die personenzentrierte Pflege muss anerkannt und gewürdigt werden. Die Daten bringen ein vertieftes Verständnis über PCC und gaben den Teilnehmenden Raum ihre Geschichte zu erzählen, was als Stärke der Studie betrachtet wird. Laut ihnen ist PCC und ein schneller Aufbau einer therapeutischen Beziehung möglich.</p>	<p><i>Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Ja.</i></p> <p><i>Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Gibt Rückschlüsse auf diverse Auswirkungen von PCC auf Patienten.</i></p> <p><i>Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Es wird mehrmals auf die Studie von Gray (2009) verwiesen für die Diskussion zur Umsetzung.</i></p> <p><i>Sind die Ergebnisse für die Pflege relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Pflege diskutiert)? Ja, da PCC bisher unterbewertet wurde.</i></p> <p><i>Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Die Autoren fordern weitere Untersuchungen, die:</i>  <i>-aufzeigen wie Pflegenden schnell therapeutische Beziehungen zu den Patienten aufbauen</i>  <i>-bestimmte kulturelle Faktoren am Arbeitsplatz ermitteln, die PCC begünstigten oder behinderten.</i></p> <p><i>Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Ja, soweit beurteilbar.</i></p>
-------------------	--	---

#### **Güte der Studie:**

Gesamteinschätzung entsprechend den Gütekriterien nach Lincoln und Guba (1985)  
 Positives wird mit + und Negatives wird mit – gekennzeichnet

- + Genehmigung der Ethikkommission für Forschung am Menschen der Central Queensland University vor der Datenerhebung.
- Datenerhebung fällt minim aus, Stichprobenziehung zu wenig klar und fehlende Informationen zu den Teilnehmenden.
- + Interviewaufzeichnungen wurden angehört, transkribiert und mittels Reflexionsnotizen erste Zusammenfassung verfasst, die die Datenanalyse unterstützten.
- + Daten wurden nach den Prinzipien der thematischen Analyse von Van Manen (Van Manen, 1998) analysiert und nach mehrmaligen Lesen kodiert.
- + Zuverlässigkeit wird gewährleistet, indem Ähnlichkeit, Variabilität und Konsistenz von den Forschenden geprüft und die kodierten Schlüsselthemen in Kategorien zusammengefasst wurden. Die Kategorien erscheinen fundiert und wurden nachvollziehbar im Fliesstext beschrieben.
- Tabellen zur vereinfachten Darstellung der Zitate oder Ergebnisse wurden nicht genutzt.
- Ergebnisse können als Denkanstoss für die Praxis genutzt werden, hingegen kann die Übertragbarkeit nicht erreicht werden, da die Ergebnisse zu wenig präzise und reichhaltig dargestellt werden. Weitere Untersuchungen werden von den Forschenden empfohlen.
- + Die Diskussion ist schlüssig, Interpretationen sind nachvollziehbar und mit Literatur unterstützt.

#### **Gesamteinschätzung des Evidenzlevels:**

Die Studie von Sharp et al. befindet sich auf dem untersten Level der 6S Pyramide nach DiCenso (2009) da es sich um eine Primärstudie handelt.