

Einleitung

Pflege und Betreuung in den letzten Lebenstagen und -stunden sind sowohl für Betroffene, als auch für dessen Angehörige und deren subsequenter Verarbeitung des Ablebens von Relevanz. Im Jahr 2020 verstarben in Österreich annähernd 50% im stationären Akut-Setting [1], was die Notwendigkeit einer adäquaten Betreuung unterstreicht.

In der Finalphase des Sterbens nehmen sowohl Pflegepersonen, als auch Angehörige und Bezugspersonen Schlüsselrollen ein. Diese vertreten Interessen von Patient*innen im multiprofessionellen Kontext, und gewährleisten eine patienten- und familienorientierte Versorgung [2].

Die wiederholte Konfrontation mit fluktuierenden Betreuungssituationen in einem nur bedingt konstanten Umfeld macht eine qualitativ hochwertige Betreuung in der letzten Lebensphase im Akut-Setting herausfordernd [3].

Einhergehend damit empfinden Pflegepersonen oftmals, dass sie ihren Idealen bezüglich der Betreuung und Begleitung Sterbender nicht gerecht werden können [4].

Bislang fehlen belastbare Daten für Österreich.

Ziel

Ziel ist die Identifizierung von Handlungen und strukturellen Rahmenbedingungen im Kontext von End-of-Life Care im Akut-setting in Österreich.

Methoden

In Ermangelung eines geeigneten Erhebungsinstrumentes wurde dieses eigens entwickelt. Basis hierfür war das Modell der „Peaceful End of Life Theory“ von Ruland & Moore [5].

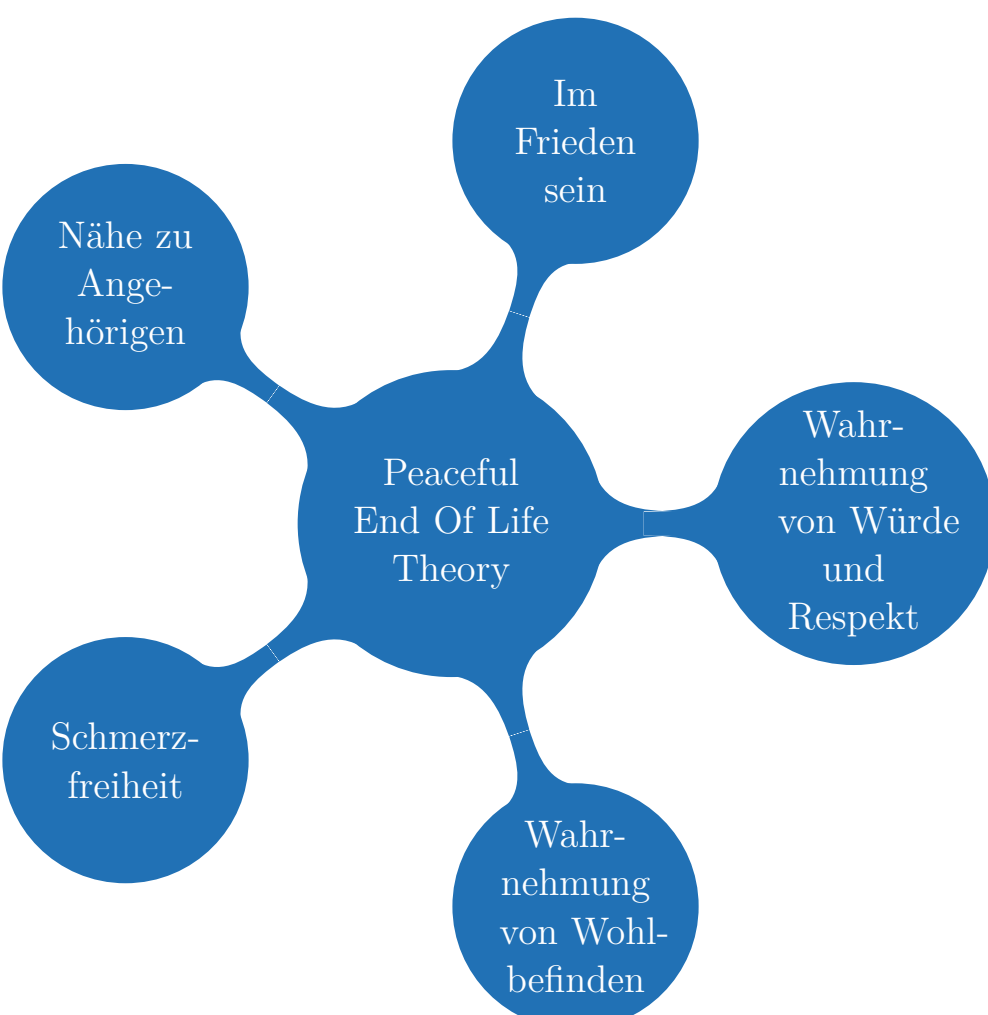


Abbildung 1: Die fünf Konzepte der PEOL Theory [5]

„Peaceful-End-of-Life-Questionnaire (PEOL-Q)“:

- ▶ 5 Frageblöcke mit 30 Items und 6er-Skalierung Likert-Skala
- ▶ 6 Items zu demografischen Daten
- ▶ Evaluierung im Rahmen einer Gelegenheitsstichprobe mittels Querschnitt-Online-Befragung
- ▶ Grundgesamtheit: alle Pflegepersonen im stationären Akut-Setting in Neurologie, Chirurgie und Interner
- ▶ Trägerorganisationen in vier Bundesländern
- ▶ Auswertung mit R (Version 4.2.1)
- ▶ Konsistenzbestimmung mit Cronbachschem Alpha, und dem stabileren McDonalds Omega [6]

Ergebnisse

Demographische Daten

- ▶ Rücklauf 153 Fragebögen (n=118 vollständig ausgefüllt)
- ▶ Geschlecht (w 102, m 13 und divers 3)
- ▶ Alter von 21 bis 63 Jahren, Ø 39,2 Jahre
- ▶ in der jeweiligen Gruppe der Berufsjahre zwischen 21 und 27 Personen
- ▶ Bildungsgrad 63% „klassische“ DGuKP (n=74, siehe Abb. 2)
- ▶ Trägerorganisationen siehe Abb. 3
- ▶ Abteilungen Chirurgie (n=39), Interne (n=73), Neurologie (n=6)

Statistische Maße

Tabelle 1: Konsistenzprüfung der Antworten. Alpha ist Cronbachs Alpha, Omega ist McDonalds Omega

Fragegruppe	Alpha	Omega
Schmerzfreiheit	0,79	0,85
Erlebnis von Wohlbefinden	0,80	0,88
Erfahrung von Würde und Respekt	0,81	0,83
Im Frieden sein	0,74	0,83
Nähe zu Angehörigen/Bezugspersonen	0,71	0,76
Gesamt	0,91	0,93

- ▶ Faktorenanalyse in fünf Faktoren ist unzureichend (p=0,0008)
- ▶ Eigenwerte von acht Faktoren ≥ 1
- ▶ Erklärung der Varianzen von 55% wird bei acht Faktoren erreicht

Detailergebnisse

In der Likert-Skala war die Bewertung von „stimme gar nicht zu“ (Wert „1“) bis zu „stimme voll und ganz zu“ (Wert „6“) kodiert.

Hohe Zustimmung:

- ▶ Einschätzung und Behandlung von Symptomen (siehe Abb. 5)
- ▶ Anerkennung von Werten und Autonomie von Sterbenden
- ▶ Unterstützung und Caring durch Pflegepersonen und Bezugspersonen

Weniger Zustimmung bei Fragen zu:

- ▶ Dokumentation der Wirkung von Maßnahmen
- ▶ komplementäre Pflege
- ▶ Anpassung der stationären Abläufe
- ▶ unterstützende Informationen (siehe Abb. 6)

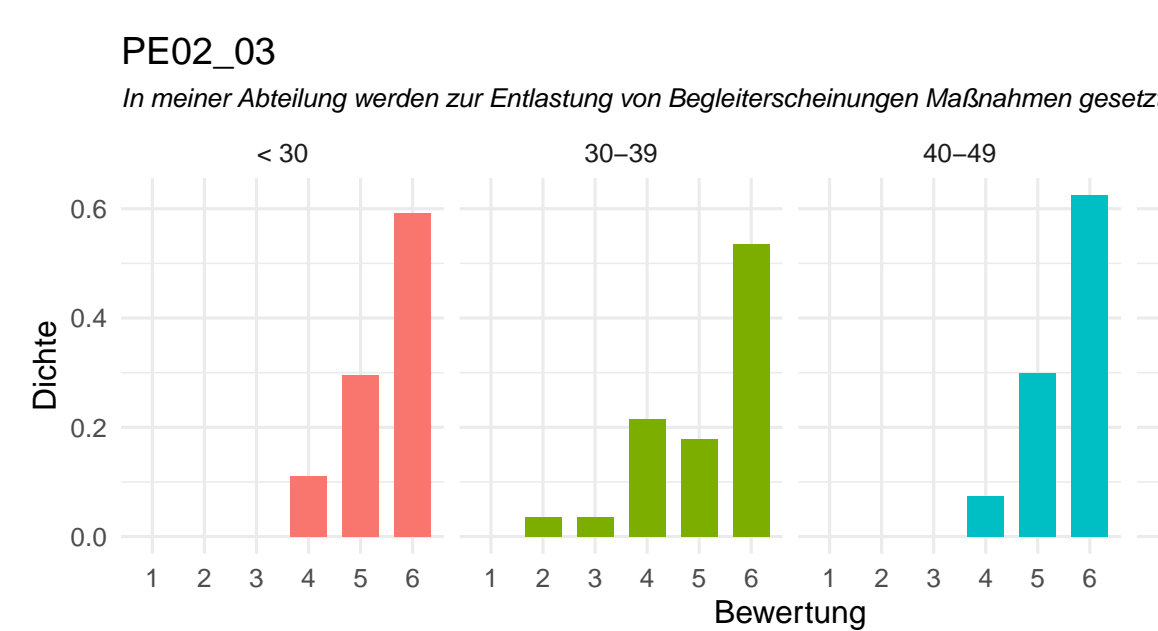


Abbildung 5: Antwortverhalten nach Altersgruppe. In dieser Frage antworten die vier Altersgruppen konsistent. Der Split nach Altersgruppen ist farblich codiert und jeweils auf eins normiert.

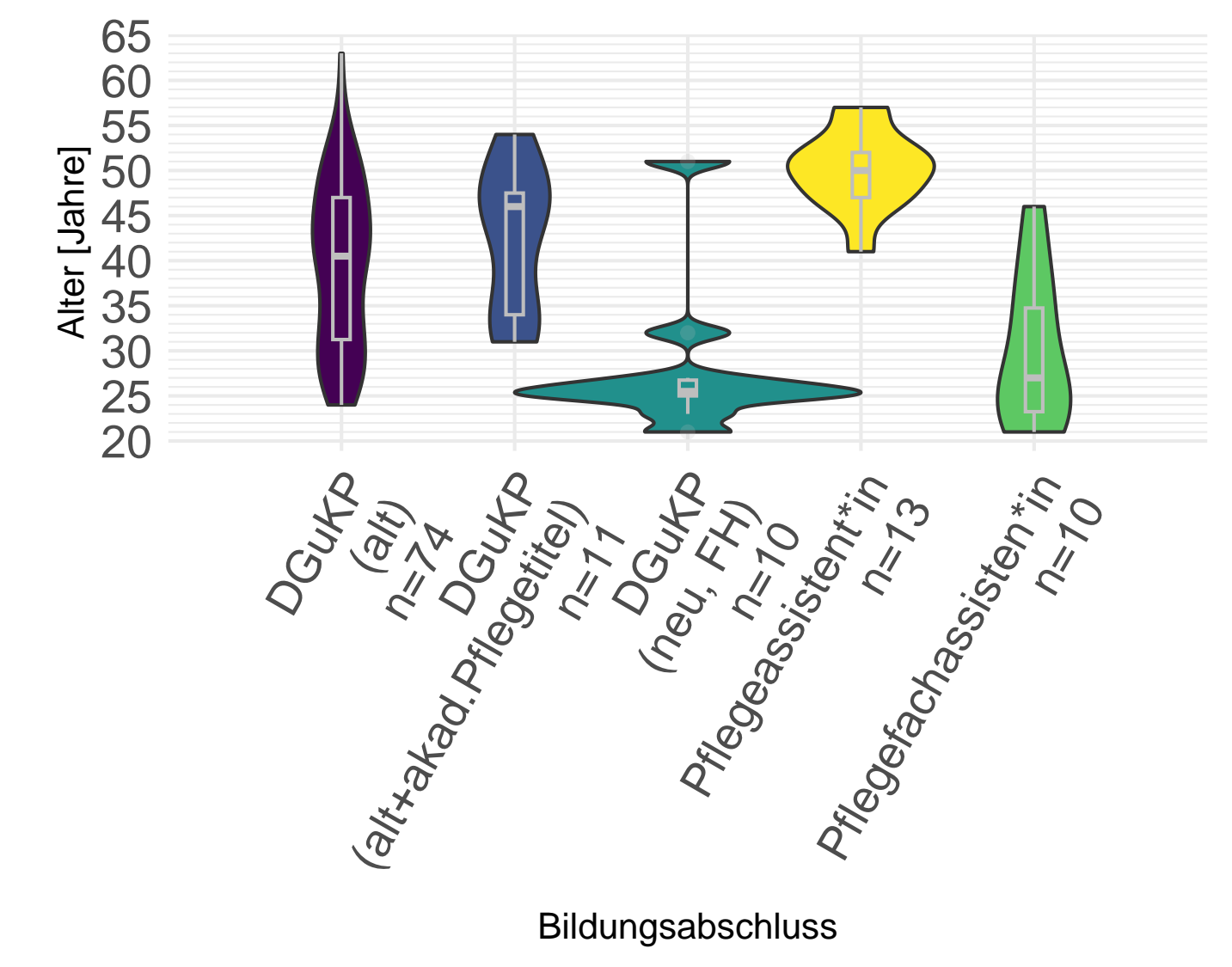


Abbildung 2: Altersverteilung nach Bildungsgrad

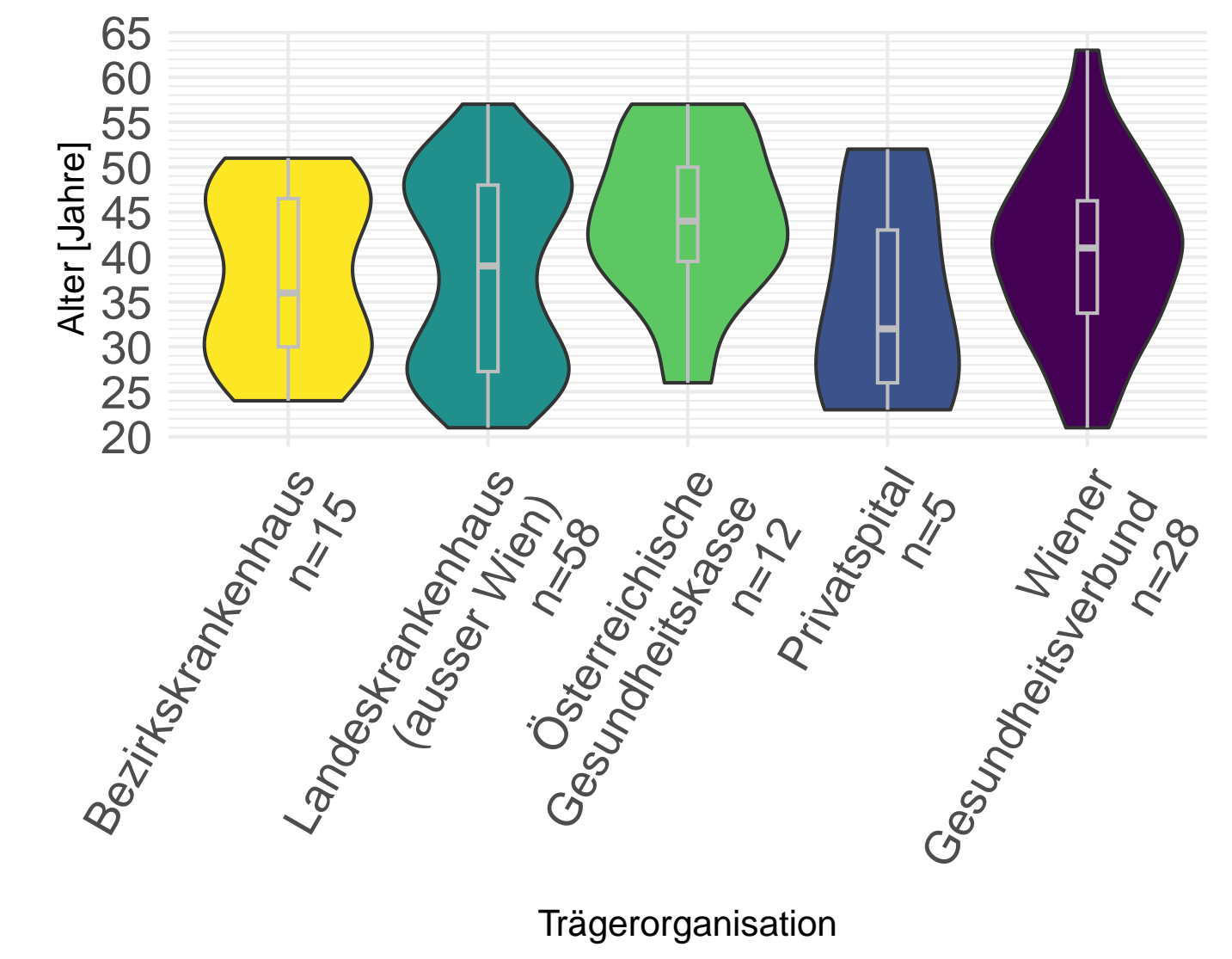


Abbildung 3: Altersverteilung nach Trägerorganisation

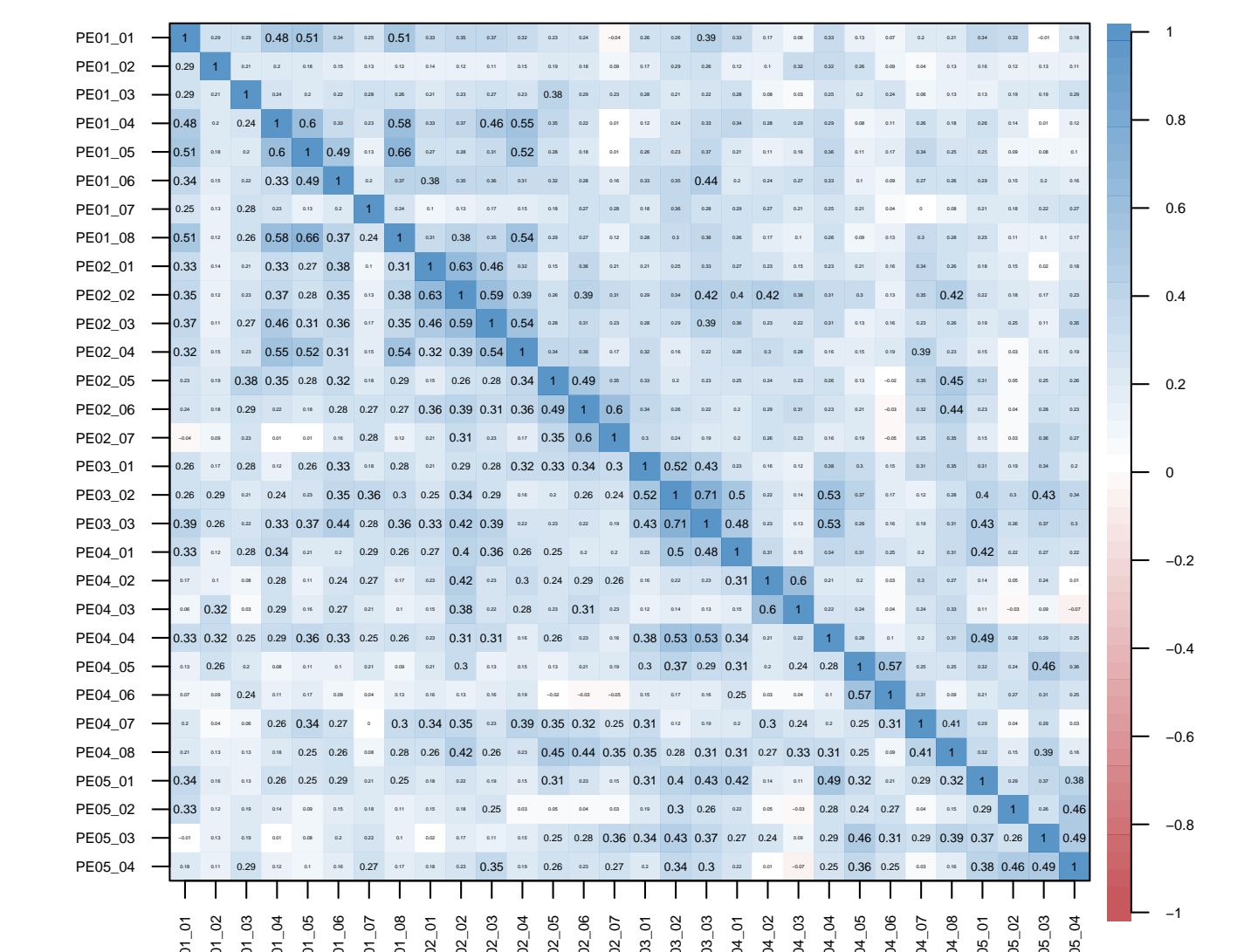


Abbildung 4: Korrelation im Antwortverhalten über alle dreißig Fragen in den fünf Fragegruppen (n=118)

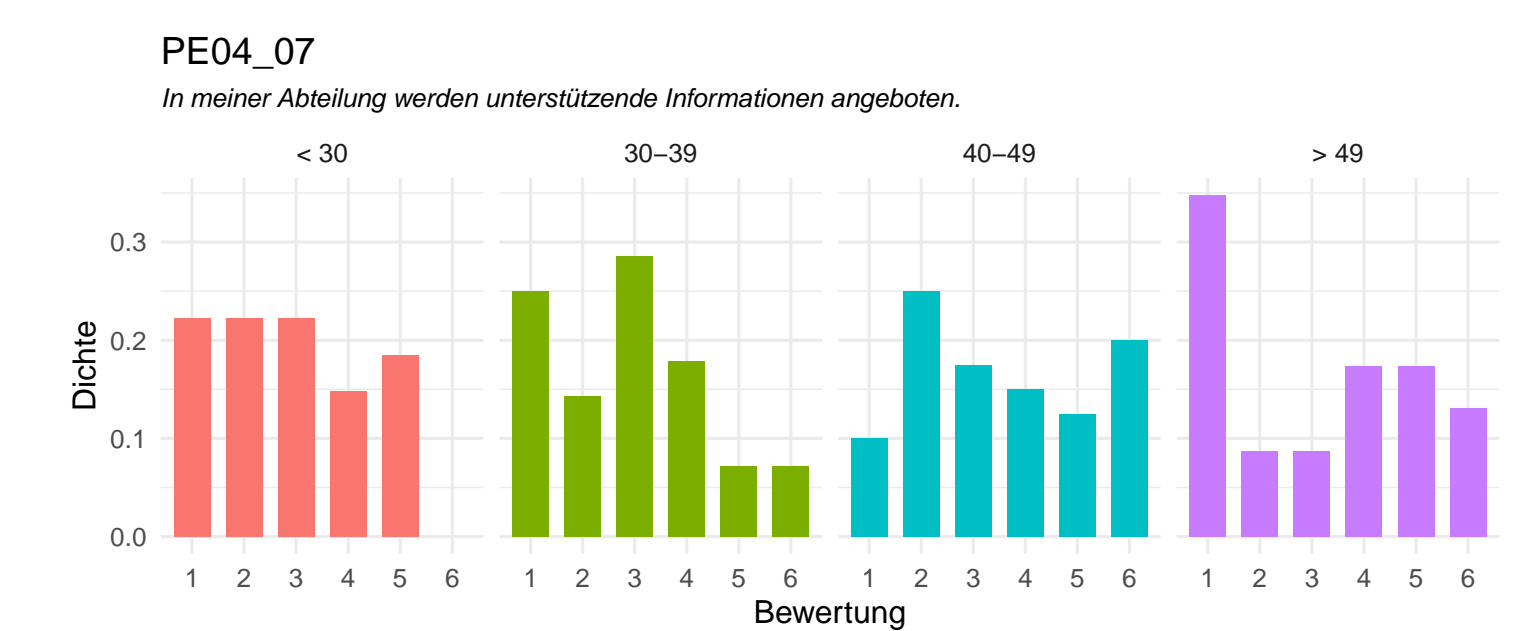


Abbildung 6: Antwortverhalten nach Altersgruppe. In dieser Frage ist ein Unterschied im Antwortverhalten der vier Gruppen evident. Der Split nach Altersgruppen ist farblich codiert jeweils auf eins normiert.

Diskussion

- ▶ Der Fragebogen ist als Instrument evaluiert. Die damit erreichbare Genauigkeit der Bewertung ist durch hohe Konsistenzwerte bestätigt.
- ▶ Unterscheidungen der Bewertung nach den demographischen Daten gut möglich.
- ▶ Anzahl der evaluierten Fragebögen zu gering für quantitative Auswertung bei Mehrfachsplit (z.B. nach Alter und Träger).
- ▶ Die über die fünf Konzepte der PEOL-Theorie hinaus auftretenden Faktoren scheinen z.T. Kommunikationsaspekte (Dokumentation und Informationsmaterialien) zu kodieren.

Quellenangaben

- [1] Stolz, E., Mayerl, H., Baumgartner, J., Steinkellner, K., & Freidl, W. (2020). Angehörigenbefragung zum Sterben im Krankenhaus: Ein Vergleich zwischen Abteilungen für innere Medizin und Palliativstationen in der Steiermark.
- [2] Raymond, A., Lee, S. F., & Bloomer, M. J. (2017). Understanding the bereavement care roles of nurses within acute care: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13–14), 1787–1800.
- [3] Thompson, G., McClement, S., & Daeninck, P. (2006). Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 169–177.
- [4] Gagnon, J., & Duggleby, W. (2014). The provision of end-of-life care by medical-surgical nurses working in acute care: A literature review. *Palliative and Supportive Care*, 12(5), 393–408.
- [5] Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169–175.
- [6] Berger, U. (2019). Interne Konsistenz von Fragebogen-Skalen: Alpha oder Omega? *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 69(08), 348–349.