

Bachelorarbeit

Partizipative Entscheidungsfindung in der Onkologie aus Sicht der Pflege

**Eingereicht am Hochschullehrgang Gesundheits-
und Krankenpflege: Bachelor-Upgrade**

Vorgelegt von: Andrea Ringseis

Matrikelnummer: 52402072

Lehrveranstaltung: BAS2S

Betreuerin/Betreuer: Petra Popp, BScN MSc ANP

Ort, Datum: Linz, 04.06.2025

Kurzfassung

Hintergrund: Die Zahl der an Krebs erkrankten Menschen nimmt kontinuierlich zu und Patienten*innen wollen, wie bereits durch einige Studien belegt, bei der Wahl ihrer Therapie mitentscheiden. In der onkologischen Versorgung hat sich die Anwendung von Partizipativer Entscheidungsfindung als Standard etabliert. In der vorliegenden Literatur wird die Pflegeperson als wichtiger Akteur im Prozess betrachtet, allerdings lassen sich in der Literatur kaum konkrete Hinweise auf die Aufgaben des Pflegepersonals finden.

Fragestellung: In der vorliegenden wissenschaftlichen Arbeit werden zwei Fragestellungen untersucht. Einerseits wird die Frage gestellt, welche Erfahrungen Pflegepersonen bei der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie machen. Andererseits wird erläutert, welche Faktoren sich förderlich bzw. hinderlich auf das Mitwirken von onkologischen Pflegepersonen im Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung auswirken.

Ziel: Es soll dargelegt werden, wie onkologische Pflegepersonen den Shared Decision Making-Prozess erleben. Darüber hinaus sollen die Faktoren identifiziert werden, die das Mitwirken von onkologischen Pflegepersonen im Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung fördern oder hindern.

Methodik: Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken der FH durchgeführt. Die Selektion der Literatur erfolgte durch die Anwendung von Ein- und Ausschlusskriterien. Im Anschluss wurde eine kritische Beurteilung der Literatur mittels eines Bewertungsinstruments durchgeführt. Im Rahmen des vorliegenden Prozesses gelang die Identifikation von sieben relevanten Studien.

Ergebnisse: Das Pflegepersonal nimmt im SDM-Prozess eine wechselnde Rolle ein, die nicht klar definiert ist. Dies führt zu Unsicherheiten auf Seiten des Pflegepersonals. Pflegepersonen identifizieren sich als Fürsprecher*in des*der Patienten*in. Die vorliegende Literatur identifiziert Zeitmangel und Wissensdefizite als die Hauptbarrieren für die Partizipation von Pflegepersonal im Kontext des SDM-Prozesses.

Diskussion und Schlussfolgerung: Die Rolle des Pflegepersonals im SDM-Prozess muss präzise definiert werden, für die Übernahme von Aufgaben benötigt das Pflegepersonal tieferegehende Ausbildungen und Zeitressourcen.

Schlüsselwörter: Partizipative Patientenentscheidung, Pflege, Onkologie

Abstract

Background: The number of people suffering from cancer is continuously increasing. As several studies have already shown, patients want to have a say in their choice of treatment. The use of shared decision management has become established as a standard in oncological care. In the available literature, the nurse is seen as an important player in the process. However, there are hardly any specific references to the tasks of nursing staff in the literature.

Research Questions: This scientific paper examines two questions. On the one hand, the question is posed as to what experiences nurses have in shared decision-making in oncology. The second research question is “Which factors have a beneficial or detrimental effect on the involvement of oncology nurses in the shared decision-making process?”.

Aim: The aim is to describe how oncological nurses experience the SDM process. In addition, the factors that promote or prevent the involvement of oncological nurses in the shared decision-making process will be identified.

Method: To answer the research question, a systematic literature search was carried out in the university’s databases. The literature was selected by applying inclusion and exclusion criteria. A critical assessment of the literature was then carried out using an evaluation tool. As part of this process, seven studies were identified.

Results: Nursing staff have a changing role in the SDM process that is not clearly defined. This leads to uncertainty on the part of the nursing staff. Nurses identify themselves as the patient's advocate. The available literature identifies a lack of time and knowledge as the main barriers to the participation of nursing staff in the context of the SDM process.

Discussion and Conclusion: The role of nursing staff in the SDM process must be precisely defined. The Nursing staff require in-depth training and time resources to take on tasks in the SDM process.

Keywords: shared decision-making, nurse, oncology

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	IV
1 Einleitung	5
1.1 Problembeschreibung und Pflegerelevanz	6
1.2 Fragestellung und Zielsetzung	8
2 Theoretischer Hintergrund.....	10
2.1 Onkologie.....	10
2.2 Partizipative Entscheidungsfindung.....	11
3 Methodik	14
3.1 Recherche.....	14
3.2 Selektion	14
3.3 Kritische Würdigung	17
4 Ergebnisteil	18
4.1 Tabellarische Darstellung der Studien.....	18
4.2 Das Erleben des PEF-Prozesses durch das Pflegepersonal	27
4.2.1 Fehlende Rolle im SDM -Prozess	27
4.2.2 Wissen über PEF und Einstellung zu PEF.....	29
4.2.3 Die Pflegeperson als Fürsprecher*in für Patienten*innen	29
4.3 Förderfaktoren und Hindernisse für das Mitwirken der Pflege im SDM-Prozess	31
4.3.1 Faktor Zeit.....	31
4.3.2 Faktor Wissen	31
4.3.3 Faktor gesellschaftliches Rollenbild der Pflege	33
4.3.4 Faktor Unternehmenskultur und Infrastruktur	34
4.3.5 Faktor Patienten*innen Beziehung	35
5 Diskussion.....	36
5.1 Methodische Diskussion.....	36
5.2 Inhaltliche Diskussion.....	39
5.3 Limitationen der Bachelorarbeit.....	41
6 Schlussfolgerung und Ausblick.....	43
7 Literaturverzeichnis	47
8 Abbildungsverzeichnis	51
9 Tabellenverzeichnis	51
10 Anhang.....	52
10.1 Suchprotokolle	52
10.2 Studienprotokolle	54

Abkürzungsverzeichnis

FF	Forschungsfrage
FH	Fachhochschule
KH	Krankenhaus
NW	Nebenwirkungen
PEF	Partizipative Entscheidungsfindung
SDM	Shared Decision Making
USA	Vereinigte Staaten von Amerika
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Die Idee zum Thema kommt aus der praktischen Erfahrung der Autorin. Sie arbeitet seit über 15 Jahren im onkologischen Bereich und sammelte Erfahrungen in verschiedenen Abteilungen. Die Arbeit der Autorin soll das Thema Partizipative Entscheidungsfindung aus Sicht der Pflege aufgreifen. Das Proposal dient als Leitfaden für diese Arbeit, die Gliederung erfolgt in sechs Hauptkapiteln. Das erste Kapitel ist die Einleitung, welches die Problembeschreibung und die Pflegerelevanz des gewählten Themas erläutert, sowie die Zielsetzung der Arbeit beschreibt. Als zweites Kapitel folgt der theoretische Hintergrund mit Darlegung von relevanten Begrifflichkeiten und einem Überblick zur aktuellen Wissenslage des Themas. Im dritten Kapitel wird die angewandte Methodik zur Beantwortung der Forschungsfragen beschrieben. Im vierten Kapitel werden die Resultate der Literaturrecherche präsentiert. Diese sind sowohl in tabellarischer als auch in schriftlicher Form dargestellt. In Kapitel fünf werden die Studieninhalte einem Vergleich unterzogen und sowohl methodisch als auch inhaltlich diskutiert. Ein weiteres Unterkapitel widmet sich den Limitierungen der eingeschlossenen Studien. Im sechsten Kapitel werden die Schlussfolgerungen sowie der Ausblick für die Praxis und potenzielle Forschungslücken dargelegt.

Mit Stand Jänner 2024 leben rund 400 000 Menschen mit der Diagnose Krebs, jedes Jahr gibt es ca. 42 000 Neuerkrankungen. Aufgrund des Bevölkerungswachstums und der Überalterung der Gesellschaft werden diese Zahlen weiterhin zunehmen. Die Zahl der registrierten Neuerkrankungen steigt durch die verbesserte Frühdiagnostik. Bis zum Jahr 2030 wird sich die Zahl der Patienten*innen mit Krebs voraussichtlich auf 460 000 steigern. Alter ist ein wichtiger Faktor in der Krebsentstehung, da sich durchzunehmendes Alter das Risiko an Krebs zu erkranken erhöht. Daher ist die kontinuierliche Zunahme der Krebserkrankungen zum Teil durch die Alterung der Gesellschaft zu erklären (Statistik Austria, 2024). In den Erhebungen der Statistik Austria vom Jahr 2022 konnte trotz einem Anstieg der Krebsneuerkrankungen ein Rückgang der Krebssterblichkeit festgestellt werden. Dies ist auf frühere Diagnosestellungen und den Einsatz von neuen Therapiemethoden zurückzuführen. Die Krebsprävalenz ist in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen, wodurch sich zeigt, dass immer mehr Menschen mit der Diagnose Krebs leben. (Hackl & Ihle, 2022) In Ländern mit starken Gesundheitssystemen verbessern sich die Überlebensraten bei vielen Krebsarten dank frühzeitiger Erkennung, hochwertiger Behandlung und Nachsorge (WHO, 2024).

Krebserkrankungen haben sich als solche in vielen Fällen aufgrund der neuen Therapiemaßnahmen, weg von einer akuten, hin zu einer chronischen Erkrankung, entwickelt (Balic et al. 2024). Zu erwähnen sei, dass es keine einheitliche Definition für chronische Erkrankungen gibt. Das Robert Koch-Institut spricht in seinem Gesundheitsdatenbericht 2009 von Erkrankungen, die nicht vollständig geheilt werden können. Durch diese Erkrankung kommt es zu einer andauernden oder immer wiederkehrenden Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Krebs wird unter anderem als chronische Erkrankung benannt, aufgrund der langen oft über Jahre andauernden Behandlung der Patienten*innen und der Tatsache, dass eine Heilung der Erkrankung nicht möglich ist.

1.1 Problembeschreibung und Pflegerelevanz

Das blaue Buch, das regelmäßig von der Universitätsklinik Freiburg herausgegeben wird, umfasst über 600 klinisch geprüfte Protokolle zur Behandlung verschiedener Tumorerkrankungen. Alleine beim Kolon- und Rektumkarzinom sind 26 verschiedene Therapieprotokolle angeführt. Daher hat die chemotherapeutische Behandlung von Patienten*innen in einem multiprofessionellen und interdisziplinären Team zu erfolgen, und benötigt erfahrene Mitarbeiter*innen, die Risiken und Effekte von Therapien einschätzen können. Der*Die Onkologe*in ist wohl der wichtigste Ansprechpartner für Patienten*innen, wenn es um Aufklärung, Einverständnis und Änderungen in der Therapie geht. Aber auch die Pflege spielt eine zentrale Rolle bei der Aufklärung der Patienten*in und bei der Verabreichung der Chemotherapie. Sie ist Bindeglied zwischen Patienten*innen und den unterschiedlichen Professionen (Engelhardt et al., 2023). Besonders die Entscheidungsfindung bei adjuvanten Therapien ist sehr komplex. Hier sollten in die Entscheidungsfindung auch die potenziellen Nebenwirkungen mit einfließen und wie sich diese auf das alltägliche Leben des*der Patienten*in auswirken (Partridge et al., 2001).

An Krebs erkrankte Menschen nehmen oft jahrelang Medikamente ein: Chemotherapeutika, Medikamente gegen Nebenwirkungen der Therapie und oft noch zusätzlich Medikamente bei weiteren vorhandenen Erkrankungen (Klein et al. 2013). Jede*r Patient*in erlebt während der Behandlung mit Chemotherapeutika acht bis zwölf Nebenwirkungen. Nicht jede Nebenwirkung wird als belastend eingestuft, dies ist sehr individuell. Belastende Nebenwirkungen können zur Reduktion bis hin zum Abbruch einer Therapie führen (Lang, 2024). Die Adhärenz sinkt zudem bei komplexen Medikamenteneinnahmen, aber auch bei lang andauernden Therapien. Die Einnahme der Medikamente und deren Nebenwirkungen müssen von dem*der Patienten*in in irgendeiner Form in seinen*ihren Alltag integriert werden (Klein et al. 2013).

Die Nebenwirkung Fatigue wird von vielen Patienten*innen als sehr belastend erlebt und zieht häufig weitere Nebenwirkungen, wie etwa Schlafstörungen, Konzentrationsschwäche und Muskelschwäche mit sich. Fatigue hat einen Einfluss auf die Stimmung, Wohlbefinden und kann Patienten*innen deutlich in ihrem alltäglichen Leben einschränken (Jacobsen et al., 1999). Zu den körperlichen Beschwerden hat die Erkrankung auch Einfluss auf die Psyche der* Patienten*innen. Häufig wird ein Gefühl des Kontrollverlusts, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit beschrieben. Eine fehlende Zukunftsperspektive wird zudem von vielen der Patienten*innen angeführt. Ein Informationsdefizit und unverständliche medizinische Termini führen zum Gefühl der Angst (Hojdelewicz, 2011). Eine Studie am Wiener Allgemeinen Krankenhaus an Brustkrebs erkrankten Patienten*innen kommt zur Schlussfolgerung, dass eine stärkere Beachtung der langfristigen Auswirkungen von Therapien auf die Lebensqualität notwendig sei, da die Zahl der Langzeitüberlebenden stetig ansteigt (Bouskill & Kramer, 2016). In der Patientencharta des Bundeslandes Oberösterreich ist vermerkt, dass Patienten*innen nicht nur über die Behandlungsarten aufgeklärt werden müssen, sondern auch über die Risiken und Folgen der gewählten Behandlung. Auch auf mögliche Änderungen der Lebensführung bzw. anfallende Kosten ist einzugehen. Die Aufklärung soll sich an die Lebensumstände des*der Patienten*in anpassen (Patientencharta OÖ, Art. 16,2001).

Gemäß den Ergebnissen einer im Jahr 2021 durchgeführten Expertenbefragung wird in Österreich die Aufklärung von Patienten*innen hauptsächlich aus Gründen der Schadensprävention durchgeführt. In der Krankenversorgung dominiert oft eine medizinisch-technische Sichtweise, die den Menschen hinter der Erkrankung vernachlässigt. Wird die biopsychosoziale Perspektive nicht berücksichtigt, steigt das Risiko für Fehlentscheidungen, vermeidbare Kosten und rechtliche Konsequenzen (Nowak & Schmotzer, 2021). Insbesondere im Fachgebiet der Onkologie werden Entscheidungen getroffen, die eine bedeutsame Auswirkung auf die Lebensqualität und den Alltag der Betroffenen haben (Lindig et al. 2023). Nowak und Schmotzer (2021) fordern einen Kulturwandel in Richtung einer patienten*innenzentrierten Grundhaltung, eventuell auch untermauert durch einen gesetzlichen Anspruch auf Einbezug der Patienten*innenperspektive.

Gemäß der aktuellen Forschung kann eine auf den*die Patienten*in fokussierte Gesundheitsversorgung zu einer Optimierung der Patienten*innenerfahrungen, einer Steigerung der professionellen Qualität und einer Reduktion des Ressourcenverbrauchs führen. Ein Eckpfeiler der patientenzentrierten Versorgung stellt die gemeinsame Entscheidungsfindung dar. Hierbei arbeiten Gesundheitsfachkräfte und Patienten*innen zusammen, um eine gemeinsame Gesundheitsentscheidung zu treffen (Steffensen, 2019).

In ihrer Studie aus dem Jahr 2016 gelang es Bieber et al. den Nachweis zu erbringen, dass mehr als die Hälfte der befragten Patienten*innen eine Präferenz für die Anwendung von Shared Decision Making äußerten.

Aber es ist von signifikanter Relevanz, dass im Entscheidungsprozess nicht nur die Patienten*innen, sondern auch das Pflegepersonal integriert werden. Das Phänomen, das "moral distress" genannt wird, manifestiert sich insbesondere im Pflegepersonal. Es ist eine Stressreaktion, welche durch die Wahrnehmung der Nicht-Einbeziehung in Entscheidungsprozesse sowie dem Mitgefühl für die Patient*innen entsteht (Bleyer und Hoher 2024). Nowak und Schmotzer (2021) vertreten die Auffassung, dass auch zukünftig Teile der Patienten*innenaufklärung in den Verantwortungsbereich des Pflegepersonals übertragen werden können.

1.2 Fragestellung und Zielsetzung

Für den Hochschullehrgang „Bachelor Upgrade Gesundheits- und Krankenpflege“ der Fachhochschule (FH) Gesundheitsberufe Oberösterreich ist es für einen erfolgreichen Abschluss erforderlich, eine Bachelorarbeit zu verfassen. Folgende Fragen sollen in dieser Arbeit beantwortet werden:

„Wie erleben Pflegepersonen den Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie?“

Zur Entwicklung der Forschungsfrage wurde das Unterstützungswerkzeug PS herangezogen. P steht für Population, also die Pflegeperson. Situation (kurz S) ist in dieser Forschungsfrage der Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie.

„Welche Faktoren wirken sich förderlich oder hinderlich auf das Mitwirken von onkologischen Pflegepersonen im Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung aus?“

Die zweite Forschungsfrage wurde anhand des Unterstützungswerkzeuges PICO formuliert. Auch hierbei steht P für Population und in diesem Fall für Onkologische Pflegepersonen. Intervention, hier abgekürzt mit I, steht für das Mitwirken bei der Partizipativen Entscheidungsfindung. Comparison, kurz C, wurde nicht definiert. O, das Outcome bei dieser Fragestellung sind die begünstigenden und hinderlichen Faktoren.

Um das Thema PEF in der Onkologie sowie erforderliche Hintergrundinformationen aufzubereiten wird aktuelle wissenschaftliche Literatur herangezogen. In der bisher gesichteten Literatur wird das Mitwirken der Pflege meist mit einem Nebensatz abgetan. Aufgrund der Nähe zum*zur Patienten*in wird der Pflege aber eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess beigemessen, dies wird aber kaum näher erläutert. Ziel der folgenden Arbeit ist es, das Erleben von onkologischen Pflegepersonen im Umgang mit Partizipativer Entscheidungsfindung darzulegen. Wie sieht das Aufgabenfeld onkologischer Pflegepersonen im SDM-Prozess aus? Auf welche Hürden stoßen sie bei der Mitwirkung und welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um sie in den SDM-Prozess zu involvieren?

Zur Überprüfung der Qualität der Forschungsfrage wird das Instrument FINER herangezogen. Die Forschungsfragen sind als realistisch zu bewerten, da ausreichende Datenquellen zur Verfügung stehen und die erforderlichen Methoden innerhalb des gegebenen Zeit- und Ressourcenrahmens anwendbar sind. Das Thema ist für die Praxis von Relevanz, da sich durch Veränderungen in der Ausbildung auch der Pflege zunehmend mehr Verantwortungen übertragen werden. Obwohl in der vorhandenen Literatur stets Bezug auf die medizinischen Aspekte von PEF genommen wird, gibt es nur wenige Publikationen, die sich auf den Standpunkt der Pflege im PEF beziehen. Die in die Untersuchung einbezogenen Studien wurden unter Einhaltung ethischer Standards durchgeführt. Die Fragestellung ist für die Praxis von Relevanz, da der Handlungsspielraum von PEF für das Pflegepersonal bisher nicht hinreichend definiert ist. Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, Praktikern*innen einen Raum zur Reflexion und zum Denkanstoß zu bieten, in welchen Bereichen das Pflegepersonal Unterstützung benötigt.

2 Theoretischer Hintergrund

Der vorliegende theoretische Hintergrund dient der Erläuterung der für die Arbeit wesentlichen Inhalte. Das erste Kapitel widmet sich der Erläuterung diverser Begrifflichkeiten, die in der onkologischen Praxis Verwendung finden. Das zweite Kapitel widmet sich dem Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung.

2.1 Onkologie

Die Onkologie ist eine Fachrichtung der Medizin, die sich mit der Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen beschäftigt. Krebs umfasst eine große Gruppe von Erkrankungen, die fast aus jedem Organ oder Gewebe entspringen können. Krebs entsteht durch ein unkontrolliertes Wachstum abnormaler Zellen und kann in benachbarte Organsysteme einwachsen, dies wird Metastasierung genannt. Onkologische Erkrankung, Neoplasma oder bösartiger Tumor werden als Synonyme für Krebs gebraucht (WHO,2024).

Um die Erkrankung selbst, Therapieformen und Studien international vergleichen zu können, gibt es verschiedene Arten der Klassifizierung von bösartigen Tumoren. Zum einen die Einteilung nach Art des Ursprungsgewebes (Karzinome, Sarkome, Leukämien, ...), zum anderen die Einteilung nach dem Malignitätsgrad, dass auch als Grading bezeichnet werden kann (G1-4 oder low grade/high grade). Verbreitet ist die Einteilung nach Tumorstadium, hier wird meist mittels des TNM-Systems gegliedert. „T“ ist die Abkürzung für Tumor, „N“ für Lymphknoten und „M“ für Metastasen. Besonders für die Klassifizierung von Leukämien sind noch molekulargenetische Eigenschaften des Tumors wichtig. In den letzten Jahren hat sich basierend auf wissenschaftliche Erkenntnisse auch die Untersuchung auf genetische Faktoren bei soliden Tumoren etabliert, um die Behandlung präziser spezifizieren zu können. Meist ist die Beschreibung eines Tumors mittels eines Klassifikationswerkzeuges unzureichend, daher kommt es in der Praxis in der Regel zur Kombination verschiedener Klassifikationen (Buser, 2024).

Die onkologische Behandlung besteht aus drei Fachrichtungen: der Chirurgie, der Strahlentherapie und der medikamentösen Therapie. Es kann eine Therapieform alleine eingesetzt werden, oder alle vorstellbaren Kombinationen der drei Therapieformen, zeitlich versetzt oder gleichzeitig. Die Auswahl der Therapie erfolgt je nach Klassifikation des Tumors. Das vorrangige Ziel jeder Behandlung ist die Heilung des*der Patienten*in, hier spricht man von einer kurativen Absicht. Häufig ist allerdings eine Heilung in der Onkologie nicht möglich. Es wird mittels Therapie versucht den Tumor zu verkleinern, um eine Linderung der Beschwerden zu schaffen. Hier spricht man von einem palliativen Ansatz. Der Terminus "symptomatische Therapie" wird verwendet, um eine medizinische Intervention zu beschreiben, die darauf abzielt, die Beschwerden eines Patienten zu

kontrollieren, jedoch nicht mehr Einfluss auf die Tumorerkrankung selbst hat. In der Onkologie werden auch die Begriffe "adjuvante" und "neoadjuvante" Behandlung verwendet. Eine adjuvante Behandlung wird in der Regel nach einer chirurgischen Entfernung eines Tumors verabreicht. Ziel dieser Behandlung ist die Senkung des Rezidivrisikos. In der Regel erfolgt im Anschluss an die Operation eine systemische Therapie oder eine Bestrahlung, manchmal auch eine kombinierte Therapie. Bei einer neoadjuvanten Therapie wird vor dem chirurgischen Eingriff bereits eine systemische Therapie und/oder Bestrahlungstherapie durchgeführt, mit dem Ziel, die Operationsbedingungen zu verbessern (Kroner, 2024).

2.2 Partizipative Entscheidungsfindung

Bieber beschreibt Partizipative Entscheidungsfindung 2016 wie folgt: „Der Begriff „Partizipative Entscheidungsfindung“ - PEF (englisch auch „Shared Decision Making“ - SDM) steht für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung im medizinischen Kontext, die aus einem patientenzentrierten Ansatz heraus erwächst.“ (S. 195)

Der Ursprung von PEF ist im Aufkommen des Verbraucherschutzes im angloamerikanischen Raum in den 1960er- und 1970er-Jahren zu sehen. Zunehmend werden medizinische Leistungen auch als Dienstleistungen betrachtet. Durch die Weiterentwicklung der Medizin in Richtung evidenzbasierter Daten, weg vom Erfahrungsschatz des einzelnen Mediziners*in, kommt es auch häufiger zur Möglichkeit der Wahl zwischen Therapieoptionen (Bieber Christiane et al 2016). Das Rollenbild der Medizin hat sich in den letzten Jahren deutlich gewandelt. Das traditionelle paternalistische Modell der Versorgung wurde durch eine aktive Beteiligung der Patient*innen im Diagnose- und Behandlungsprozess ersetzt. Zudem haben sich die Informationsmöglichkeiten für Patient*innen deutlich erweitert, sodass sie sich heute umfassend über ihre Erkrankung, Behandlung und mögliche Alternativen informieren können (Härter 2020). Der Entscheidungsprozess für eine Behandlung obliegt somit nicht einer einzelnen Person. In den Entscheidungsfindungsprozess fließen zudem Informationen durch den*die Patient*in, wie etwa Lebensumstände, Werte und Vorstellungen mit ein. Auch Ängste und Sorgen sollen thematisiert werden. Es ist von essenzieller Wichtigkeit, dass der*die Patient*in über alle relevanten Informationen in Kenntnis gesetzt wird. Dies beinhaltet das Ziel der Therapie, mögliche Nebenwirkungen und den Nutzen. Gemäß dem ärztlichen Ethos ist es essenziell, dass der*die Patient*in alle relevanten Informationen erhält, um eine informierte Entscheidung bezüglich der Therapie treffen zu können. Die Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung erfolgt in enger Abstimmung zwischen dem behandelnden medizinischen Personal und dem*der Patient*in (Bieber et al, 2016).

Die Bereitstellung von evidenzbasierten Informationen ist dabei nur ein Aspekt. Es lässt sich demnach festhalten, dass es sich bei Shared Decision Making (SDM) eher um eine Form der Interaktion bzw. Kommunikation handelt. (Kopke 2012). Die verstärkte Einbindung von Patienten*innen in den medizinischen Behandlungsprozess trägt zur Steigerung der Adhärenz bei und daraus resultiert eine Verbesserung der Behandlungszufriedenheit. Der vermehrte Wissenstransfer an den*die Patienten*in ermöglicht ein effizienteres Selbstmanagement bei Nebenwirkungen, angemesseneres Gesundheitsverhalten und somit auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (Härter 2020).

Es existieren praxisorientierte Modelle wie das „Three-Talks-Model“, welches die Anwendung von PEF in der Praxis unterstützt. Im ersten Schritt (dem sogenannten „Team Talk“) erfolgt die Klärung der Rollen. Dies ist notwendig, da es für Patienten*innen häufig unübersichtlich ist, wer welche Rolle oder Zuständigkeit im Krankenhaus innehat. Des Weiteren wird der*die Patienten*in aufgefordert, sich aktiv am Gespräch zu beteiligen und eine Gesprächsstruktur zu entwickeln. Im zweiten Schritt, der als „Option Talk“ bezeichnet wird, erfolgt die Erläuterung der Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Nutzen und Risiken. Ziel dieses Schritts ist die Erfassung des Verständnisses der betroffenen Person sowie die Auseinandersetzung mit deren Bedenken. Im finalen Schritt, der als „Decision Talk“ bezeichnet wird, erfolgt die tatsächliche Entscheidungsfindung. In diesem Rahmen werden die jeweiligen Vor- und Nachteile der einzelnen Optionen abgewogen. Es erfolgt die Erstellung eines Behandlungsplans sowie die Festlegung von Vereinbarungen bezüglich des weiteren Vorgehens. In der klinischen Praxis erweisen sich auch sogenannte „Question Prompt Lists“ für Patienten*innen als hilfreich. Die Zielsetzung dieser Fragestellungen besteht darin, Patienten*innen dazu zu motivieren, sich aktiv an der Gesprächsführung zu beteiligen. Die Informationsvermittlung kann durch Aushänge in den Kliniken oder durch Broschüren erfolgen (Lindig et al. 2023). Folgende Fragen könnten sich beispielsweise auf den Informationsmaterialien für Patienten*innen befinden:

- „Welche Möglichkeiten habe ich? (inklusive Abwarten und Beobachten)
- Was sind die Vorteile und Nachteile jeder dieser Möglichkeiten für mich?
- Wie kann ich Unterstützung bekommen, um eine Entscheidung zu treffen, die für mich richtig ist?“ (Lindig et al. 2023, S.370).

Die erfolgreiche Umsetzung von PEF erfordert strukturelle Veränderungen im Gesundheitssystem, einschließlich der Schulung von Fachkräften und der Entwicklung geeigneter Werkzeuge zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses (Steffensen, 2019). Seit rund drei Jahrzehnten wird die Implementierung von PEF in der onkologischen Praxis erforscht. Partizipative Entscheidungsfindung steht jedoch weiterhin vor großen Herausforderungen im Klinikalltag (Lindig et al. 2023).

In Bezug auf die Implementierung von SDM in Österreich äußern Nowak und Schmotzer (2021) die Forderung, dass sich die Politik ernsthaft für die Förderung von Patienten*innenbeteiligung und SDM einsetzen sollte. In diesem Zusammenhang wird die Schaffung eines stärkeren gesetzlichen Auftrags als notwendig erachtet. Für die erfolgreiche Umsetzung ist die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen sowie die Sicherstellung der entsprechenden Rahmenbedingungen von entscheidender Bedeutung. Die Schaffung von entsprechenden Kompetenzen und die Bereitstellung von Zeit auf Seiten des medizinischen und pflegerischen Personals ist erforderlich. Auch die Verankerung von SDM im Qualitätsmanagement wird als eine Maßnahme angesehen.

3 Methodik

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der methodischen Vorgehensweise hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfragen, welche im Rahmen der vorliegenden Arbeit zu erörtern sind. Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche. Der Ablauf der Recherche gliedert sich in folgende drei Schritte: Zunächst wurde eine umfassende Recherche durchgeführt, anschließend erfolgte eine sorgfältige Selektion der Studien und schließlich eine kritische Würdigung der ausgewählten Studien. Eine detaillierte Ausführung zur Umsetzung dieser Punkte erfolgt in den nachfolgenden Kapiteln.

3.1 Recherche

Nach der Themenfestlegung im Oktober 2024 erfolgte eine allgemeine Recherche mittels Google Scholar. Es wurde nach geeigneter Fachliteratur zum Erstellen der Einleitung mittels der von der FH zur Verfügung gestellten Datenbanken der FH-Bibliothek gesucht. Mit der Recherche nach einschlägigen Studien in Datenbanken wurde bereits bei der Erstellung des Themenpapiers begonnen. Die Auffindung von Studien für die Bachelorarbeit erfolgte mittels Schlagwortsuche über elektronische Datenbanken. Es wurde auf folgenden Datenbanken gesucht: PubMed, Cinhal, Science Direct und SpringerLink. Die folgenden Schlüsselbegriffe wurden zur Suche in den Datenbanken verwendet: Shared Decision Making, Nurse, Oncology. Für eine präzisere Recherche wurden Operatoren, wie „and“, „or“ und „not“ verwendet. Protokolliert werden die Ergebnisse der einzelnen Datenbanken in einem Suchprotokoll, diese sind im Anhang zu finden.

3.2 Selektion

Die während der Literaturrecherche gefundenen Studien werden systematisch gesichtet und auf Relevanz geprüft. Es sollen jene Studien herausgefiltert werden, die zur Beantwortung der Forschungsfragen dienlich sind, hierfür wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert. In der Tabelle 1 werden diese Ein- und Ausschlusskriterien aufgelistet. Die Einschränkung der Analyse auf Studien der letzten Dekade dient der Generierung eines möglichst aktuellen Ergebnisses. Infolge der Sprachkenntnisse der Autorin wurden lediglich Studien, die in deutscher oder englischer Sprache verfasst wurden, in die Analyse einbezogen.

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Perspektive des Pflegepersonals zum Thema PEF, weshalb vorrangig qualitative Studien in die Analyse einbezogen wurden. Der Fokus der vorliegenden Arbeit richtet sich auf das onkologische Setting mit volljährigen Patienten*innen. Daher wurde der Fachbereich Pädiatrie von der Erhebung ausgeschlossen.

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Publikationszeitraum	ab 2015	vor 2015
Sprache	Deutsch, Englisch	andere Sprachen
Format	Primärstudien im EMED-Format	Berichte, Fachartikel ohne nachvollziehbare Methodik
Population	Pflegepersonen, die im Onkologischen Bereich arbeiten, mit Patienten*innen über 18 Jahre	Pflegepersonen die mit Patienten*innen unter 18 Jahre arbeiten
Setting	stationäre und ambulante Onkologische Abteilungen, Palliativ, Hospiz	andere Settings
Studiendesign	Qualitativer und Quantitativer Forschungsansatz, Mixed Methods Studien	Graue Literatur, Systematik Reviews, Metaanalysen

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)

Die Anwendung der vorliegenden Ein- und Ausschlusskriterien ermöglichte eine effiziente Analyse der Studien. Nach einer ersten Sichtung der Titel wurden die Abstracts der bis zu diesem Zeitpunkt relevanten Studien gelesen und anhand der festgelegten Kriterien einer Ein- oder Ausschlussentscheidung unterzogen. Die Eliminierung von Doppeltreffern wurde vorgenommen. Die Selektion wurde durch die Analyse der Volltexte finalisiert, wobei die zuvor definierten Ein- und Ausschlusskriterien nochmals als Referenz dienten. Es konnten daraufhin sieben Studien in die Arbeit eingeschlossen und zur weiteren Bewertung verwendet werden. Das nachfolgende Flussdiagramm veranschaulicht den Selektionsprozess der Studien.

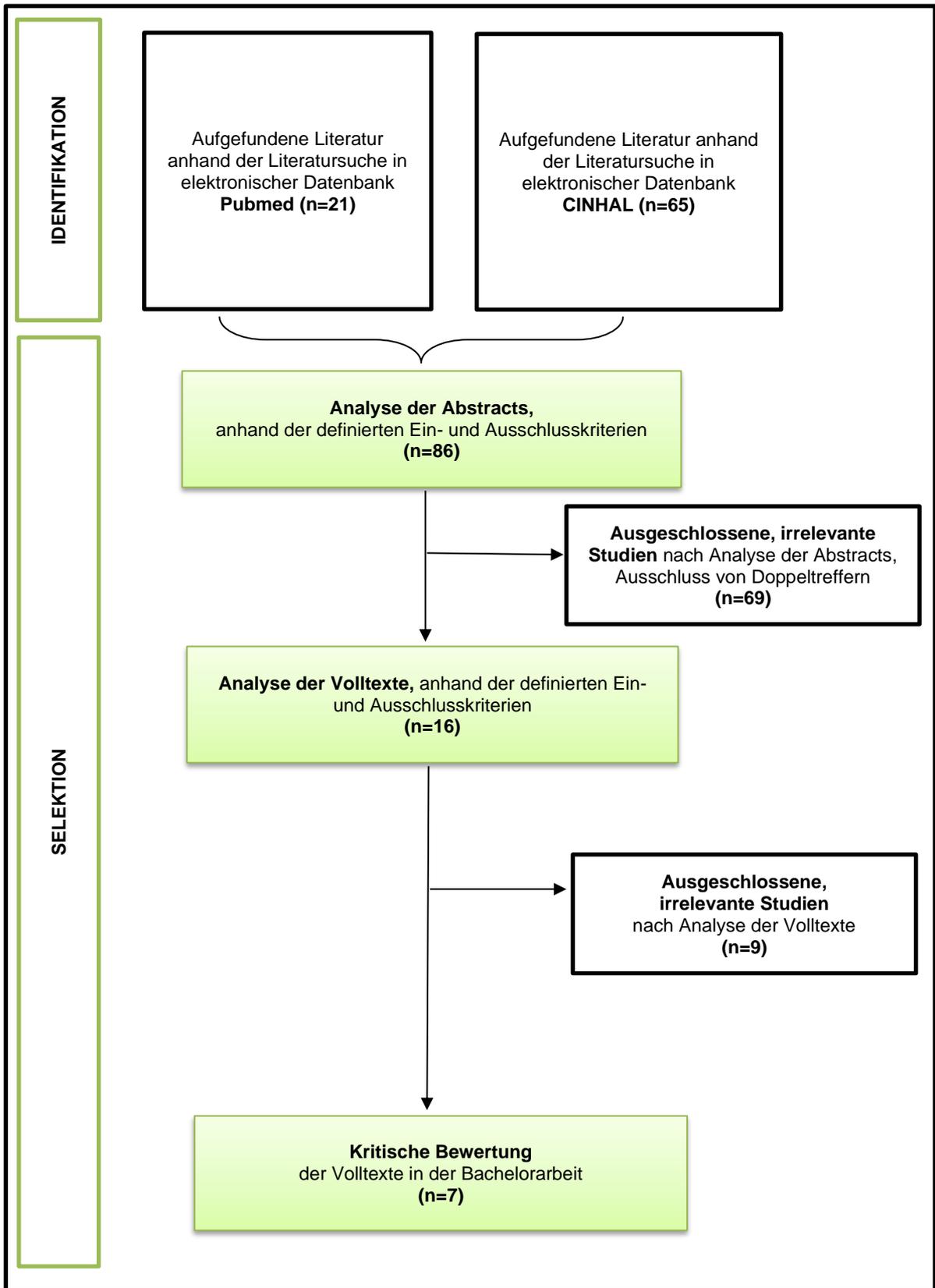


Abbildung 1: Selektionsprozess (eigene Darstellung)

3.3 Kritische Würdigung

Im Rahmen der Begutachtung erfolgte zunächst eine Überprüfung, ob die Studien nach dem EMED-Format gegliedert sind. Im Anschluss erfolgte die Erfassung des Volltextes der ausgewählten Studien. Die eingeschlossenen Studien wurden mithilfe eines spezifischen Bewertungsinstruments einer Überprüfung hinsichtlich ihrer Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit unterzogen. Zudem wurde auf mögliche Legitimationen sowie die ethische Vertretbarkeit geachtet. Für die sechs in der Arbeit enthaltenen qualitativen Studien wurde das Bewertungsinstrument für qualitative Studien von Mayer et al. (2021) verwendet. Für die einbezogene quantitative Studie wurde das Bewertungsinstrument für quantitative Studien von Mayer et al. (2021) verwendet. Die ausgefüllten Studienprotokolle der sieben eingeschlossenen Studien befinden sich im Anhang, im Kapitel 10.2 Studienprotokolle.

4 Ergebnisteil

In diesem Kapitel erfolgt die Präsentation der sieben in die Arbeit einbezogenen Studien sowie die Ausführung der Synthese, in der die Resultate der Studien zusammengeführt wurden. Die Beantwortung der beiden Forschungsfragen der Arbeit erfolgte durch die Synthesepunkte. In Unterkapitel 4.2 wird das Erleben der Pflegepersonen im Kontext des PEF-Prozesses erörtert und dient zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage. Die Beantwortung der zweiten Forschungsfrage erfolgt in Kapitel 4.3. In diesem Kapitel sind die Förderfaktoren und Barrieren für Pflegepersonen im PEF-Prozess konkretisiert.

4.1 Tabellarische Darstellung der Studien

Im Rahmen der durchgeführten Literaturrecherche konnten für die vorliegende Arbeit sieben Studien identifiziert werden, die in weiterer Folge zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden. Um die Ergebnisse der Studien strukturiert darzustellen, wurden sie nach dem Erscheinungsjahr geordnet und in den zwei folgenden Tabellen den Synthesepunkten zugeordnet. In der ersten Tabelle werden die Synthesepunkte zur ersten Forschungsfrage (FF) präsentiert, in der zweiten Tabelle befinden sich die entsprechenden Synthesepunkte zur zweiten Forschungsfrage.

FF 1: Wie erleben Pflegepersonen den Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie?

	Fehlende Rolle im SDM -Prozess	Wissen über PEF& Einstellung zu PEF	Fürsprecher sein
Mortelmans et al. (2023)	x	x	
Arends et al (2022)	x		x
Steenbergen et al. (2022)		x	x
Bos-van den Hoek et al. (2020)	x	x	x
Müller et al. (2016)			x
Mc Carter et al. (2016)	x	x	
Tariman et al. (2016)	x		x

Tabelle 2: Zuordnung der Studien zu den Synthesepunkte der FF 1 (eigene Darstellung)

FF 2: Welche Faktoren wirken sich förderlich oder hinderlich auf das Mitwirken von onkologischen Pflegepersonen im Prozess der Partizipativer Entscheidungsfindung aus?

	Zeit	Wissen	Gesellschaftliches Rollenbild der Pflege	Unternehmenskultur	Beziehungen
Mortelmans et al. (2023)		x	x		x
Arends et al (2022)	x	x			
Steenbergen et al. (2022)	x	x	x		x
Bos-van den Hoek et al. (2020)	x	x	x		x
Müller et al. (2016)	x		x	x	x
Mc Carter et al. (2016)		x	x	x	
Tariman et al. (2016)					x

Tabelle 3: Zuordnung der Studien zu den Synthesepunkte der FF2 (eigene Darstellung)

Die nachfolgende Tabelle präsentiert eine Zusammenfassung der signifikanten Merkmale und Resultate der einzelnen Studien in tabellarischer Form. Im Folgenden werden die Eckpunkte der Studien in Kurzfassungen dargelegt. Diese umfassen unter anderem das Studiendesign, Ziel der Studie, Informationen zum Sample sowie die Datenerhebung.

Autor*innen, Jahr, Land, Titel	Laura Mortelmans, Sarah Bosselaers, Eva Goossens, Helen Schultz & Tinne Dilles, 2023, Belgien Shared decision making on medication use between nurses and patients in an oncology setting: A qualitative descriptive study		
Ziel Studiendesign	Sample Ein- und Ausschlusskriterien Setting	Datenerhebung Datenauswertung	Ergebnisse
<p>Eigenes Rollenbild der Berufsgruppe bei SDM</p> <p>Außenwirkung der Pflege im Prozess von SDM aus Sicht der Patienten*innen</p> <p>Die Erfahrung von Patienten*innen und Pflegepersonal mit SDM bei medikamentösen Entscheidungen</p> <p>Studiendesign</p> <p>Qualitativ beschreibende Studie</p>	<p>Sample</p> <p>n= 16 (davon 9 Pflegepersonen)</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien</p> <p>Alle Pflegepersonen der Station</p> <p>Setting</p> <p>Onkologische Station in einem allgemeinen Krankenhaus in Belgien</p>	<p>Datenerhebung</p> <p>Teilstrukturierte Interviews an Patienten*innen</p> <p>Beobachtung von Pflegepersonal im Arbeitsalltag in der Gesprächsführung, (Bewertungsinstrument: OPTION-12 Skala von Elwyn et al., 2003)</p> <p>Fokusgruppen Diskussion mit dem an der Beobachtung teilgenommenen Pflegepersonal</p> <p>Datenauswertung</p> <p>Auswertung anhand der 6 Phasen der thematischen Analyse von Braun und Clark (2006)</p>	<p>Identifikation von 6 Hauptthemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissen über SDM • Einbindung der Patienten*innen • Informationen zu Medikamenten • die Rolle der Patienten*innen im medikationsbezogenen SDM • die Rolle der Pflegekräfte im medikationsbezogenen SDM • wahrgenommene Barrieren und Förderfaktoren für die Anwendung des medikationsbezogenen SDM

Autor*innen, Jahr, Land, Titel	Susanne A. M. Arends, Maureen Thodé, Anke J. E. De Veer, H. Roeline W. Pasman, Anneke L. Francke & Irene P. Jongerden; Niederlande; 2022 Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study		
Ziel Studiendesign	Sample Ein- und Ausschlusskriterien Setting	Datenerhebung Datenauswertung	Ergebnisse
<p>Untersuchung der Wahrnehmung von Pflegenden bezüglich ihrer aktuellen und bevorzugten Rolle in der SDM von potentiell lebensverlängernden Behandlungen bei Patienten*innen in der letzten Lebensphase</p> <p>Welche Unterstützungen benötigt das Pflegepersonal um ihrer bevorzugten Rolle im SDM-Prozess gerecht zu werden?</p> <p>Studiendesign</p> <p>Quantitative Querschnittstudie</p>	<p>Sample</p> <p>n=179</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien</p> <p>Mitglied im Niederländischen Pflegepersonalpanel</p> <p>Arbeitsort KH</p> <p>In ihrem Job mit erwachsenen Patienten*innen am Lebendesende konfrontiert</p> <p>Setting</p> <p>Online Umfrage</p>	<p>Datenerhebung</p> <p>Fragebogen</p> <p>Datenauswertung</p> <p>quantitative Datenanalyse</p> <p>Selbsteinschätzungen von 179 Pflegepersonen erfasst</p> <p>Deskriptive Auswertung (Mittelwert, Median, Prozentwerte)</p> <p>Analyse der Diskrepanzen zwischen der gewünschten und der tatsächlichen Beteiligung erfolgte mittels des Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Tests</p>	<p>signifikanten Unterschied zwischen der tatsächlichen und der bevorzugten Rolle des Pflegepersonals bei der Entscheidung</p> <p>Das Pflegepersonal braucht....</p> <ul style="list-style-type: none"> • mehr Zeit • klarere Informationen • mehr Fachwissen • Kommunikationsschulungen • Klarheit über ihre Rolle im SDM-Prozess. <p>klafft eine große Lücke zwischen der Bedeutung, die Pflegenden der Unterstützung eines Patienten*in bei der Entscheidung über potenziell lebensverlängernde Behandlungen beimessen (85 % der Pflegenden stimmen dieser Aussage zu), und der tatsächlichen Unterstützung, die sie nach eigenen Angaben leisten (21 % geben an, dies häufig oder immer zu tun)</p>

Autor*innen, Jahr, Land, Titel	Milou Steenberg, Jolanda de Vries, Rita Arts, Laurens V. Beerepoot & Marjan J. Traa, 2022, Niederlande Barriers and facilitators for shared decision-making in oncology inpatient practice: an explorative study of the healthcare providers' perspective		
Ziel Studiendesign	Sample Ein- und Ausschlusskriterien Setting	Datenerhebung Datenauswertung	Ergebnisse
Ziel Die Perspektive von medizinischem Personal bezüglich der Umsetzung von SDM im stationären onkologischen Bereich. Ein weiterer Fokus liegt auf den Hindernissen & Hilfestellungen für SDM. Studiendesign Qualitative Studie	Sample n= 22 (5 Pflegepersonen) Ein- und Ausschlusskriterien Mitarbeiter der Elisabeth-Tweesteden KH in den Niederlanden, die mit der Betreuung von onkologischen Patienten*innen im stationären Setting betreut sind. Setting homogener Gruppen, d. h. die Separation der Berufsgruppen, wurde im Rahmen der Fokusgruppen-Gespräche angewandt	Datenerhebung Teilstrukturierte Einzelinterviews Fokusgruppen Gespräche in 2 Gruppen: (Pflegepersonal; Medizin) Datenauswertung Datenanalysesoftware NVivo gemäß der Grounded Theory offene Kodierung, anschließend selektive Codierung Teilnehmer Validierung	Wunschsituation für SDM vs. Realität Die Mehrheit der Teilnehmer sprach sich für die Anwendung von SDM in allen Belangen aus, sofern keine Lebensgefahr bestand. Hinsichtlich der tatsächlichen Anwendung von SDM ergaben sich jedoch sehr unterschiedliche Angaben. Hindernisse und Erleichterungen auf <ul style="list-style-type: none">• Patientenebene zur Verfügung gestellte Informationen- Beherrschung der Sprache- Zeit,-Ausnahmezustände (emotional und körperlich)• Ebene von Medizin, Pflege und KH- Management Fachwissen- kommunikative Fähigkeit- Informationsverlust aufgrund von Hemmschwelle-Kontinuität in der Betreuung• Organisationsebene Zeitmangel - Verfügbarkeit von Räumlichkeiten - Kontinuität in der Behandlung- Schwierigkeiten mit der Dokumentation - unklares Rollenbild des Pflegepersonals• Gesellschaftlicher Ebene in der Bevölkerung ein zunehmendes Interesse im medizinischen Entscheidungsprozess integriert zu werden

Autor*innen, Jahr, Land, Titel	Danique W. Bos-van den Hoek, Maureen Thodé, Irene P. Jongerden, Hanneke W. M. Van Laarhoven, Ellen M. A. Smets, Dorien Tange, Inge Henselmans & H. Roeline Pasman, 2020, Niederlande The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study		
Ziel Studiendesign	Sample Ein- und Ausschlusskriterien Setting	Datenerhebung Datenauswertung	Ergebnisse
<p>Betrachtung des Beitrages von Pflegepersonal zur gemeinsamen Entscheidungsfindung bezüglich lebensverlängernder Maßnahmen</p> <p>Wahrnehmung des Pflegepersonals über die Voraussetzungen für eine solche Beteiligung.</p> <p>Erkenntnisse über die Rolle von Pflegekräften in ethischen Entscheidungsprozessen</p> <p>Studiendesign</p> <p>Qualitative Studie</p>	<p>Sample</p> <p>n=18</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berufsabschluss oder Bachelor-Abschluss • im stationären oder ambulanten Krankenhaussetting tätig • in Bereichen zu arbeiten in denen an lebensbedrohlichen Erkrankungen erkrankte Personen behandelt werden • mindestens 1 Jahr Berufserfahrung <p>Setting</p> <p>privaten Besprechungsraum am Arbeitsplatz während der regulären Arbeitszeit.</p>	<p>Datenerhebung</p> <p>Teilstrukturierte Interviews bis Erreichung der Datensättigung (Oktober 2018 bis Jänner 2019)</p> <p>Datenauswertung</p> <p>Die Daten wurden mittels thematischer Analyse nach Boyatzis 1998 sowie Braun & Clark 2018 ausgewertet.</p> <p>Softwareprogrammes ATLAS.ti Version 7 zur Datenanalyse</p> <p>Diskussion der Inhalte bis zum Gruppenkonsens.</p> <p>Die Auswertung wurde durch 'Member Checks' validiert</p>	<p>Einfluss auf Behandlungsentscheidungen</p> <p>Mehrheitliche Meinung Entscheidungen über lebenserhaltende Maßnahmen obliegt der Medizin</p> <p>Es wurden 7 Felder identifiziert wo es zu Gesprächen kommt wo potenziell Behandlungsentscheidungen getroffen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • multidisziplinäre Teambesprechungen • Gespräche zwischen Mediziner*in und Patienten*in mit oder ohne Anwesenheit einer Pflegeperson • Gespräche zwischen Pflege und Patienten*in unmittelbar nach einem Gespräch mit einem Mediziner*in • Edukative Gespräche (z.B. Medikamenten Schulungen) • Formelles organisiertes Gespräch • informelles Gespräch (z.B. während einer Pflegehandlung, bei der Erhebung der Anamnese) • Gespräch zwischen Pflege und Medizin <p>Die Rolle des Pflegepersonals bei der Entscheidungsfindung</p> <p>viele Pflegenden ihres Einflusses auf die Entscheidungsfindung nicht bewusst sind, geht aus den Interviews hervor, dass es besonders in den Gesprächen der Pflegenden mit den Patienten*innen häufig zu einer Einflussnahme kommt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Überprüfung der Qualität der Behandlungsentscheidung • Ergänzung der gemeinsamen Entscheidungsfindung • Erleichterung der gemeinsamen Entscheidungsfindung <p>Voraussetzungen für die Rolle des Pflegepersonals im SDM</p> <p>kontinuierlicher Informationsfluss- Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung- strukturelle Einbindung- Abteilungskultur-Zeit für Gespräche-klare Rolle im SDM-Prozess-Fachwissen-Wertschätzender Umgang zwischen den Berufsgruppen</p>

Autor*innen, Jahr, Land, Titel	Evamaria Müller, Pola Hahlweg and Isabelle Scholl, 2016, Deutschland What do stakeholders need to implement shared decision making in routine cancer care? A qualitative needs assessment		
Ziel Studiendesign	Sample Ein- und Ausschlusskriterien Setting	Datenerhebung Datenauswertung	Ergebnisse
Ziel Erfassung der Bedürfnisse der Umsetzung von SDM in der Routineversorgung im Onkologischen Bereich Studiendesign Qualitative Studie	Sample n =50 (6 Pflegepersonen) Ein- und Ausschlusskriterien Angestellte des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf In die Diagnostik und/oder Behandlung von Patienten*innen mit Krebs involviert Setting Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Datenerhebung 6 Teilstrukturierte Fokusgruppeninterviews und 18 Einzelinterviews (April & Juli 2014) Datenauswertung mittels einer Software (MAXQDA) Analyse der Daten erfolgte nach den Prinzipien der konventionellen Inhaltsanalyse von Hsieh & Shannon Lediglich bei signifikanten Unterschieden in der Meinung wurde eine separate Erwähnung der verschiedenen Gruppen vorgenommen.	Die Hauptpunkte im Bereich Umsetzungsbedarf wurden wie folgt definiert: <ul style="list-style-type: none"> • Veränderung in der Kommunikation, • Miteinbezug/Anbindung anderer Berufsgruppen und Angehörige, • Vertrauensvolle Beziehung zwischen Behandlungsteam und Patienten*in, • Kultureller Wandel • Strukturelle Änderungen Diese Kategorien beziehen sich auf verschiedene Ebenen der Gesundheitsversorgung (Mikro, Meso- & Makroebene). Darüber hinaus wurden auch mehrere Interventionsstrategien ermittelt, die sich in folgende Kategorien einteilen lassen: <ul style="list-style-type: none"> • Interventionen für das Behandlungsteam • Intervention für Patienten*innen • Informationsmaterial • Einrichtung eines Führsprechers für Patienten*innen

Autor*innen, Jahr, Land, Titel	Sarah P. McCarter, Joseph D. Tariman, Nadia Spawn, Enisa Mehmeti, Jessica Bishop-Royse, Ima Garcia, Lisa Hartle & Katharine Szubski; USA; 2016 Barriers and Promoters to Participation in the Era of Shared Treatment Decision-Making		
Ziel Studiendesign	Sample Ein- und Ausschlusskriterien Setting	Datenerhebung Datenauswertung	Ergebnisse
Ziel Hindernisse und Förderfaktoren für die Partizipation von Pflegepersonal an Entscheidungsprozessen über onkologische Behandlungsmaßnahmen im Kontext des SDM- Prozesses zu identifizieren Studiendesign Qualitative Studie	Sample n= 30 Ein- und Ausschlusskriterien Pflegepersonen im onkologischen Setting die mit SDM vertraut sind Setting Medizinische Einrichtungen im mittleren Westen der USA, im urbanen Raum	Datenerhebung Teilstrukturierte Interviews Datenauswertung Auswertung der Interviews auf Basis der Grounded Theory. In einem mehrstufigen Kodierprozess wurden zunächst zentrale Inhalte durch offenes Kodieren identifiziert, durch axiales Kodieren gebündelt und in Beziehung zueinander gesetzt, danach durch selektives Kodieren, wurden Kategorien zu einem theoretischen Modell verdichtet. Es erfolgte die Validierung durch 2 Studienteilnehmer.	Barrieren Fehlende Rolle der Pflege im SDM-Prozess -Ablehnung der Pflege durch Patienten*innen, Mediziner*innen werden bevorzugt -gesetzliche und institutionelle Gegebenheiten - fehlende berufliche Ausbildung und Erfahrung - vorhandenes Fachwissen wird nicht wertgeschätzt – selbstständiges Arbeiten aufgrund von gesetzlichen Barrieren oft nicht möglich - Administrative Hindernisse - Zeitdruck, Zeitmangel Fördernde Faktoren konsistenten multidisziplinären oder teamorientierten Ansatzes – Wertschätzung von pflegerischen Fachwissen - Vertiefung des Wissens über Erkrankung und Therapie – positive Einstellung zu SDM

Autor*innen, Jahr, Land, Titel	Joseph D. Tariman, Enisa Mehmeti, Nadia Spawn, Sarah P. McCarter, Jessica Bishop-Royse, Ima Garcia, Lisa Hartle & Katharine Szubski; USA; 2016 Oncology Nursing and Shared Decision Making for Cancer Treatment		
Ziel Studiendesign	Sample Ein- und Ausschlusskriterien Setting	Datenerhebung Datenauswertung	Ergebnisse
<p>die Rolle der onkologischen Pflegeperson während des gesamten SDM-Prozesses bei Krebserkrankungen zu untersuchen.</p> <p>Studiendesign</p> <p>Qualitative Studie</p> <p>Deskriptive Querschnittstudie</p>	<p>Sample</p> <p>n= 30</p> <p>Ein- und Ausschlusskriterien</p> <p>Pflegepersonen im onkologischen Setting, ambulanten oder stationären Bereich</p> <p>Setting</p> <p>Medizinische Einrichtungen im mittleren Westen der USA, im urbanen Raum</p>	<p>Datenerhebung</p> <p>Teilstrukturierte Interviews</p> <p>Datenauswertung</p> <p>mit Hilfe eines Qualitätskontrollierten Codierungsverfahrens (NVivo) sowie Konsensbildung im Team, mind. 80% Übereinstimmung ausgewertet.</p>	<p>Unterschiedliche Rolle des Pflegepersonals während des SDM-Prozesses in der Onkologie – hohen Flexibilität um allen Rollen gerecht zu werden – es wird hohe Kompromissbereitschaft und Kommunikationsskills von Pflegepersonen gefordert - Partizipation ist dabei abhängig von der Expertise des Pflegepersonals</p> <p>als Kernaufgaben werden Vertretung der Patienten*inneninteressen, NW-Management und Aufklärung gesehen – Pflegepersonal übernimmt Rollen des*der Fürsprechers*in für Patienten*innen - Im Rahmen ihrer Tätigkeit widmen sich Pflegekräfte verstärkt dem psychischen und emotionalen Befinden des*der Patienten*in und verbringen mehr Zeit mit dem*der Patienten*in.</p>

Tabelle 4: Übersichtstabelle der inkludierten Studien (eigene Darstellung)

4.2 Das Erleben des PEF-Prozesses durch das Pflegepersonal

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit den Erfahrungen mit PEF aus der Sicht des Pflegepersonals. Die Synthesepunkte der eingeschlossenen Studien waren die fehlende Rolle im SDM-Prozess, das Wissen über und die Einstellung zu PEF, sowie Pflegeperson als Fürsprecher für Patienten*innen. Eine detaillierte Erläuterung der Themen erfolgt in den nachfolgenden Unterkapiteln.

4.2.1 Fehlende Rolle im SDM -Prozess

Pflegende haben zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Settings des SDM-Prozesses in der Onkologie unterschiedliche Rollen zu erfüllen. Tariman et al. (2016) präsentieren in ihrer Studie eine Reihe von Rollen, darunter folgende: Rolle der*die Lehrenden, der Rolle des Fürsprechers*in, der Datenerfassungsrolle, Rolle des*der Symptommanagers*in, Rolle der Informationsweitergabe sowie der psychosoziale Unterstützungsfunktion. Dies bedarf einer hohen Flexibilität von Seiten des Pflegepersonals diesen komplexen Gegebenheiten gerecht zu werden.

I sometimes find it awkward to see where the role of the nurse starts and the role of the doctor ends. The extent to which I can stand my ground, as it were. I mean, it's fine to be forthright - but you have to think whether this is your role at that moment. (Bos-van den Hoek et al., 2020 S. 303)

Nur 40% der befragten Pflegepersonen in der Studie von Arends et al. (2022) geben an, ihre Rolle im SDM-Prozess in der Praxis zu kennen. Wohingegen 90% der befragten Pflegepersonen betonen, dass es für sie wichtig sei, ihre Rolle im SDM-Prozess zu kennen um darin mitwirken zu können. Zum selben Schluss kommen McCarter et al. (2016) und Bos-van den Hoek et al. (2020). Außerdem wird in der Studie von Bos-van den Hoek et al. (2020) festgestellt, dass es Pflegepersonen leichter fällt sich am SDM-Prozess zu beteiligen, wenn Besprechungen in einem multiprofessionellen Setting stattfinden. Ansonsten kommt der Pflegeperson derzeit eine eher indirekte Rolle im SDM-Prozess zu. Bei informellen Gesprächen während Pflegehandlungen - erhalten Pflegepersonen wertvolle Informationen von Patienten*innen, die zu einem späteren Zeitpunkt an die Mediziner*innen weitergeleitet werden - und die Entscheidungsfindungen beeinflussen können.

Gemäß Arends et al. (2022) wird die Rolle der Pflegeperson im SDM-Prozess von den Pflegepersonen selbst als äußerst komplex wahrgenommen. Auch Mortelmans et al. (2023) konstatieren, dass Pflegepersonen im Kontext des medikamentenbezogenen SDM-Prozesses eine Vielzahl an Aufgaben zu bewältigen haben. Hierzu zählen die Ermittlung der Bedürfnisse der Patienten*innen sowie die Weitergabe dieser Informationen an den*die Mediziner*in. Darüber hinaus umfasst dies die Bereitstellung von Informationen an den*die Patienten*in und die Schaffung realistischer Erwartungen in Bezug auf Medikamente.

Tariman et al. (2016) stellte fest, dass die individuelle Einschätzung der Effektivität der eigenen Partizipation erheblich variiert. Die Partizipation ist dabei abhängig von der Expertise des Pflegepersonals in Bezug auf die Erkrankung und die zugehörige Therapie. Bos-van den Hoek et al. (2020) konnten feststellen, dass ein Großteil der Pflegepersonen sich dem Umstand, einen Einfluss auf die ihnen anvertrauten Patienten*innen auszuüben, nicht bewusst ist. Gemäß der Studie von Bos-van de Hoek et al. (2020) wird die Bedeutung des Patienten*innengesprächs nach einem entscheidenden Gespräch mit dem*der Arzt*Ärztin von den Pflegepersonen hervorgehoben. An dieser Stelle kann die Pflegeperson dem*der Patienten*in dabei assistieren, die erhaltenen Informationen zu verarbeiten und die getroffene Entscheidung zu bekräftigen oder zu revidieren.

Then I take the patient aside, after the conversation Just to hear them repeat what they think they've heard - what they think about it. So I' m really helping them process that discussion, briefly summarizing what the options are. (Bos-van de Hoek et al. 2020, S. 300)

Diese komplexe Rolle der Pflegekräfte umfasst die Bewältigung vielfältiger Herausforderungen. Das Pflegepersonal sieht sich bei der Versorgung von Patienten*innen mit einer Fülle von Rollen konfrontiert, die es adäquat zu bewältigen hat. Dazu bedarf es einer kontinuierlichen Anpassung an anspruchsvolle Situationen, die von diversen Faktoren beeinflusst werden. Zu diesen Faktoren zählen die Hierarchie, die Berufserfahrung, das Wissen über die Erkrankung sowie die Beziehung zum medizinischen Personal (Tariman et al., 2016).

4.2.2 Wissen über PEF und Einstellung zu PEF

Es war den Teilnehmern der belgischen Studie von Mortelmans et al. (2023) zwar möglich, anhand des Begriffs SDM zu erschließen, worum es sich bei dem Konzept handelt, die exakte Definition war ihnen jedoch nicht geläufig. So wurde die Aufgabe von einer Pflegeperson als „Involving the patient.“ (Mortelmans et al. 2023, S. 4) beschrieben. Bei den Beobachtungen, die zu dieser Studie durchgeführt wurden, konnte aber sehr wohl festgestellt werden, dass SDM teilweise angewandt wurde. Den Patienten*innen wurden bei der Verabreichung von Medikamenten mehrere Optionen zur Auswahl gestellt, darunter auch die Option, keine Maßnahmen zu ergreifen.

Steenbergen et al. konnte in ihrer Studie 2022 ein gegensätzliches Bild aufzeigen: das befragte Pflegepersonal in den Niederlanden war mit SDM vertraut und die Auffassung von SDM deckte sich mit den in der Literatur beschriebenen Definitionen.

In der vorliegenden Untersuchung von Bos-van den Hoek et al. (2020) konnte eine Korrelation zwischen dem Wissensstand bezüglich des SDM-Prozesses und der Bereitschaft zur Partizipation festgestellt werden. McCarter et al. (2016) konnten nachweisen, dass eine positive, persönliche Einstellung zu SDM eine förderliche Auswirkung auf die Partizipation der Pflege hat. Pflegekräfte, die SDM persönlich als vorteilhaft erachten, sind in höherem Maße in den Prozess der Entscheidungsfindung im Kontext der Behandlung involviert.

4.2.3 Die Pflegeperson als Fürsprecher*in für Patienten*innen

Eine onkologische Pflegeperson beschrieb ihre Rolle im SDM-Prozess wie folgt: „My role in cancer treatment decision making is more of the advocacy role of nursing.“ (Tariman et al. 2016, S 561). Arends et al. (2022) konstatieren, dass 95% der befragten Pflegepersonen sich in ihrer Funktion als Fürsprecher für ihre Patienten*innen sehen. Tariman et al. (2016) bezeichnet die Vertretung der Interessen des*der Patienten*in als eine der wichtigsten Aufgaben von Pflegepersonen im Onkologischen Bereich.

What I actually do, I guess, is get a clear picture of how someone feels about their life, what they expect from the treatment, whether they know what the diagnosis means and so whether they actually understand what we're talking about and what the life expectancy is and the purpose of the treatment, so that things can be weighed up properly. (Bos -van den Hoek et al., 2020, S. 301)

Die Unterstützung von Pflegepersonen ist essenziell für die Konsolidierung oder gegebenenfalls Revision getroffener Entscheidungen seitens des*der Patienten*innen, stellte Bos -van den Hoek et al. (2020) in ihrer Studie fest. Pflegepersonen organisieren in vielen Fällen Gespräche zwischen Mediziner*innen und Patienten*innen und fördern die Autonomie der Patienten*innen, für ihre Bedürfnisse einzustehen sowie ihre Fragen zu stellen.

I generally then say that it's useful for us to have a talk - what questions have they got. And I often give them a pen and paper so that they can write things down too and then don't get overwhelmed in the formal conversation because they've run out of time. Or because they just don't think of something. It means they won't forget things. (Bos -van den Hoek et al., 2020, S. 302)

Die Pflegepersonen sehen ihre Aufgabe darin, zu überprüfen, ob der*die Patienten*in alle nötigen Informationen erhalten und verstanden hat und seine*ihre Entscheidung auf der Grundlage seiner*ihrer eigenen Bedürfnisse basiert. In einigen Fällen fungieren Pflegekräfte als Sprachrohr für die Bedürfnisse der Patienten*innen und übernehmen somit eine anwaltschaftliche Funktion (Bos -van den Hoek et al., 2020). Ebenfalls kommt Steenbergen et al. (2022) zu dem Schluss, dass sich das Pflegepersonal für die Wahrung der Lebensqualität der Patienten*innen verantwortlich sieht.

I see it as a nurse's responsibility to [...] flag up how that balance is working out. Whether people are still happy with the life that they are leading, as far as possible. In combination with the treatment. (Bos -van den Hoek et al., 2020, S. 302)

Look, treatments in the palliative phase are about extending your life. But it's the patient who determines the quality of life. We're not the ones who can say whether it's good or bad. [...] [Our job is] to pick up the signals correctly if it's troubling the patients. (Bos -van den Hoek et al., 2020, S. 301)

Gemäß Müller et al. (2016) lässt sich aus den Resultaten ihrer durchgeführten Studie der Schluss ziehen, dass es als wünschenswert erachtet werden könnte, wenn Patient*innen in der Onkologie eine konstante Kontaktperson zur Verfügung hätten, der für sie die Rolle des*der Anwalts*in einnimmt.

4.3 Förderfaktoren und Hindernisse für das Mitwirken der Pflege im SDM-Prozess

Die Anwendung von SDM im klinischen Alltag wird durch eine Vielzahl von Gegebenheiten beeinflusst. In den inkludierten Studien konnten verschiedene Faktoren identifiziert werden. Im Rahmen der Analyse wurden die Faktoren Zeit, Wissen, gesellschaftliches Rollenbild der Pflege, Unternehmenskultur, Infrastruktur und Beziehung zum*zur Patienten*in als Synthesepunkte definiert. Eine detaillierte Erläuterung erfolgt in den nachfolgenden Unterkapiteln.

4.3.1 Faktor Zeit

51% der Pflegepersonen geben in der Studie von Arends et al. (2022) an mehr Zeit für Gespräche zu benötigen, um sich im SDM-Prozess zu beteiligen. Gemäß der Untersuchung von Bos-van den Hoek et al. (2020) ist die Gewährleistung von Zeit für Gespräche im Rahmen des Tagesablaufs der Pflege von signifikanter Relevanz, um die Partizipation der Pflege im SDM-Prozess zu fördern. Auch Steenbergen et al. weist auf die mangelnde Zeit als Hindernis für die Anwendung von SDM hin (2022). In der vorliegenden Studie von Müller et al. wird die Hypothese aufgestellt, dass eine Ausweitung der "Pflegezeit", definiert als die Zeit, die das Pflegepersonal direkt an dem*der Patienten*in verbringt, zu einer signifikanten Verbesserung der Informationssituation im Kontext des SDM-Prozesses führen würde. Des Weiteren gelangt Müller et al. (2016) zur Erkenntnis, dass die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen eine entsprechende Honorierung erfahren muss, da bisher im Klinikalltag keine Wertschöpfung durch die aufgewendeten Gesprächszeit mit dem*der Patienten*in generiert werden kann. Auch McCarter et al. (2016) stellt fest, dass eine Übernahme der Kosten für Gespräche im SDM-Prozess dem Zeitdruck und Zeitmangel des Pflegepersonals entgegenwirken würde.

4.3.2 Faktor Wissen

I think if you don't have a knowledge base that you can't really assist your patient in decision making...I think education is always important in empowering anybody, and so that is a whole piece that I think is being taken up in the nursing schools, perhaps when I went to nursing school, about using evidence-based information to give your opinion to try to impact on decision making. (McCarter et al., 2016, S. 1293)

Das Pflegepersonal selbst erachtet mangelndes Fachwissen und fehlende berufliche Erfahrungen als hinderlich für eine Beteiligung am SDM-Prozess (McCarter et al., 2016). Laut Mortelmans et al. (2023) gab das befragte Pflegepersonal in der Studie an, dass es während seiner Ausbildung nicht ausreichend Grundlagen in pharmazeutischem Wissen vermittelt bekommen habe, um sich in einer Diskussion über die Vor- oder Nachteile einer medikamentösen Therapie einbringen zu können. Auch in der Studie von Tariman et al. (2016) merkte eine Pflegeperson an: "I don't feel like my expertise is high enough to question whether or not the patient should get chemotherapy." (S. 561).

„I do that less, I can't really explain why, but I notice that I don't do that very much. I won't go on about those pro and cons. I think because sometimes I'm too insecure about my knowledge I have about it. If I want to propose those alternatives, I should actually see for myself beforehand what the advantages and disadvantages are.“
(Mortelmans et al., 2023, S. 5)

Gemäß der Studie von Arends et al. (2022) streben Pflegepersonen eine aktive Beteiligung an den Entscheidungsprozessen am Lebensende an. Allerdings mangelt es ihnen an Kenntnissen in der Palliativversorgung. In der vorliegenden Studie wird festgestellt, dass 45% der Pflegepersonen ein gesteigertes Interesse an weiterführendem Wissen im Bereich der Palliativversorgung bekunden.

Das Erlangen von Fachwissen stellt nur ein Standbein der Anwendung von SDM dar. Auch die nötigen Kommunikationsfähigkeiten, um dieses Wissen zu vermitteln, werden benötigt (Steenbergen et al., 2022). In der Studie von Arends et al. (2022) wird ebenfalls die Bedeutung von Kommunikationsstrategien für Pflegepersonen hervorgehoben, 32% der befragten Pflegepersonen wünschen sich gezielte Schulungen, um sich besser am SDM-Prozess beteiligen zu können. Diese Beobachtung wurde zudem von der von Bos-van den Hoek et al. (2020) durchgeführten Studie in den Niederlanden bestätigt. Die Vermittlung adäquater Kommunikationstechniken stellt einen essenziellen Aspekt der Beteiligung am SDM-Prozess dar.

Der Wissenstransfer zwischen den einzelnen Berufsgruppen sowie innerhalb der Berufsgruppe selbst ist ein wesentlicher Faktor für eine erfolgreiche Teilhabe der Pflege am SDM-Prozess (Arends et al., 2022).

4.3.3 Faktor gesellschaftliches Rollenbild der Pflege

Gemäß der von Steenberg et al. (2022) durchgeführten Studie äußern Pflegepersonen die Ansicht, dass Patienten*innen der Aussage eines*einer Mediziners*in eine tendenziell größere Bedeutung beimessen. Wie auch die Studie von McCarter et al. (2016) darlegt, zeigt sich, dass sich die Mehrheit der Patienten*innen während des SDM-Prozesses in der Regel auf die Meinungen von Mediziner*innen stützt. Im Rahmen des SDM-Prozesses wird das Pflegepersonal nicht als eigenständige Profession wahrgenommen. Diese Wahrnehmung ist zum Teil auf die gesetzlichen Rahmenbedingungen zurückzuführen. Gemäß den geltenden Bestimmungen ist es dem Pflegepersonal untersagt, eigenständige Therapieempfehlungen auszusprechen.

„It often happens that we feel that a patient would be comfortable with certain medicines and when we propose this to your physicians, they say: oh yes, that's true. We need their approval to do it. Yes, you know, oh, he would be fine with that now, but yes, you always have to..., you can't just give it on your own initiative.“
(Mortelmans et al., 2023, S. 5)

In der vorliegenden Studie von McCarter et al. (2016) wird seitens des Pflegepersonals die mangelnde Wertschätzung für dessen Fachwissen beanstandet. Müller et al. (2016) betonen die Relevanz der Anerkennung und des Einsatzes des Fachwissens des Pflegepersonals. Dieser Aspekt könnte für Patienten*innen einen bedeutsamen Perspektivenwechsel in Bezug auf ihre Behandlung darstellen.

Auch wenn die Pflegeperson von Patienten*innen nicht als die Instanz wahrgenommen wird, die Entscheidungen trifft, fungiert sie in der Regel als erste Anlaufstelle bei Problemen oder Fragen. Die Pflegeperson wird von Patienten*innen und Angehörigen als Vermittler zwischen den verschiedenen Interessengruppen gesehen (Mortelmans et al., 2023).

Die Integration der Pflege in den Entscheidungsprozess des SDM wird durch eine wertschätzende Haltung der Medizin gegenüber der Pflege gefördert (Bos-van den Hoek et al. 2020). Auch McCarter et al. (2016) konnte nachweisen, dass Pflegekräfte eine erhöhte Bereitschaft aufweisen, sich am SDM-Prozess zu beteiligen, wenn sie die Empfindung haben, dass ihr Beitrag wertgeschätzt wird.

4.3.4 Faktor Unternehmenskultur und Infrastruktur

Müller et al. (2016) stellen in ihrer Untersuchung einen signifikanten Zusammenhang zwischen einer dem SDM zugewendeten, positiven Unternehmenskultur und der erfolgreichen Implementierung von SDM her. Die Vorgesetzten haben eine Vorbildfunktion und sollten SDM aktiv vorleben.

This is our philosophy in this clinic and we work with exactly this attitude and nothing else...I think, very often a role model is missing: that somebody actively sets an example [of SDM]. (Müller et al., 2016, S. 1488)

Zudem muss sich in den Behandlungsteams ein Einstellungswandel vollziehen, sodass SDM angewendet werden kann. Dieser zeichnet sich durch eine Abkehr vom ausschließlich aktiven Handeln und geht hin zum Aushalten, Abwarten oder Nicht-Eingreifen. Die Implementierung eines konsistenten multidisziplinären oder teamorientierten Ansatzes in der Praxis ist eine unabdingbare Voraussetzung für die aktive Beteiligung von Pflegepersonen im SDM-Prozess (Mc Carter et al., 2016).

Weiters merkt Müller et al. (2016) an, dass zur Umsetzung von SDM im deutschsprachigen Raum noch passendes Informationsmaterial für Patienten*innen fehlt, sogenannte Decision- Aids. McCarter et al. (2016) äußert besonders die administrative Verwaltung als Hemmnis für die Umsetzung von SDM. Im Rahmen der von Steenbergen et al. (2022) durchgeführten Studie wurde festgestellt, dass die Dokumentation von Wünschen der* Patienten*innen und Aussagen von Patienten*innen bezüglich der Lebensqualität in den derzeit verfügbaren Dokumentationen keine Berücksichtigung findet. Dies kann potenziell zu einem Wissensverlust führen.

If you want to make the most of each other's capabilities and the knowledge you've built up during the process, then you - well, actually, you have to pass that knowledge on to each other. [...] We make very little use of each other's input and know-how. Sure, a doctor can read the notes I' ve made, but that's as far as it goes. (Bos-van den Hoeket al., 2020, S. 303)

4.3.5 Faktor Patienten*innen Beziehung

Im Rahmen ihrer Tätigkeit widmen sich Pflegekräfte besonders im Onkologischen Bereich verstärkt dem psychischen und emotionalen Befinden des*der Patienten*in und verbringen mehr Zeit mit dem*der Patienten*in als Mediziner*innen (Tariman et al., 2016).

I think that we, as observers are already very important. We are the ones who see the patients the most and think that we are also the ones that the patient dares to ask the most questions to. (Mortelmans et al., 2023, S. 5)

Well, with this one woman it happened a lot while I was washing her. It just so happened [...] that we were talking a bit about [the end of life]. But I do also regularly go round to the patients and have a chat, sitting on the edge of the bed [...] If the patient hasn't been entirely clear [during the talk with the palliative team] about what they do or don't want, that can help you to get things clearer. I often notice that the patients are more open with us than during a formal discussion. (Bos-van den Hoek et al., 2020, S. 301)

Die Etablierung einer positiven Beziehung zu den Patienten*innen ist von entscheidender Bedeutung, um Vertrauen aufzubauen. Dies erweist sich als außerordentlich hilfreich, um sich als Pflegeperson in den verschiedenen Phasen des SDM-Prozesses zu bewähren (Mortelmans et al., 2023). Auch Müller et al. (2016) konnten in ihrer Studie in Deutschland nachweisen, dass eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem Behandlungsteam und den Patienten*innen die Umsetzung von PEF positiv beeinflusst. Darüber hinaus hilft es auch besonders herausfordernde Themenbereiche, wie beispielsweise den Tod, adäquat und angemessen anzusprechen (Bos-van den Hoek et al., 2020). Steenbergen et al. (2022) gelang die Feststellung, dass der Aufbau einer solchen vertrauensvollen Beziehung durch organisatorische Gegebenheiten erschwert wird. Als Beispiele können hier wechselnde Dienste und Teilzeitarbeit genannt werden. Zudem kommt die Studie zu der Erkenntnis, dass die räumlichen Gegebenheiten in Krankenhäusern, welche die Durchführung privater Gespräche unmöglich machen, einen Einfluss auf die Beziehung zwischen Patienten*innen und Pflegepersonal haben.

I Think when it's busy you don't always ask patients how they feel about something – When you have time, you ask those questions, but when it's busy, you don't really go into it. (Mortelmans et al., 2023, S. 6)

5 Diskussion

Im Rahmen der Diskussion erfolgt ein Vergleich der Studien untereinander, wobei die kritische Beurteilung der Studien anhand des Bewertungsinstruments als Grundlage dient. Hierfür wurde für die sechs eingeschlossenen qualitativen Studien das Bewertungsinstrument „Einschätzung qualitativer Studien nach Mayer et al. (2021)“ verwendet und für die eingeschlossene quantitative Studie das Bewertungsinstrument „Einschätzung quantitativer Studien nach Mayer et al.“ (2021). Die Studien werden methodisch wie inhaltlich diskutiert, die ausgefüllten Studienprotokolle befinden sich im Anhang. Nachstehend werden die Limitationen dieser wissenschaftlichen Arbeit angeführt.

5.1 Methodische Diskussion

Sechs der in der vorliegenden Arbeit inkludierten Studien orientieren sich am qualitativen Forschungsansatz. Im Rahmen der untersuchten Fragestellung wurde eine quantitative Studie integriert, mit dem Ziel, die qualitativen Daten durch numerische Werte zu ergänzen und somit eine fundiertere Analyse zu ermöglichen.

Bei der inkludierten quantitativen Studie von Arends (2022) handelt es sich um eine deskriptive Querschnittsstudie, bei der die Daten mittels Onlinefragebögen erhoben wurden. Im Rahmen der sechs eingeschlossenen qualitativen Studien wurden verschiedene Methoden der Datenerhebung der qualitativen Forschung angewendet. In ihrer Untersuchung verfolgten Bos-van den Hoek et al. (2020), McCarter et al. (2016) und Tariman et al. (2016) einen deskriptiven, qualitativen Ansatz und führten dazu teilstrukturierte Interviews durch. Müller et al. (2016) und Steenbergen et al. (2022) nutzten im Rahmen ihrer Forschung zusätzlich zu den Einzelinterviews auch Fokusgruppeninterviews. Mortelmans et al. (2023) führten im Rahmen ihrer Untersuchung Einzelinterviews, ein Fokusgruppeninterview und zusätzlich protokollierten die Forscher*innen die Ergebnisse von Feldbeobachtungen im Klinikalltag.

Alle Studien leiteten die Thematik mit einem theoretischen Hintergrund und einen Stand der derzeitigen Wissenschaft ein. Somit kann davon ausgegangen werden, dass bei allen Studien eine vorangegangene Literaturrecherche stattgefunden hat.

Insgesamt beträgt das Sample der befragten Pflegepersonen in den qualitativen Studien $n=68$. Dies entspricht in den einzelnen Studien einer durchschnittlichen Anzahl von ca. 10 Studienteilnehmer*innen, was in der qualitativen Wissenschaft eine angemessene Stichprobengröße darstellt.

Die Zielgruppen aller Studien waren Pflegepersonen. Arends et al. (2022) und Bos-van den Hoek et al. (2020) befragten Pflegepersonal aus verschiedenen Arbeitsbereichen. McCarter et al. (2016) und Tariman et al. (2016) arbeiteten mit dem Gleichen Sample und grenzten dies auf Pflegepersonen im onkologischen Bereich ein. Mortelmans et al. (2023) schlossen in ihre Studie zusätzlich die Sichtweise von Patienten*innen ein. Wohingegen Müller et al. (2016) und Steenbergen et al. (2022) die Sichtweise von Pflegepersonen, Mediziner*innen und dem Management erforschten. In der vorliegenden Arbeit wurde nur die Sichtweise und Aussagen der Pflegepersonen verwendet.

Steenbergen et al. (2022) hat sechs Pflegepersonen in ihre Studie eingeschlossen, beschreibt ihr Sample aber nicht genauer bzgl. Alter, Berufserfahrung oder Geschlecht. Bei allen anderen eingeschlossenen Studien fällt auf das mehr Frauen als Männer befragt wurden. Bos-van den Hoek et al. (2020), McCarter et al. (2016) und Tariman et al. (2016) teilen zusätzlich noch die Information über den Ausbildungsgrad der befragten Pflegepersonen mit. So waren in der Studie von Bos-van den Hoek et al. (2020) achtzehn Pflegepersonen eingeschlossen wobei davon drei eine Spezialausbildung hatten, zehn eine zusätzliche Qualifikation wie etwa Palliativpflege oder Onkologische Pflege. Das Sample von McCarter et al. (2016) und Tariman et al. (2016) beinhaltet dreißig Pflegepersonen, wovon elf Pflegepersonen einen akademischen Titel innehaben.

In drei Studien wurde für die Stichprobenziehung eine Gelegenheitsstichprobe verwendet, wie in den Studien von Mortelmans et al. (2023), Steenbergen et al. (2022) und Müller et al. (2016) dokumentiert. Bei diesen Studien wurde das Sample jeweils aus einem Krankenhaus, Bereich oder Station zusammengestellt, was eine Verallgemeinerung schwierig macht. Hinzu kommt, dass die Stichprobengröße nicht bis zur Datensättigung durchgeführt wurde, sondern aufgrund der gegebenen Bedingungen begrenzt war. Bos-van der Hoek et al. (2020) haben gezielt Pflegenden angeschrieben, um eine möglichst vielfältige Stichprobe aus verschiedenen Fachbereichen sowie stationären und ambulanten Settings zu erhalten, was einer stratifizierten Stichprobe entspricht, womit eine hohe Aussagekraft der Studie erzielt wurde. Bis zur Erreichung der Datensättigung wurden Pflegepersonen kontaktiert und in die Stichprobe aufgenommen. McCarter et al. (2016) und Tariman et al. (2016) rekrutierten ihre Studienteilnehmer durch einen E-Mail-Versand über einen Berufsverband und führten Interviews bis zur Datensättigung durch. Es sei darauf hingewiesen, dass die Personen, die sich auf eine E-Mail zur freiwilligen Teilnahme an einer Studie melden, in der Regel nicht repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sind. Arends et al. (2022) bezog die Teilnehmer seiner Studie über das Niederländische Pflegepanel. Es handelt sich dabei um einen repräsentativen Pool aus Pflegepersonen von

unterschiedlichen Arbeitsbereichen, mit unterschiedlicher Berufserfahrung und Bildungsniveau. Das Panel ist zumindest für die Niederlande repräsentativ und kann somit auch ein guter Indikator für andere Nationen sein. Aufgrund der Tatsache, dass im Rahmen der Studie lediglich ein Teil des Panels befragt wurde, ergeben sich Bedenken hinsichtlich der Repräsentativität der untersuchten Gruppe.

Es sei darauf hingewiesen, dass sämtliche integrierten Studien, in welchen ebenfalls Patient*innen befragt wurden, durch ein Ethikkomitee freigegeben wurden. In Anbetracht dessen wurde die Studie von Ikander et al. (2022) aus der Analyse ausgeschlossen. In der vorliegenden Arbeit findet eine Erwähnung der Studie statt, welche sich auf die als äußerst wertvoll einzustufenden Inhalte der Studie bezieht.

Der Fragebogen, der von Arends et al. (2022) verwendet wurde, stellt ein adaptiertes Assessmentinstrument dar. Dieses basiert auf der SDM-N-Skala von Tariman et al. (2018). Im Vorfeld erfolgte eine Überprüfung mithilfe eines Pretests. Im Rahmen der von Steenbergen et al. (2022) durchgeführten Studie wurden sämtliche Interviews von einer identischen Forschungsperson vorgenommen. Dies wurde laut Forschungsteam angewandt, um die Vergleichbarkeit der Interviewergebnisse zu erhöhen, da die befragende Forscherin den Studienteilnehmer*innen bekannt war, da sie im selben KH angestellt ist. Darüber hinaus erfolgte eine Überprüfung der erhobenen Daten durch das Sample, mit dem Ziel, die Validität der Ergebnisse zu gewährleisten. Sowohl Steenbergen et al. (2022) als auch Müller et al. (2016) achteten bei ihren Fokusgruppeninterviews auf homogene Gruppen, um die Sicherheit der Teilnehmer*innen zu gewähren und um den Reporting-Bias möglichst gering zu halten. Müller et al. (2016) haben sich dafür entschieden, die Ergebnisse nicht nach Gruppen getrennt darzustellen, es sei denn, es gab gegensätzliche Meinungen zwischen den Berufsgruppen. Für die Zwecke dieser Arbeit stellte sich die Ergebnisdarstellung von Müller et al. (2016) als schwierig heraus, da nicht die alleinige Sicht der Pflege aufgezeigt wurde. Die Studie wurde dennoch aufgenommen, da sie zum Zeitpunkt der Recherche die einzige aufgefundene Studie zu PEF im deutschsprachigen Raum war. Bos-van den Hoek et al. (2020) setzte ebenfalls Member Checks ein, zum Zweck die Validität der Ergebnisse zu sichern. Die Analyse wurde von zwei Forschern unabhängig voneinander durchgeführt, um Verzerrungen zu vermeiden und die Reliabilität der Ergebnisse zu erhöhen. In der Studie von Mortelmans et al. (2023) war den teilnehmenden Pflegenden während der Feldbeobachtung die genaue Fragestellung der Studie nicht bekannt, damit der Reporting Bias gering bleibt. Die Bewertung der Beobachtung auf der onkologischen Station in einem belgischen KH erfolgte anhand einer

Skala. Die Ergebnisse der Beobachtung wurden zur Anregung der Diskussion während des Fokusgruppeninterviews verwendet.

McCarter et al. (2016) und Tariman et al. (2016) arbeiteten in der jeweils anderen Studie mit und erhoben gemeinsam die Daten der gefundenen Stichprobe. Alle Interviews wurden von Tariman durchgeführt, die Interviews wurden so lange geführt, bis die Daten gesättigt waren. McCarter et al. (2016) führten die Kodierung der Ergebnisse bis zu einer 92prozentigen Zustimmung des Forschungsteams durch und die Daten wurden zwei Studienteilnehmern zur Validierung vorgelegt. Die Verfasserin hat sich entschieden, sowohl die Studie von McCarter et al. (2016) als auch die Studie von Tariman et al. (2016) in ihre Arbeit einzubeziehen, da diese ausreichend Daten enthalten und aufgrund der in den USA im Vergleich zu Österreich bereits weit fortgeschrittenen Professionalisierung der Pflege eine gute Perspektive für die Zukunft bieten.

5.2 Inhaltliche Diskussion

Fünf der Studien wurden in Europa durchgeführt, drei davon in den Niederlanden. Zu diesen drei Studien zählen jene von Arends et al. (2022), Steenbergen et al. (2022) und Bos-van den Hoek et al. (2020). Die von Müller et al. (2016) vorgelegte Studie wurde in Deutschland durchgeführt, wohingegen die von Mortelmans et al. (2023) vorgelegte, in Belgien ausgeführt wurde. Die Ausbildung in Belgien und den Niederlanden erfolgt wie in Österreich auf Bachelor-Niveau und ist daher gut vergleichbar. Auch die Gesundheitssysteme der aus dem europäischen Raum eingeschlossenen Studien funktionieren ähnlich, mit dem Abschluss von Versicherungen, die die Behandlungskosten übernehmen und lässt sich daher gut mit der Situation in Österreich vergleichen.

McCarter et al. (2016) und Tariman et al. (2016) bezogen ihre Studienteilnehmer aus dem mittleren Westen der USA. Aufgrund der Tatsache, dass sowohl die Ausbildung in den USA als auch die rechtliche Situation sowie der Aufbau des Gesundheitssystems in Europa signifikante Unterschiede aufweisen, ist eine direkte Vergleichbarkeit nicht möglich. So wurden in der Studie von McCarter et al. (2016) in diesem Zusammenhang Versicherungen als Barriere für SDM bezeichnet. In den USA ist es eine weit verbreitete Praxis, dass Pflegepersonal freiberuflich tätig ist. Die Abrechnung der erbrachten Leistungen erfolgt dabei in der Regel über die entsprechenden Versicherungsgesellschaften der Patienten*innen. Die Anzahl der freiberuflich tätigen Pflegekräfte in Europa ist vergleichsweise gering, insbesondere in spezialisierten Bereichen wie der Onkologie. In den europäischen Studien wurden ausschließlich Pflegepersonen mit Festanstellung befragt, die sich keine Gedanken über die Bezahlung ihrer Leistungen machen müssen. In Österreich ist es gängige Praxis, dass Pflegepersonen im onkologischen Kontext eine

Anstellung in einem KH aufweisen. Infolgedessen sind sie nicht mit der Herausforderung konfrontiert, eine Kostenübernahme ihrer Leistungen durch die Versicherung zu erzielen. In den Studien von Bos-van de Hoek et al. (2020) sowie Arends et al. (2022) wurden auch Pflegepersonen aus anderen Fachbereichen als der Onkologie befragt. Die Versorgung älterer Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen und die Versorgung junger Patienten*innen mit onkologischen Erkrankungen ohne Heilungschancen sind schwer zu vergleichen. Bei Bos-van de Hoek et al. (2020) waren vierzehn der achtzehn befragten Pflegekräfte im onkologischen Setting tätig und bei Arends et al. (2022) hatten 94 % der befragten Pflegekräfte regelmäßig mit Patienten*innen mit onkologischen Erkrankungen zu tun. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse erscheint daher für den onkologischen Bereich geeignet.

Die Studie von Chung et al. (2021) wurde anfänglich noch in die Arbeit der Autorin integriert, jedoch wurde ein signifikanter Teil der Arbeit von den kulturellen Aspekten von PEF in China geprägt und schien deshalb unpassend für die vorliegende Arbeit, da eine Vergleichbarkeit mit den Gegebenheiten in Österreich schwierig war. Es sei darauf hingewiesen, dass einige signifikante Aspekte der Studien in der vorliegenden Arbeit integriert wurden, da sie für die Autorin auch Relevanz für Österreich aufweisen.

Die Studien von McCarter et al. (2016) und Tariman et al. (2016) zeichnen ein deutlich selbstbewussteres Bild der Pflegenden als die europäischen Studien. Auch in den USA gibt es kein klares Rollenbild der Pflege im SDM-Prozess, jedoch sind sich die befragten Pflegekräfte ihrer beruflichen Wirksamkeit sehr sicher.

Auch die Untersuchungen im palliativen Setting zeigen ein anderes Bild als im kurativen Setting. So zeigen die Studien von Arends et al. (2022) und Bos-van den Hoek et al. (2020), bei denen es jeweils um die Fragestellung ging, Entscheidungen für lebensverlängernde Maßnahmen zu treffen, dass Pflegepersonen sehr wohl in diese Fragestellung involviert werden wollen. Und sie sich das nach einer Vorbildung, z.B. in Palliativpflege, auch zutrauen. Wenn es jedoch um die Entscheidung im kurativen Setting geht, sind viele Pflegenden der Meinung, dass dies ausschließlich in der Verantwortung des*der Mediziners*in liegt.

5.3 Limitationen der Bachelorarbeit

Da die Akademisierung der Pflege in Österreich noch in den Anfängen steckt, ist das Konzept des PEF aus pflegerischer Sicht noch ein eher unbekanntes Thema in Österreich. In den skandinavischen Ländern und in Amerika ist PEF bereits in der Praxis angekommen und die Pflege ist bereits in den Entscheidungsprozess eingebunden. Bei der Auswahl der Studien war es notwendig auf Länder zurückzugreifen, die in der Umsetzung der Akademisierung der Pflege und von PEF bereits weiter fortgeschritten sind. Aber auch hier besteht noch Entwicklungsbedarf in der Emanzipation der Pflege im SDM-Prozess.

Trotz systematischer Literaturrecherche wurde möglicherweise nicht alle relevanten Informationen eingeschlossen. Aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen musste der Zeitraum für die Recherche eingeschränkt werden. Zusätzlich wurde aus Zeitgründen die Suche auf zwei Datenbanken beschränkt. Dies kann dazu geführt haben, dass relevante Literatur nicht gefunden wurde. Es wurde auch nur auf Literatur zurückgegriffen, die in den lizenzierten Datenbanken der FH Gesundheitsberufe Oberösterreich zugänglich waren. Die Verfasserin dieser wissenschaftlichen Arbeit hat beschlossen, keine zusätzlichen Kosten für die Bereitstellung des Volltextes der Studie zu übernehmen. Studien, die mit finanziellen Mitteln erworben werden mussten, wurden daher ausgeschlossen.

Die Sprachkenntnisse der Verfasserin beschränken sich auf Deutsch und Englisch. Studien in anderen Sprachen wurden daher nicht berücksichtigt. Die vorliegende Arbeit wurde in deutscher Sprache verfasst, Übersetzungs- oder Interpretationsfehler der Autorin sind nicht auszuschließen.

Für die Bewertung der eingeschlossenen Studien wurden ausschließlich die Bewertungsinstrumente von Mayer et al. verwendet. Andere Bewertungsinstrumente könnten möglicherweise weitere wichtige Aspekte aufzeigen.

Abschließend ist zu erwähnen, dass es sich um die erste wissenschaftliche Arbeit der Autorin handelt. Zu Beginn musste sich die Autorin erst wieder mit der Arbeit am Computer und in verschiedenen Datenbanken vertraut machen. Die Zeitplanung erwies sich aufgrund der Mehrfachbelastung durch Studium, Beruf und Privatleben als schwierig. Besonders für die Recherche würde die Autorin für künftige Arbeiten mehr Zeit einplanen. Auch die Organisation der gefundenen Literatur stellte sich für die Autorin als herausfordernd heraus.

Im Rahmen einer zukünftigen wissenschaftlichen Arbeit wird die Autorin darauf achten, das Themengebiet zu erweitern und die Forschungsfrage offener zu formulieren. Die Literaturrecherche für den theoretischen Hintergrund bezüglich PEF mit Fokus auf Pflege stellte eine große Herausforderung dar, da die Basisliteratur zum Thema PEF stets vom Mediziner*in als Anwender ausgeht.

6 Schlussfolgerung und Ausblick

Abschließend werden die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit dargestellt und ein Bezug zur Beantwortung - der zu Beginn der Arbeit formulierten Forschungsfragen - hergestellt. Außerdem wird ein Ausblick auf die Pflegepraxis und Pflegeforschung behandelt.

Die anfangs formulierten Forschungsfragen „Wie erleben Pflegepersonen den Prozess der Partizipativen Entscheidungsfindung in der Onkologie?“ und „Welche Faktoren wirken sich förderlich oder hinderlich auf das Mitwirken von onkologischen Pflegepersonen im Prozess der Partizipativer Entscheidungsfindung aus?“ konnten schließlich auf der Grundlage der identifizierten Studien und der anschließenden Erstellung der Synthese beantwortet werden. Im Folgenden wird auf die Beantwortung der einzelnen Forschungsfragen eingegangen.

Fünf der eingeschlossenen Studien kommen zu dem Schluss, dass das Erleben des SDM-Prozesses vor allem durch die fehlende Rolle der Pflegeperson im Prozess bestimmt wird. McCarter et al. (2016) bezeichnen dies in ihrer Studie als Orientierungslosigkeit im Prozess. Tariman et al. (2016) zählt viele verschiedene Rollen der Pflege im SDM-Prozess auf und betont die Flexibilität des Pflegepersonals.

So sieht Galletta et al. (2022) in ihrer Studie die onkologische Pflegeperson als Gesundheitserzieher*in, Fürsprecher*in, Datensammler*in, Informationsvermittler*in, psychologischer Unterstützer*in, Symptom- und Nebenwirkungsmanager*in. Des Weiteren sieht sie die Stärke der onkologischen Pflegepersonen darin, dass sie durch die längere Zeit, die sie mit den Patienten*innen verbringen, besser in der Lage sind, die Wünsche und Bedürfnisse des*der Patienten*in PEF zu vertreten. Auch Müller et al. (2016) und Tariman et al. (2016) betonen, dass eine speziell geschulte Pflegeperson die Rolle des Fürsprechers*in für den*die Patienten*in übernehmen sollte. Vorstellbar wäre hier Pflegepersonal mit einem zusätzlichen Studienabschluss in Advanced Practice Nursing in Onkologie. Außerdem müssen bei der Implementierung von PEF in einer Einrichtung die Aufgaben des Pflegepersonals klar definiert werden, damit das Pflegepersonal seine Rolle im Prozess kennt und somit die Beteiligung des Pflegepersonals am Prozess gestärkt wird.

Alle in die Arbeit einbezogenen Studien kommen zu dem Schluss, dass die Faktoren Zeit, Kommunikation und Wissen eine wesentliche Rolle für den Erfolg von PEF spielen.

Das Wissen über PEF erhöht die erfolgreiche Umsetzung in der Praxis wie Bos-van den Hoek et al. (2020) festgestellt hatte. Warzyniec et al. konnten in ihrer Studie bereits 2019 feststellen, dass ein kurzes Online-Training zum SDM positive Auswirkungen auf die Umsetzung in der Praxis hat. Ankolekar et al. (2021) stellten in ihrer Untersuchung fest, dass es aus Sicht der Pflege braucht es für eine langfristige Implementierung von PEF vor allem gezielte Schulungen bedarf. Die aktive Einbindung in Entscheidungsprozesse und praktische Hilfsmittel wie Entscheidungshilfen, unterstützt durch eine klare Führung und eine patientenzentrierte Teamkultur sind weitere wichtige Erfolgsfaktoren. Wichtig ist auch, dass die Pflegenden befähigt werden, PEF im Alltag flexibel und eigenverantwortlich mitzugestalten.

In der Studie von Ikander et al. (2022) wurde festgestellt, dass eher Pflegepersonal mit langjähriger Erfahrung Gespräche über existenzielle Themen mit den Patienten*innen initiiert. Dieses wertvolle Wissen über die Wünsche und Vorstellungen des*der Patienten*in können sie dann im SDM-Prozess einfließen lassen. Auch Mortelmans et al. (2023), Steenbergen et al. (2022) und McCarter et al. (2016) haben in ihren Studien gezeigt, dass auch das Fachwissen, das meist durch langjährige Berufserfahrung erworben wurde, im SDM-Prozess hilfreich ist. Gerade im Bereich der Onkologie wird es notwendig sein, die Fluktuation des Pflegepersonals gering zu halten, um den Verlust von Fachwissen zu vermeiden. Kleindieck et al. (2023) zeigen in ihrer Studie, dass eine qualitativ hochwertige Pflege und Ausbildung den Beruf der Pflege in der Onkologie nicht nur attraktiver machen, sondern auch dazu beitragen kann, Personal dauerhaft in diesem Bereich zu halten. Chung et al. (2021) stellten fest, dass die Analyse und Bewertung wissenschaftlicher Studien wesentliche Kompetenzen sind, die Pflegekräfte erwerben müssen, um am SDM-Prozess teilnehmen zu können. Grenon et al. (2024) geben in ihrer Studie einen Einblick in den aktuellen Stand der Entwicklung über die Einführung von speziell geschulten Onkologischen Pflegekräften in den USA. Hier zeigt sich, dass je höher der Ausbildungsstand des Pflegepersonals ist, desto häufiger ist es auch im Tumorboard vertreten und konnte sich hier im Sinne von PEF einbringen. So konnte auch gezeigt werden, dass Berufserfahrung und Beteiligung korrelieren. Die aktive Beteiligung am SDM-Prozess ist jedoch nach wie vor gering, nur 34% der Befragten gaben an, aktiv am Prozess beteiligt zu sein.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Bereich der Onkologie sehr komplex ist und die Anhebung der Ausbildung auf Bachelor-Niveau allein nicht ausreicht, um am SDM-Prozess in diesem Bereich aktiv teilzunehmen. Es sollte angestrebt werden, mehr Pflegenden für die Ausbildung zur Advanced Practice Nurse Oncology zu gewinnen.

Einerseits, um sie besser in die Lage zu versetzen, sich aktiv am SDM-Prozess zu beteiligen, andererseits, um die Attraktivität ihres Berufs zu erhöhen und damit die Arbeitszufriedenheit zu steigern, die Fluktuation gering zu halten und somit langfristig mehr Fachwissen zu erhalten.

Es zeigt die Studie von Grenon et al. (2024) dass 91% der onkologische Pflegepersonen Patienten*innenaufklärung als Teil ihres Arbeitsalltages sehen. Aber auch die Förderung der Selbstbestimmung der Patienten*innen wird von 80% der befragten Pflegepersonen als Teil ihrer Arbeit angesehen. Die Beurteilung und das Management der Lebensqualität während der Behandlung wird als integraler Bestandteil der Rolle des onkologischen Pflegepersonals wahrgenommen. So sieht auch Chung et al. (2021) die Übersetzung medizinischer Befunde und Informationen in eine für den*die Patienten*in verständliche Ausdrucksweise als zentralen Aspekt des Pflegepersonals. Es ist anzumerken, dass die onkologische Pflege zunehmend dialogorientiert arbeiten wird. Kleindieck et al. (2023) stellten in ihrer Studie fest, dass Pflegenden im onkologischen Setting über besonders gute Kommunikationsstrategien verfügen. Auf diese Fähigkeiten sollte aufgebaut werden und diese vertieft werden, um ein sicheres Auftreten der Pflegenden im SDM-Prozess zu fördern. Bos-van den Hoek et al. (2020) konnten feststellen, dass viele dieser Gespräche zwischen Pflegeperson und Patienten*in informelle Gespräche sind, diese finden um oder während Pflegehandlungen statt. Ikander et al. (2022) konnten feststellen, dass das ambulante Pflegepersonal Schwierigkeiten bei der Priorisierung der Arbeitsaufteilung zwischen praktischer Arbeit und Gesprächen hatte. Aus der Perspektive der Pflegekräfte wird im ambulanten Kontext ein starker Fokus auf Produktivität festgestellt. Aus Sicht der Autorin ist dies auch auf den stationären Bereich übertragbar, lediglich im Palliativbereich ist es bereits gelungen, Gespräche als gleichwertig mit manuellen Pflegehandlungen zu betrachten. Ikander et al. (2022) führten in Dänemark eine Studie zu Gesprächen zwischen Pflegepersonal und Patienten*innen im ambulanten onkologischen Bereich durch. Die vorliegende Studie kommt zu dem Schluss, dass Gespräche durch das Pflegepersonal teilweise sogar vermieden wurden, da die für solche Gespräche erforderliche ungestörte Atmosphäre weder räumlich noch zeitlich gegeben war.

Um die Rolle der Pflegeperson im SDM-Prozess zu festigen und die Professionalisierung der Pflege voranzutreiben wäre es nötig, diese Gespräche losgelöst von Pflegehandlungen in den Pflegeprozess einzuplanen, als eigenständige Leistung. Dies stellt sich in der Praxis als schwierig dar, da nicht jedes Gespräch im onkologischen Setting geplant werden kann. Ein Anfang wäre damit gemacht, wenn bei der Diagnosestellung, Befundbesprechung, Therapieplanung und -umstellung nicht nur ein Gespräch mit dem*der Mediziner*in

stattfinden würde, sondern auch mit einer Pflegeperson. Darüber hinaus sollen Pflegepersonen ein aktiver Bestandteil des Tumorboards sein. Laux (2013) unterbreitet den Vorschlag, eine sogenannte „Pflegesprechstunde“ für Patienten*innen mit oraler Antitumorthérapie einzuführen. Hier soll jene Pflegeperson, die die weitere Betreuung der Patienten*innen im Therapieverlauf übernimmt, die Einnahme und mögliche Nebenwirkungen überwachen.

Des Weiteren ist die Erarbeitung einer alternativen Vergütung der Leistungen im Gesundheitsbereich wichtig, wie von Müller et al. (2016) aufgezeigt, mit dem Ziel, die Wertigkeit von Gesprächen im SDM-Prozess zu erhöhen.

In ihrer Arbeit befasste sich die Autorin auch mit der gegenwärtigen Situation in Österreich hinsichtlich der Implementierung von PEF in der Onkologie. Die flächendeckende Implementierung von PEF in Österreich hat noch nicht stattgefunden. Es existieren diverse Projekte an unterschiedlichen Standorten, wobei insbesondere bei der Entscheidungsfindung bezüglich der Behandlung von Brustkrebs PEF bereits umfassender implementiert worden ist. In Brustkrebszentren haben Pflegepersonen oft auch eine zusätzliche Ausbildung als Breast Cancer Nurse. Um zu klären, wie die flächendeckende Implementierung von PEF in Österreich erfolgen kann, besteht weiterer Forschungsbedarf. Hierfür ist jedoch ein klarer Auftrag der Politik sowie die Schaffung von Mitteln zur Förderung der Forschung und Umsetzung von PEF erforderlich. In diesem Kontext ist es zudem möglich, die Rolle des Pflegepersonals in diesem Prozess zu definieren.

7 Literaturverzeichnis

- Ankolekar, A.; Dahl Steffensen, K.; Olling, K.; Dekker, A.; Wee, L.; Roumen, C. et al. (2021): Practitioners' views on shared decision-making implementation: A qualitative study. In: PloS one 16 (11), e0259844. DOI: 10.1371/journal.pone.0259844.
- Arends, S. A. M.; Thodé, M.; Veer, A. J. E. de; Pasman, H. R. W.; Francke, A. L.; Jongerden, I. P. (2022): Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study. In: Journal of advanced nursing 78 (9), S. 2884–2893. DOI: 10.1111/jan.15223.
- Balic, M.; Bartsch, R.; Crevenna, R.; Gnant, M.; Grimm, C.; Sevelde, P. (2024): Empowerment von Patient:innen mit onkologischen Erkrankungen. In: *krebs:hilfe!* 6/2024 (6/2024), S. 5.
- Bieber, C.; Gschwendtner, K.; Müller, N.; Eich, W. (2016). Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) - Patienten und Arzt als Team: Shared Decision Making (SDM) - Patient and Physician as a Team. *psychother Psych Med* (66), 195-207. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-105277> zuletzt geprüft am 15.11.2024.
- Bieber, C; Nicolai, J.; Geschwendtner, K.; Müller, N.; Reuter, K.; Buchholz; A.; Kallinoxski, B.; Härter, M. (2016): How Does a Shared Decision-Making (SDM) Intervention for Oncologists Affect Participation Style and Preference Matching in Patients with Breast and Colon Cancer? In: Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education 33 (3), S. 708–715. DOI: 10.1007/s13187-016-1146-7.
- Bleyer, B.; Hocher, L. (2024): Partizipative Entscheidungsfindung. In: *Onkologie* 30 (1), S. 5-11. <https://www.springermedizin.de/praxis-und-beruf/onkologische-therapie/partizipative-entscheidungsfindung/26353066>
- Bos-van den Hoek, D. W.; Thodé, M.; Jongerden, I. P.; van Laarhoven, H. W. M.; Smets, E. M. A.; Tange, D. et al. (2021): The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study. In: Journal of advanced nursing 77 (1), S. 296–307. DOI: 10.1111/jan.14549.
- Bouskill, K. & Kramer, M. (2016). The impact of cancer and quality of life among long-term survivors of breast cancer in Austria. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(11), 4705-4712. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3319-7>
- Buser, K. (2024). Einteilung und Klassifikation maligner Tumore. In P. Jahn, A. Gaisser, M. Bana & C. Renner (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (7th ed. 2024, S. 30-40). Springer Berlin Heidelberg, Imprint: Springer.

- Chung, F.-F.; Wang, P.-Y.; Lin, S.-C.; Lee, Y.-H.; Wu, H.-Y.; Lin, M.-H. (2021): Shared clinical decision-making experiences in nursing: a qualitative study. In: *BMC nursing* 20 (1), S. 85. DOI: 10.1186/s12912-021-00597-0.
- Engelhardt, M.; Mertelsmann, R.; Duyster, J. (Hrsg.). (2023). *Das Blaue Buch: Chemotherapie-Manual Hämatologie und Onkologie* (8th ed. 2023). Springer Berlin Heidelberg; Springer.
- Galletta, M.; Piazza, M. F.; Meloni, St. L.; Chessa, E.; Piras, I.; Arnetz, J. E.; D'Aloja, E. (2022): Patient Involvement in Shared Decision-Making: Do Patients Rate Physicians and Nurses Differently? In: *International journal of environmental research and public health* 19 (21). DOI: 10.3390/ijerph192114229
- Grenon, N. N.; Waldrop, K. S.; Pinheiro, N.; Prosdocimo, B. (2024): The Evolving Role of the Oncology Nurse in the United States of America-A Survey Exploring Their Perspective. In: *Healthcare (Basel, Switzerland)* 12 (23). DOI: 10.3390/healthcare12232453
- Hackl, M.; Ihle, P. (2022). *Krebserkrankungen in Österreich 2022*. Statistik Austria.
- Härter, M. (2020): Patientenzentrierte Kommunikation und partizipative Entscheidungsfindung in der Onkologie. In: Hans-Joachim Schmoll (Hg.): *Kompodium Internistische Onkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer Reference Medizin), S. 1-9.
- Hojdelewicz, B. (2011). Der Kampf gegen den Krebs ist nur ein Faktor...: Erleben und Erfahrungen onkologisch erkrankter Menschen- ein systematischer Review aus pflegerischer Perspektive. In Mayer; H. & Zellhofer; H. (Hrsg.), *Krebs (ER)LEBEN: Eine pflegewissenschaftliche Perspektive* (1. Aufl., S. 9-41). Facultas.
- Ikander, T.; Dieperink, K. B.; Hansen, O.; Raunkjær, M. (2022): Patient, Family Caregiver, and Nurse Involvement in End-of-Life Discussions During Palliative Chemotherapy: A Phenomenological Hermeneutic Study. In: *Journal of family nursing* 28 (1), S. 31–42. DOI: 10.1177/10748407211046308
- Jacobsen, P. B.; Hann, D. M.; Azzarello, L. M.; Horton, J.; Balducci, L.; Lyman, G. H. (1999). Fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer: characteristics, course, and correlates. *Journal of pain and symptom management*, 18(4), 233-242. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(99\)00082-2](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(99)00082-2)
- Kleindieck, K., Nöst, S., & Berger, S. (2018). Motivation und Resilienz von onkologischen Fachpflegenden – eine qualitative Studie. *Onkologische Pflege*, 4, 64–69. <https://doi.org/10.4486/j.fop.2018.04.10>
- Klein, M.; Geschwindner, H.; Spichiger, E. (2013): Leben mit einer Vielzahl von Medikamenten: Eine qualitative Studie zu Erfahrungen von Patient(inn)en mit Krebs.

- In: *Pflege* 26 (2), S. 97-108. <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1024/1012-5302/a000274?journalCode=pfl>
- Kopke, S. (2012): Der informierte Patient: Wer, wenn nicht wir? In: *Pflege* 25 (1), S. 3-7. <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1012-5302/a000165>
- Kroner, T. (2024). Prinzipien der Tumorbehandlung. In Jahn, P.; Gaisser, A.; Bana, M.; Renner, C. (Hrsg.), *Onkologische Krankenpflege* (7th ed. 2024, S. 98-107). Springer Berlin Heidelberg, Imprint: Springer.
- Lang, F. (2024). Nebenwirkungsmanagement tumorspezifischer Therapien im onkologischen Pflegesetting. *krebs:hilfe!*, 4/24(4), 23.
- Laux, Mirko (2013): Die Pflegekraft als Therapie-Coach. In: *Heilberufe* 65 (7-8), S. 52–55. DOI: 10.1007/s00058-013-0760-6
- Lindig, A.; Frerichs, W.; Hahlweg, P.; Scholl, I. (2023): Partizipative Entscheidungsfindung in der Onkologie. In: *best practice onkologie* 18 (9), S. 366-372. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11654-023-00510-y>
- Mayer, H., Raphaelis, S.; Kobleider, A. (2023). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe: Recherchieren - Bewerten - Erstellen* (2. Auflage, revidierte Ausgabe). Facultas.
- McCarter, S. P.; Tariman, J. D.; Spawn, N.; Mehmeti, E.; Bishop-Royse, J.; Garcia, I. et al. (2016): Barriers and Promoters to Participation in the Era of Shared Treatment Decision-Making. In: *Western journal of nursing research* 38 (10), S. 1282–1297. DOI: 10.1177/0193945916650648.
- Mortelmans, L., Bosselaers, S., Goossens, E., Schultz, H.; Dilles, T. (2023). Shared decision making on medication use between nurses and patients in an oncology setting: A qualitative descriptive study. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 64, 102321. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102321>
- Müller, E.; Halweg, P.; Scholl, I. (2016). What do stakeholders need to implement shared decision making in routine cancer care? A qualitative needs assessment. In: *Acta oncologica* (Stockholm, Sweden) 55 (12), S. 1484-1491. DOI: 10.1080/0284186X.2016.1227087.
- Nowak, P.; Schmotzer, Ch. (2021): Aufwertung von Patientenrechten zur Unterstützung von Gesundheitskompetenz. *Gesundheit Österreich und Österreichische Plattform Gesundheitskompetenz (ÖPGK)*, Wien, Abgerufen am 15. Mai 2025, von <https://oepgk.at/website2023/wp-content/uploads/2023/04/bericht-der-osterreichischen-plattform-gesundheitskompetenz-1.pdf>
- Partridge, A. H.; Burstein, H. J.; Winer, E. P. (2001). Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer. *Journal of*

- the National Cancer Institute. *Monographs*(30), 135-142.
<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.incimonographs.a003451>
- Pfeifer-Rabe, M.; Hojdelewicz, B. M.; Durchschlag, D. (2019). *Onkologische Gesundheits- und Krankenpflege: Menschen mit malignen Erkrankungen ganzheitlich begleiten* (1. Auflage). facultas.
- Robert Koch-Institut. (2009). *Prävalenz chronischer Erkrankungen*. Abgerufen am 21. November 2024, von www.rki.de/gbe
- Statistik Austria. (2022). *Bevölkerungsprognose für Österreich*. Statistik Austria. Abgerufen am 10. Oktober 2024, von <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender>
- Statistik Austria. (01/2024). *Zahl der Krebskranken steigt bis 2030 um 15 %*. Statistik Austria. Abgerufen am 10. Oktober 2024, von <https://www.statistik.at/>
- Steenbergen, M.; Vries, J. de; Arts, R.; Beerepoot, L. V.; Traa, M. J. (2022): Barriers and facilitators for shared decision-making in oncology inpatient practice: an explorative study of the healthcare providers' perspective. In: *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 30 (5), S. 3925-3931. DOI: 10.1007/s00520-022-06820-1. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06820-1>
- Steffensen, Karina Dahl (2019): The promise of shared decision making in healthcare. In: *AMS Rev* 9 (1-2), S. 105–109. DOI: 10.1007/s13162-019-00137-9.
- Tariman, J. D., Mehmeti, E., Spawn, N., McCarter, S. P., Bishop-Royse, J., Garcia, I., Hartle, L.; Szubski, K. (2016). Oncology Nursing and Shared Decision Making for Cancer Treatment. *Clinical journal of oncology nursing*, 20(5), 560-563.
<https://doi.org/10.1188/16.CJON.560-563>
- Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte (Patientencharta OÖ) Art. 16 (2001) Landesrecht konsolidiert (2025) Abgerufen am 26. Jänner 2025, von <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrOO&Gesetzesnummer=2000124>
- Warzyniec, A.; Tariman, J. D.; Simonovich, S. (2019): Shared Decision Making: Effects of an Online Education Session on Knowledge, Attitudes, Adaptability, and Communication Skills Among Nurses. In: *Clinical journal of oncology nursing* 23 (6), E93-E99. DOI: 10.1188/19.CJON.E93-E99
- Weltgesundheitsorganisation. (2012). *WHOQOL*. World Health Organization. Abgerufen am 25. Oktober 2024, von <https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref>
- Weltgesundheitsorganisation. (2024). *Cancer*. Abgerufen am 25. Oktober 2024, von https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Selektionsprozess (eigene Darstellung)

9 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)

Tabelle 2: Zuordnung der Studien zu den Synthesepunkte der FF 1 (eigene Darstellung)

Tabelle 3: Zuordnung der Studien zu den Synthesepunkte der FF2 (eigene Darstellung)

Tabelle 4: Übersichtstabelle der inkludierten Studien (eigene Darstellung)

10 Anhang

10.1 Suchprotokolle

 **National Library of Medicine**
National Center for Biotechnology Information

Log in

PMC Home Help

PMC Advanced Search Builder

1 Filters activated: published in the last 10 years. [Clear all](#)

Use the builder below to create your search

[Edit](#) [Clear](#)

Builder

All Fields [Show index list](#)

AND All Fields [Show index list](#)

or [Add to history](#)

History

[Download history](#) [Clear history](#)

Search	Add to builder	Query	Items found	Time
#6	Add	Search (((shared decision making[Abstract]) NOT mental illness[Abstract]) AND nurse[Abstract]) AND cancer) OR oncology Filters: published in the last 10 years	80	01:46:03
#5	Add	Search (((shared decisionmaking[Abstract]) AND nurse[Abstract]) AND cancer) NOT mental illness) NOT children Filters: published in the last 10 years	0	01:44:25
#4	Add	Search (((Shared Decision Making) NOT mental illness) AND Nurse) NOT children) AND cancer Filters: published in the last 10 years	8752	01:43:27
#2	Add	Search (((nurse[Abstract]) AND Shared Decision Making[Abstract]) AND cancer[Abstract]) NOT children Filters: published in the last 10 years	21	01:43:09
#3	Add	Search ((SDM AND Nurse) AND Cancer Filters: published in the last 10 years	1391	01:38:36
#1	Add	Search (((nurse[Abstract]) AND Shared Decision Making[Abstract]) AND cancer[Abstract]) NOT children	25	01:37:24



#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S8	(nurse or nurses or nursing) AND (sdm or shared decision making) AND (cancer patients or oncology patient s or patients with cancer) NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)	Limiters - Publication Date: 20150101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by SubjectAge: - all adult Narrow by Language: - english Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - eBook Collection (EBSCOhost);CINAHL Ultimate	48
S7	(nurse or nurses or nursing) AND (sdm or shared decision making) AND (cancer patients or oncology patient s or patients with cancer) NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)	Limiters - Publication Date: 20150101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - english Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - eBook Collection (EBSCOhost);CINAHL Ultimate	118
S6	(nurse or nurses or nursing) AND (sdm or shared decision making) AND (cancer patients or oncology patient s or patients with cancer) NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)	Limiters - Publication Date: 20150101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - eBook Collection (EBSCOhost);CINAHL Ultimate	124
S5	(nurse or nurses or nursing) AND (sdm or shared decision making) AND cancer NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)	Limiters - Publication Date: 20150101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by SubjectAge: - all adult Narrow by Language: - english Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - eBook Collection (EBSCOhost);CINAHL Ultimate	65
S4	(nurse or nurses or nursing) AND (sdm or shared decision making) AND cancer NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)	Limiters - Publication Date: 20150101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Narrow by Language: - english Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - eBook Collection (EBSCOhost);CINAHL Ultimate	177
S3	(nurse or nurses or nursing) AND (sdm or shared decision making) AND cancer NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)	Limiters - Publication Date: 20150101-20251231 Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - eBook Collection (EBSCOhost);CINAHL Ultimate	186
S2	(nurse or nurses or nursing) AND (sdm or shared decision making) AND cancer NOT (children or adolescents or youth or child or teenager)	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - eBook Collection (EBSCOhost);CINAHL Ultimate	227
S1	(nurse or nurses or nursing) AND (sdm or shared decision making) AND cancer	Expanders - Apply equivalent subjects Search modes - Proximity	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - eBook Collection (EBSCOhost);CINAHL Ultimate	238

10.2 Studienprotokolle

Einschätzung qualitativer Studien nach Mayer et al. (2021, S. 147-148)

Shared decision making on medication use between nurses and patients in an oncology setting: A qualitative descriptive study

Laura Mortelmans, Sarah Bosselaers, Eva Goossens, Helen Schultz & Tinne Dilles, 2023, Belgien

Abschnitt	Fragen zur Einschätzung der methodischen Qualität
Einleitung/Hintergrund	
Forschungsproblem	<p>Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist? Die Studie thematisiert die Anwendung von Shared Decision Making (SDM) im Kontext der medikamentösen Behandlung von Krebspatientinnen und hebt die Bedeutung der Einbindung von Patienten*innen in Entscheidungsprozesse hervor.</p> <p>Wurde das „phenomenon of interest“ beschrieben? Das zentrale Phänomen ist die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Pflegekräften und Patient*innen hinsichtlich der Medikamenteneinnahme im onkologischen Setting.</p>
Forschungsfrage(n) und Ziel(e)	<p>Ist/Sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Die Studie zielt darauf ab, die Erfahrungen von Patienten*innen und Pflegekräften mit medikationsbezogenem SDM zu erforschen, einschließlich ihrer Vertrautheit mit dem Konzept, der Anwendung sowie der wahrgenommenen Barrieren und Förderfaktoren.</p> <p>Ist das Ziel/Sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet? Die Ziele der Studie sind direkt auf die Untersuchung der Anwendung von SDM im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme bei Patienten*innen die an Krebs erkrankt sind ausgerichtet.</p>
Aufarbeitung des Forschungsstandes	<p>Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Die Studie verweist auf bestehende Literatur zur Bedeutung von SDM in der medizinischen Versorgung, insbesondere im onkologischen Bereich.</p> <p>Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Begriffe wie "Shared Decision Making" werden im Kontext der Studie erläutert.</p> <p>Ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Die Autoren*innen präsentieren eine Übersicht über relevante Studien und identifizieren Forschungslücken im Bereich des medikationsbezogenen SDM zwischen Pflegekräften und Patienten*innen.</p> <p>Besteht ein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der aufgearbeiteten Forschungsliteratur und dem Forschungsproblem? Die Literaturübersicht unterstützt die Relevanz der Forschungsfrage und zeigt die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen auf.</p>
Empirischer Teil	
Design	<p>Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und wird es plausibel begründet? Es wurde ein qualitatives deskriptives Design gewählt, das geeignet ist, um die subjektiven Erfahrungen und Perspektiven der Teilnehmer*innen zu erfassen.</p>
Sample	<p>Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Es wurden für die Patienten*innen Ein- und Ausschlusskriterien genannt (über 18 Jahre, onkologische Erkrankung).</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Es erfolgte eine Gelegenheitsstichprobe, sämtliche Pflegepersonen der ausgewählten Station wurden zum Gespräch eingeladen.</p>

	<p>Sowie Patienten*innen der Station, wobei darauf geachtet wurde eine möglichst gleichmäßige Verteilung zu erreichen (Bildungsstand, adjuvante/palliative Therapie). Es wurden Patienten*innen eingeschlossen bis zum Erreichen der Datensättigung.</p> <p>Ist die Auswahlstrategie des Samples nachvollziehbar und begründet? Die Auswahl erfolgte, um verschiedene Perspektiven von Patienten*innen und Pflegekräften im onkologischen Setting zu berücksichtigen.</p>
Datenerhebung	<p>Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage bzw. zur Erfassung des betreffenden Phänomens geeignet? Es wurden Einzelinterviews mit Patienten*innen und eine Fokusgruppe mit Pflegekräften durchgeführt, um tiefgehende Einblicke in ihre Erfahrungen mit SDM zu erhalten.</p> <p>Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Die Durchführung von Interviews und Fokusgruppen wird beschrieben.</p> <p>Wird die Studie mit den übereinstimmenden Vorgaben des jeweiligen Ansatzes (z. B. Grounded Theory) methodisch stringent durchgeführt? Die Studie folgt einem qualitativen deskriptiven Ansatz, der für die Forschungsfrage angemessen ist.</p>
Ethische Diskussion	<p>Wurden die Teilnehmer*innen vollständig informiert („informed consent“)? Es erfolgte eine schriftliche Einholung des „informed consent“:</p> <p>Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer*innen aufgezeigt? Wurden die Teilnehmer*innen vor möglichen Schäden geschützt? Es fehlen spezifische Angaben zu Maßnahmen zum Schutz der Teilnehmer*innen.</p> <p>Wurde die Anonymität der Teilnehmer*innen gewahrt? Es erfolgte eine Pseudoanonymisierung der Daten der Studienteilnehmer*innen.</p> <p>Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt? Es wurde eine Freigabe von der Ethikkommission vom teilnehmenden KH eingeholt. Weiters wurde sich an die Deklaration von Helsinki gehalten bei der Durchführung der Studie.</p>
Datenanalyse	<p>Werden die zur Analyse der Daten eingesetzten Strategien beschrieben? Sind sie nachvollziehbar? Die Daten wurden mittels „Six Phases of Thematic Analysis“ nach Braun und Clarke (2006) analysiert, dies ist ein systematischer Ansatz zur Analyse qualitativer Daten.</p> <p>Werden Aussagen zur Berücksichtigung von Gütekriterien qualitativer Forschung getroffen? Die Daten wurden mittels Inhaltsanalyse ausgewertet, diese vorgehensweiße gewährleistet Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse. Dies sind zentrale Aspekte der Güterkriterien der qualitativen Forschung.</p>
Ergebnisteil	
Ergebnisdarstellung	<p>Werden das Sample und sein Kontext ausreichend beschrieben? Die Studie gibt an, dass sieben Patient*innen und sechs Pflegekräfte teilnahmen, jedoch fehlen detaillierte demografische Informationen.</p> <p>Ist die Ergebnisdarstellung verständlich und nachvollziehbar? Die Ergebnisse werden klar präsentiert, wobei zentrale Themen wie Hindernisse und Förderfaktoren für SDM identifiziert wurden.</p> <p>Wird das betreffende Phänomen ausreichend beschrieben? Die Studie beleuchtet die Erfahrungen und Wahrnehmungen der Teilnehmer*innen hinsichtlich medikationsbezogenem SDM im onkologischen Setting.</p> <p>Konnte die Forschungsfrage beantwortet werden? Die Forschungsfrage wird durch die gewonnenen Erkenntnisse beantwortet. Es wurde festgestellt, dass die Anwendung von SDM durch Pflegekräfte in der onkologischen Praxis begrenzt ist. Patienten schätzten jedoch den Beitrag der Pflegekräfte zu SDM und betrachteten sie als Schlüsselpersonen aufgrund ihrer vermittelnden, informativen und unterstützenden Rolle.</p>

Diskussion und Schlussfolgerung	
Diskussion und Schlussfolgerung	<p>Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt (wird darauf Bezug genommen, was bereits über das Phänomen bekannt ist)?</p> <p>In der Diskussion wird auf den theoretischen Hintergrund Bezug genommen. Die Autoren*innen erörtern, wie ihre Ergebnisse im Kontext bestehender Literatur zum Thema SDM stehen, und vergleichen ihre Erkenntnisse mit früheren Studien, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede herauszuarbeiten.</p> <p>Welchen Beitrag zur Theorie- bzw. Konzeptentwicklung über das betreffende Phänomen leistet die Arbeit?</p> <p>Die Studie trägt zur Konzeptentwicklung bei, indem sie die spezifischen Rollen von Pflegekräften im SDM-Prozess hervorhebt. Sie identifiziert Faktoren, die die Beteiligung von Patienten an medikationsbezogenen Entscheidungen beeinflussen, und betont die Bedeutung der Pflegekräfte als Patientenvertreter, Informanten und Unterstützer im SDM-Prozess.</p> <p>Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben?</p> <p>Ja, die Autoren geben Empfehlungen ab, wie z. B. die Notwendigkeit, Pflegekräfte besser auf ihre Rolle im SDM vorzubereiten, um ihre Beteiligung an medikationsbezogenen Entscheidungen zu stärken. Sie betonen auch die Bedeutung weiterer Forschung, um die Hindernisse und Förderfaktoren für die Implementierung von SDM in der klinischen Praxis besser zu verstehen.</p> <p>Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt?</p> <p>Ja, die Autoren diskutieren die Limitationen ihrer Studie, wie z. B. die begrenzte Stichprobengröße und die Durchführung in einem spezifischen klinischen Kontext, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse einschränken könnte.</p>
Literaturverzeichnis	
Literaturangaben	<p>Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben?</p> <p>Ja, die Autoren haben alle verwendeten Quellen klar und gemäß wissenschaftlichen Standards angegeben, sodass die Nachvollziehbarkeit gewährleistet ist.</p> <p>Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell?</p> <p>Es werden über 50 Quellen im Literaturverzeichnis angegeben, die älteste Quelle kommt aus dem Jahr 1999. Es wurde Literatur bis 2021 eingeschlossen.</p>

Langbeleg:

Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe. Recherchieren-Bewerten-Erstellen* (1. Aufl.). facultas

Einschätzung quantitativer Studien nach Mayer et al. (2021, S. 145-146)

Nurses' perspective on their involvement in decision-making about life-prolonging treatments: A quantitative survey study

Susanne A. M. Arends, Maureen Thodé, Anke J. E. De Veer, H. Roeline W. Pasman, Anneke L. Francke & Irene P. Jongerden; Niederlande; 2022

Abschnitt	Fragen zur Einschätzung der methodischen Qualität
Einleitung/Hintergrund	
Forschungsproblem	<p>Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist? Ja, die Einleitung beschreibt deutlich die Relevanz von Entscheidungen über Maßnahmen am Lebensende und die bisher geringe Beteiligung der Pflegenden an diesem Prozess.</p> <p>Ist das Forschungsproblem klar abgegrenzt? Ja, es wird explizit auf die Diskrepanz zwischen der gewünschten und tatsächlichen Rolle von Pflegenden eingegangen.</p>
Forschungsfrage(n) und Ziel(e)	<p>Ist/Sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Ja, zwei konkrete Forschungsfragen werden klar genannt. Das Ziel der Studie war die Untersuchung der Wahrnehmung von Pflegenden bezüglich ihrer aktuellen und bevorzugten Rolle in der SDM von potentiell lebensverlängernden Behandlungen bei Patienten*innen in der letzten Lebensphase. Weiters welche Unterstützungen benötigt das Pflegepersonal um ihrer bevorzugten Rolle im SDM-Prozess gerecht zu werden.</p> <p>Ist das Ziel/Sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet? Absolut - die Ziele konzentrieren sich auf die Wahrnehmungen, Wünsche und Unterstützungsbedarfe der Pflegenden.</p>
Aufarbeitung des Forschungsstandes	<p>Wurde ein Literaturreview durchgeführt? Ja, es wurde ein Überblick über relevante internationale Studien gegeben.</p> <p>Wenn ja, ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Die Darstellung ist thematisch strukturiert, inhaltlich fundiert und für den Kontext der Studie angemessen. Erfüllt aber nicht alle Voraussetzungen um als systematischer Review deklariert werden zu können. (Keine Angaben zur Suchstrategie)</p> <p>Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Ja, viele aktuelle Quellen bis zum Jahr 2021/2022 sind mit einbezogen.</p> <p>Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Begriffe wie „Shared Decision Making“ und „life-prolonging treatment“ werden klar erläutert.</p>
Empirischer Teil	
Design	<p>Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und wird es plausibel begründet? Ja, das Querschnittsdesign mit Online-Befragung entspricht dem Ziel, den Status quo zu erfassen.</p>
Stichprobe	<p>Ist die Population beschrieben? Ja, Pflegekräfte aus niederländischen Krankenhäusern, inkl. soziodemografischer Daten.</p> <p>Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Teilweise – nur Pflegenden, die regelmäßig mit erwachsenen Patienten*innen in der letzten Lebensphase und im KH-Setting arbeiten wurden einbezogen.</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Über das bestehende niederländische Pflegepanel.</p> <p>Ist die Auswahlstrategie der Stichprobe nachvollziehbar und begründet? Ja, es wurde auf eine möglichst breite Streuung geachtet. Stichprobenziehung aus dem niederländischen Pflegepersonalpanel, da dieses für die Niederlande repräsentativ ist.</p>

	<p>Wird eine Berechnung der notwendigen Stichprobengröße durchgeführt und wie wird die Stichprobengröße begründet? Nein, eine Berechnung der Stichprobengröße wird nicht erwähnt.</p> <p>Ist die Größe der Stichprobe angemessen (um einen Typ-2-Beta-Fehler zu vermeiden)? Die Stichprobengröße ist ausreichend für deskriptive Analysen und einfache Vergleiche (z. B. Medianwerte), wie sie in der Studie vorgenommen wurden. Jedoch ist keine formale Berechnung der notwendigen Stichprobengröße erfolgt, was für eine vollständig methodisch fundierte Aussage zur Vermeidung von Typ-2-Fehlern nötig gewesen wäre. Für komplexere Analysen oder Generalisierungen (v. a. auf Subgruppen – wie etwa Arbeitsbereiche) ist die Größe eher als begrenzend einzuschätzen.</p>
Datenerhebung	<p>Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet? Ja, eine standardisierte Befragung ist für die Zielsetzung passend.</p> <p>Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Ja, der Prozess wird transparent beschrieben (inkl. Zeitrahmen, Erinnerungen).</p> <p>Welche Variablen wurden erhoben und mit welchem Assessmentinstrument? Die Studie erhob zwei Hauptbereiche von Variablen: Wahrgenommene <i>präferierte Rolle</i> der Pflegekräfte sowie Wahrgenommene <i>tatsächliche Rolle</i> in der Entscheidungsfindung zu lebensverlängernden Maßnahmen. Diese Daten wurden mit einem adaptierten Assessmentinstrument; Basis war die SDM-N-Skala von Tariman et al. (2018), erhoben. Zusätzlich wurden demografische Variablen erfasst: Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Arbeitsort, Fachrichtung etc.</p> <p>Wurde das Instrument von den Autor*innen selbst erstellt oder von anderen Personen übernommen? Wird die Auswahl des Instruments begründet? Das in der Studie verwendete Instrument ist eine modifizierte, übersetzte und thematisch angepasste Version der SDM-N-Skala von Tariman et al. (2018), ergänzt um eigene Items. Es misst subjektive Einschätzungen der eigenen Rolle (Soll/Ist). Die Kombination aus validiertem Originalinstrument und themenspezifischer Erweiterung ist methodisch gut begründet.</p> <p>Werden die Reliabilität und die Validität des Instruments diskutiert? Da das ursprüngliche Assessmentinstrument von Tariman abgeändert und erweitert wurde, wurde die Validität mit 2 Pflegekräfte geprüft, diese haben das Instrument in einem „Think-Aloud“-Verfahren getestet – die Items wurden als klar verständlich eingestuft. Bzgl der Reliabilität des Assessmentinstruments wurden in der Studie Cronbachs Alpha mit 0,91 angegeben.</p>
Ethische Diskussion	<p>Wurden die Teilnehmer*innen vollständig informiert („informed consent“)? Ja, Teilnahme war freiwillig, Rücksendung galt als Einverständnis.</p> <p>Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer*innen aufgezeigt? Ja, Datenspeicherung und -auswertung erfolgten anonymisiert gemäß DSGVO.</p> <p>Wurden die Teilnehmer*innen vor möglichen Schäden geschützt? Es gab keine belastenden oder riskanten Maßnahmen.</p> <p>Wurde die Anonymität der Teilnehmer*innen gewahrt? Ja.</p> <p>Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt? Ein Ethikvotum war laut niederländischem Recht nicht notwendig.</p>
Datenanalyse	<p>Werden die statistischen Tests, die für die Datenanalyse verwendet wurden, genannt und begründet? Ja, es wurden deskriptive Statistiken und der Wilcoxon-Test verwendet. Wilcoxon Test wurde benutzt da die Daten nicht normalverteilt waren, es sich um verbundene Werte handeln und die Antworten auf ordinalen Skalen beruhen.</p> <p>Wird rein deskriptiv ausgewertet oder erfolgen komplexere statistische Berechnungen? Es handelt sich primär um deskriptive und vergleichende Analysen.</p> <p>Wird das Signifikanzniveau genannt? Ja, $p < 0.05$ wird als Schwelle definiert.</p>

	<p>Entsprechen die jeweiligen Methoden dem Messniveau jeder Variablen? Ja, die Likert-Skalen wurden angemessen analysiert (z. B. mit Median und IQR).</p>
Ergebnisteil	
Ergebnisdarstellung	<p>Bezieht sich die Ergebnisdarstellung auf die Forschungsfrage(n)? Ja, Ergebnisse werden strukturiert entlang der Forschungsfragen präsentiert.</p> <p>Wird die Stichprobe ausreichend beschrieben? Ja, Alter, Geschlecht, Berufserfahrung, Arbeitsort usw. werden detailliert dargestellt.</p> <p>Sind die präsentierten Informationen ausreichend, um die Forschungsfrage(n) zu beantworten? Ja, die Daten liefern fundierte Antworten auf die zentralen Fragen.</p>
Diskussion und Schlussfolgerung	
Diskussion und Schlussfolgerung	<p>Wurden die Ergebnisse unter Berücksichtigung des bisherigen Forschungsstands diskutiert und interpretiert? Ja, es findet ein differenzierter Vergleich mit anderen Studien statt.</p> <p>Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Ja, u.a. wird auf Schulungen, Teamunterstützung und Forschungslücken hingewiesen.</p> <p>Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt? Ja, insbesondere Selbstbericht der Pflegepersonen und die Selektion des Samples werden angeführt.</p>
Literaturverzeichnis	
Literaturangaben	<p>Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Die Literatur ist korrekt zitiert und wissenschaftlichen Standards entsprechend</p> <p>Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell? Ja, die Quellen stammen größtenteils aus den letzten 10 Jahren und sind thematisch passend.</p>

Langbeleg:

Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe. Recherchieren-Bewerten-Erstellen* (1. Aufl.). facultas

Einschätzung qualitativer Studien nach Mayer et al. (2021, S. 147-148)

Barriers and facilitators for shared decision-making in oncology inpatient practice: an explorative study of the healthcare providers' perspective

Milou Steenbergen, Jolanda de Vries, Rita Arts, Laurens V. Beerepoot & Marjan J. Traa, 2022, Niederlande

Abschnitt	Fragen zur Einschätzung der methodischen Qualität
Einleitung/Hintergrund	
Forschungsproblem	<p>Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist? Die Problemstellung wird klar dargelegt. Es wird beschrieben, dass Shared Decision-Making (SDM) in der Onkologie wichtig ist, aber nicht immer umgesetzt wird, insbesondere im stationären Bereich.</p> <p>Wurde das „phenomenon of interest“ beschrieben? Das „phenomenon of interest“ (SDM in der Onkologie für stationäre Patient*innen) wird ebenfalls beschrieben</p>
Forschungsfrage(n) und Ziel(e)	<p>Ist/Sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Die Forschungsfrage ist präzise formuliert: „Was sind Barrieren und Förderfaktoren für SDM in der stationären Onkologie aus Sicht von Gesundheitsdienstleistern?“</p> <p>Ist das Ziel/Sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet? Das Ziel der Studie – die Identifikation dieser Faktoren – ist klar und auf die Problemstellung ausgerichtet.</p>
Aufarbeitung des Forschungsstandes	<p>Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Aktuelle Forschungsergebnisse werden dargestellt, es wurde dafür Literatur und Forschungsergebnisse bis 2006 verwendet</p> <p>Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Wichtige Begriffe (z. B. SDM) werden definiert.</p> <p>Ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Die Literaturübersicht wirkt systematisch und gut strukturiert.</p> <p>Besteht ein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der aufgearbeiteten Forschungsliteratur und dem Forschungsproblem? Der Zusammenhang zwischen der Literatur und dem Forschungsproblem ist gegeben.</p>
Empirischer Teil	
Design	<p>Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und wird es plausibel begründet? Qualitative Forschung mittels Fokusgruppen und Interviews ist passend für die Forschungsfrage. Die Wahl des explorativen Designs wird begründet.</p>
Sample	<p>Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Ein- und Ausschlusskriterien sind angegeben. Alle Teilnehmer*innen mussten direkt an der Versorgung von stationären Patienten*innen auf der Onkologie beteiligt sein</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Die Teilnehmer*innen wurden gezielt aus einer Klinik rekrutiert.</p> <p>Ist die Auswahlstrategie des Samples nachvollziehbar und begründet? Die Auswahlstrategie wird beschrieben, basiert aber auf einer Gelegenheitsstichprobe, was eine gewisse Verzerrung bedeuten könnte.</p>

Datenerhebung	<p>Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage bzw. zur Erfassung des betreffenden Phänomens geeignet? Fokusgruppen und Interviews sind angemessene Methoden für die Forschungsfrage.</p> <p>Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Der Ablauf der Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Wird die Studie mit den übereinstimmenden Vorgaben des jeweiligen Ansatzes (z. B. Grounded Theory) methodisch stringent durchgeführt? Die Studie orientiert sich methodisch an der Grounded Theory.</p>
Ethische Diskussion	<p>Wurden die Teilnehmer*innen vollständig informiert („informed consent“)? Informed Consent wurde eingeholt.</p> <p>Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer*innen aufgezeigt? Maßnahmen zum Schutz der Teilnehmer*innen sind beschrieben. (Daten wurden nur für den Forschungszweck verwendet, Namen wurden anonymisiert)</p> <p>Wurden die Teilnehmer*innen vor möglichen Schäden geschützt? Es wurde darauf geachtet das es zu keiner psychischen Belastung kommt. Bei den Fokusgruppeninterviews wurden die Teilnehmer*innen nach Berufsgruppen zugeteilt.</p> <p>Wurde die Anonymität der Teilnehmer*innen gewahrt? Die Anonymität der Teilnehmer*innen wurde gewahrt.</p> <p>Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt? Die Studie wurde von der Ethikkommission des Elisabeth-TweeSteden Krankenhauses geprüft und genehmigt.</p>
Datenanalyse	<p>Werden die zur Analyse der Daten eingesetzten Strategien beschrieben? Sind sie nachvollziehbar? Die Analyse erfolgte mittels NVivo und nach den Prinzipien der Grounded Theory. Die Analysemethoden sind beschrieben und nachvollziehbar.</p> <p>Werden Aussagen zur Berücksichtigung von Gütekriterien qualitativer Forschung getroffen? Es gibt Hinweise auf Gütekriterien (z. B. Vergleich mit Originaldaten, Rückmeldung der Teilnehmer*innen).</p>
Ergebnisteil	
Ergebnisdarstellung	<p>Werden das Sample und sein Kontext ausreichend beschrieben? Das Sample wird ausreichend beschrieben.</p> <p>Ist die Ergebnisdarstellung verständlich und nachvollziehbar? Die Ergebnisse sind klar dargestellt und gut nachvollziehbar.</p> <p>Wird das betreffende Phänomen ausreichend beschrieben? Das Phänomen wird differenziert beschrieben.</p> <p>Konnte die Forschungsfrage beantwortet werden? Die Forschungsfrage wird beantwortet.</p>

Diskussion und Schlussfolgerung	
Diskussion und Schlussfolgerung	<p>Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt (wird darauf Bezug genommen, was bereits über das Phänomen bekannt ist)? Es wird auf bestehende Forschung Bezug genommen und die Ergebnisse in diesen Kontext eingeordnet.</p> <p>Welchen Beitrag zur Theorie- bzw. Konzeptentwicklung über das betreffende Phänomen leistet die Arbeit? Die Studie liefert praxisnahe Erkenntnisse über Barrieren und Förderfaktoren von SDM in der stationären Onkologie.</p> <p>Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Vorschläge zur Verbesserung der SDM-Implementierung werden gemacht, wie etwa elektronische Patientenakten sollten besser genutzt werden um Entscheidungsprozesse zu dokumentieren. Kliniken sollten sicherstellen, dass es geeignete Räume für vertrauliche Entscheidungsprozesse gibt. Zeitfenster für SDM-Gespräche sollten besser eingeplant werden.</p> <p>Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt? Die Studie nennt Limitationen (z. B. kleine Stichprobe, nur eine Klinik).</p>
Literaturverzeichnis	
Literaturangaben	<p>Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Die Literatur ist korrekt zitiert und wissenschaftlichen Standards entsprechend angegeben.</p> <p>Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell? Es wurden 31 Quellen zitiert, die älteste Stamm aus 2006, die aktuellste aus 2021.</p>

Langbeleg:

Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe. Recherchieren-Bewerten-Erstellen* (1. Aufl.). facultas

Einschätzung qualitativer Studien nach Mayer et al. (2021, S. 147-148)

The role of hospital nurses in shared decision-making about life-prolonging treatment: A qualitative interview study

Danique W. Bos-van den Hoek, Maureen Thodé, Irene P. Jongerden, Hanneke W. M. Van Laarhoven, Ellen M. A. Smets, Dorien Tange, Inge Henselmans & H. Roeline Pasman, 2020, Niederlande

Abschnitt	Fragen zur Einschätzung der methodischen Qualität
Einleitung/Hintergrund	
Forschungsproblem	<p>Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist? Die Problemstellung ist klar geschildert. Es wird erläutert, dass Entscheidungen zur lebensverlängernden Behandlung komplex sind und dass die Rolle von Krankenhauspflegern in der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making, SDM) nicht ausreichend erforscht wurde.</p> <p>Wurde das „phenomenon of interest“ beschrieben? Die Rolle von Pflegepersonal im SDM wurde explizit beschrieben.</p>
Forschungsfrage(n) und Ziel(e)	<p>Ist/Sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Die Forschungsfrage ist klar formuliert: Wie nehmen Pflegepersonen im KH-Setting ihre aktuelle und potenzielle Rolle in der SDM wahr, und welche Voraussetzungen sind für ihre Beteiligung erforderlich?</p> <p>Ist das Ziel/Sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet? Die Zielsetzung ist eindeutig auf die Problemstellung ausgerichtet: Untersuchung der Wahrnehmung von Pflegern zur SDM und der Bedingungen, die ihre Teilnahme beeinflussen.</p>
Aufarbeitung des Forschungsstandes	<p>Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Die Studie stellt relevante aktuelle Forschungserkenntnisse zur Thematik dar und diskutiert die vorhandene Literatur zu SDM und der Rolle von Pflegern. Es wurden Forschungsergebnisse von 1997 bis 2019 für die Einführung in das Thema verwendet.</p> <p>Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Zentrale Begriffe wie "Shared Decision-Making" und "life-prolonging treatment" werden beschrieben.</p> <p>Ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Die Literaturübersicht ist strukturiert und systematisch dargestellt.</p> <p>Besteht ein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der aufgearbeiteten Forschungsliteratur und dem Forschungsproblem? Der Zusammenhang zwischen dem Forschungsstand und der Forschungsfrage ist nachvollziehbar.</p>
Empirischer Teil	
Design	<p>Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und wird es plausibel begründet? Das qualitative Design (semi-strukturierte Interviews) ist passend zur explorativen Forschungsfrage und wird begründet.</p>

Sample	<p>Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Ein- und Ausschlusskriterien werden klar benannt (z. B. mindestens ein Jahr Berufserfahrung, Arbeit mit Patienten in der palliativen Versorgung).</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Die Teilnehmer wurden gezielt aus verschiedenen Krankenhausumfeldern rekrutiert.</p> <p>Ist die Auswahlstrategie des Samples nachvollziehbar und begründet? Die Auswahlstrategie ist nachvollziehbar und begründet (maximale Variation hinsichtlich Arbeitsumfeld und Berufserfahrung).</p>
Datenerhebung	<p>Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage bzw. zur Erfassung des betreffenden Phänomens geeignet? Die verwendeten semi-strukturierten Interviews sind geeignet, um die Forschungsfrage zu beantworten.</p> <p>Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Die Vorgehensweise der Datenerhebung (Aufzeichnung, Transkription, Analyse mit thematischer Analyse) ist detailliert beschrieben.</p> <p>Wird die Studie mit den übereinstimmenden Vorgaben des jeweiligen Ansatzes (z. B. Grounded Theory) methodisch stringent durchgeführt? Die methodische Durchführung folgt den Prinzipien qualitativer Forschung und ist methodisch konsequent. Die Studie nutzt themenbasierte Analyse (thematic analysis) als methodischen Ansatz, um die gewonnenen Daten systematisch zu strukturieren und auszuwerten. Dieser Ansatz ist besonders geeignet für explorative Forschungsfragen, da er es ermöglicht, wiederkehrende Muster und Themen aus qualitativen Daten herauszuarbeiten. Die Analyse wurde von zwei Forschern unabhängig durchgeführt, um Verzerrungen zu vermeiden und die Reliabilität der Ergebnisse zu erhöhen. Zudem wurden Member Checks durchgeführt, um die Validität der Ergebnisse durch die Rückmeldung der Teilnehmer zu sichern. Die methodische Umsetzung ist konsistent mit etablierten qualitativen Forschungsstandards und gewährleistet eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit.</p>
Ethische Diskussion	<p>Wurden die Teilnehmer*innen vollständig informiert („informed consent“)? Die Teilnehmer wurden vollständig informiert, und eine schriftliche Einwilligung wurde eingeholt.</p> <p>Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer*innen aufgezeigt? Schutzmaßnahmen für die Teilnehmer werden benannt.</p> <p>Wurden die Teilnehmer*innen vor möglichen Schäden geschützt? Die Studie stellt sicher, dass keine physischen oder psychischen Schäden entstehen.</p> <p>Wurde die Anonymität der Teilnehmer*innen gewahrt? Anonymität und Vertraulichkeit der Teilnehmer wurden gewahrt.</p> <p>Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt? Ein Ethikvotum wurde von der Medizinischen Ethikkommission ausgestellt.</p>
Datenanalyse	<p>Werden die zur Analyse der Daten eingesetzten Strategien beschrieben? Sind sie nachvollziehbar? Die Strategien zur Datenanalyse (themenbasierte Analyse) sind beschrieben und nachvollziehbar.</p> <p>Werden Aussagen zur Berücksichtigung von Gütekriterien qualitativer Forschung getroffen? Die Studie diskutiert Gütekriterien qualitativer Forschung (z. B. Member Checking, Kodierungsabstimmung zwischen Forschern).</p>
Ergebnisteil	
Ergebnisdarstellung	<p>Werden das Sample und sein Kontext ausreichend beschrieben? Die Beschreibung des Samples (z. B. Alter, Arbeitsumfeld, Erfahrung) ist detailliert.</p> <p>Ist die Ergebnisdarstellung verständlich und nachvollziehbar? Die Ergebnisse sind klar und nachvollziehbar dargestellt.</p> <p>Wird das betreffende Phänomen ausreichend beschrieben? Das Phänomen der Beteiligung von Pflegern in SDM wird differenziert beschrieben.</p>

	<p>Konnte die Forschungsfrage beantwortet werden? Die Forschungsfrage wird durch die Ergebnisse beantwortet.</p>
Diskussion und Schlussfolgerung	
Diskussion und Schlussfolgerung	<p>Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt (wird darauf Bezug genommen, was bereits über das Phänomen bekannt ist)? Die Diskussion stellt einen Bezug zum theoretischen Hintergrund und zur bestehenden Forschung her.</p> <p>Welchen Beitrag zur Theorie- bzw. Konzeptentwicklung über das betreffende Phänomen leistet die Arbeit? Die Studie identifiziert drei Hauptrollen von Pflegern in SDM: Qualitätskontrolle der Entscheidung, Ergänzung der SDM und Unterstützung der SDM. Diese differenzierte Betrachtung hilft, die konkrete Funktion von Pflegern in Entscheidungsprozessen besser zu verstehen und theoretisch einzuordnen. Sie zeigt, dass Pfleger durch ihre enge Patientenbeziehung eine Schlüsselrolle dabei spielen können, individuelle Patientenpräferenzen in den Entscheidungsprozess einzubringen. Das entwickelte Modell von Pflegerrollen in SDM könnte als Grundlage für zukünftige theoretische Modelle zur interdisziplinären Entscheidungsfindung dienen.</p> <p>Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Praxis: Einführung strukturierter Maßnahmen zur besseren Einbindung von Pflegern in Entscheidungsprozesse, Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit und Nutzung digitaler Tools zur Kommunikation. Ausbildung: Implementierung von Schulungen zu SDM, ethischen Fragestellungen und Gesprächsführung in die Pflegeausbildung sowie interdisziplinäre Lehrveranstaltungen mit Medizinstudenten. Forschung: Erweiterung der Studie auf weitere medizinische Fachbereiche, Evaluierung der Auswirkungen von SDM-Trainings für Pfleger sowie langfristige Studien zur Implementierung von SDM und deren Einfluss auf Patientenoutcomes.</p> <p>Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt? Die Limitationen der Studie (z. B. Fokus auf Onkologie, mögliche Verzerrungen durch Selbstselektion der Teilnehmer) werden transparent diskutiert.</p>
Literaturverzeichnis	
Literaturangaben	<p>Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Alle Quellen werden korrekt zitiert und sind wissenschaftlichen Standards entsprechend angegeben.</p> <p>Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell? Die Literaturliste ist umfassend und enthält über 40 Publikationen. Es wurde auch aktuelle Forschungsliteratur einbezogen, der Hauptteil der verwendeten Literatur stammt aus den Jahren 2000-2019.</p>

Langbeleg:

Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleider, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe. Recherchieren-Bewerten-Erstellen* (1. Aufl.). facultas

Einschätzung qualitativer Studien nach Mayer et al. (2021, S. 147-148)

What do stakeholders need to implement shared decision making in routine cancer care? A qualitative needs assessment

Evamaria Müller, Pola Hahlweg and Isabelle Scholl, 2016, Deutschland

Abschnitt	Fragen zur Einschätzung der methodischen Qualität
Einleitung/Hintergrund	
Forschungsproblem	<p>Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist? Es wird dargelegt, aus welchen Gründen SDM von Relevanz ist, welche Herausforderungen sich bei der Implementierung ergeben und warum diese häufig nicht erfolgreich ist.</p> <p>Wurde das „phenomenon of interest“ beschrieben? Ja, das zentrale Untersuchungsphänomen – nämlich die Bedürfnisse und Anforderungen der Stakeholder zur Implementierung von SDM im klinischen Alltag – wird thematisiert.</p>
Forschungsfrage(n) und Ziel(e)	<p>Ist/Sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Die Forschungsfragen sind klar erkennbar und lauten: Welche Bedürfnisse haben die verschiedenen Interessensgruppen für die Umsetzung von SDM? Welche Maßnahmen fördern die Umsetzung von SDM?</p> <p>Ist das Ziel/Sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet? Ja, die Zielsetzung der Studie steht in direktem Zusammenhang mit der Problemstellung. Da es um die Implementierung der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM) im klinischen Alltag geht, konzentriert sich die Studie darauf, herauszufinden, was Stakeholder für eine erfolgreiche Umsetzung benötigen. Dies adressiert direkt die identifizierte Herausforderung, dass SDM zwar empfohlen, aber nicht konsequent angewandt wird.</p>
Aufarbeitung des Forschungsstandes	<p>Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Ja, die Studie bezieht sich auf aktuelle wissenschaftliche Arbeiten und Erkenntnisse zur Implementierung von SDM. Es wird auf bisherige Forschungsergebnisse eingegangen, die die Barrieren und Förderfaktoren für SDM untersuchen.</p> <p>Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Ja, zentrale Begriffe wie „Shared Decision Making“ werden erläutert.</p> <p>Ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Die Literaturübersicht wirkt systematisch und gut strukturiert.</p> <p>Besteht ein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der aufgearbeiteten Forschungsliteratur und dem Forschungsproblem? Die aufgearbeitete Literatur steht in direktem Zusammenhang mit dem Forschungsproblem. Es erfolgt eine Erläuterung der bereits vorhandenen Erkenntnisse sowie der noch bestehenden Forschungslücken, deren Schließung durch die vorliegende Studie angestrebt wird.</p>
Empirischer Teil	
Design	<p>Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und wird es plausibel begründet? Im Rahmen der Untersuchung wurde ein qualitatives Design angewandt, welches beispielsweise durch Interviews oder Fokusgruppen repräsentiert wird. Diese Vorgehensweise erweist sich als sinnvoll, da sie eine tiefere Explorationsmöglichkeit der Erfahrungen und Meinungen der Stakeholder ermöglicht.</p>

Sample	<p>Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Es wurden keine Ein- und Ausschlusskriterien genannt.</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Die Studie wurde in Kooperation mit dem Tumorzentrum der Universität Hamburg durchgeführt. Die Rekrutierung der Teilnehmer fand in den beiden Standorten des Universitätsklinikums statt. Die Teilnehmer*innen wurden teilweise direkt oder indirekt (über Vorgesetzte) via E-Mail angeschrieben. Angehörige und Patienten*innen wurden unmittelbar auf den Stationen und Ambulanzen rekrutiert.</p> <p>Ist die Auswahlstrategie des Samples nachvollziehbar und begründet? Die Auswahlstrategie wird beschrieben, basiert aber auf einer Gelegenheitsstichprobe, was eine gewisse Verzerrung bedeuten könnte.</p>
Datenerhebung	<p>Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage bzw. zur Erfassung des betreffenden Phänomens geeignet? Fokusgruppen und Interviews sind angemessene Methoden für die Forschungsfrage.</p> <p>Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Der Ablauf der Datenerhebung ist nachvollziehbar beschrieben.</p> <p>Wird die Studie mit den übereinstimmenden Vorgaben des jeweiligen Ansatzes (z. B. Grounded Theory) methodisch stringent durchgeführt? Die methodische Durchführung folgt den Prinzipien qualitativer Forschung und ist methodisch konsequent. Die Studie nutzt Prinzipien der konventionellen Inhaltsanalyse als methodischen Ansatz, um die gewonnenen Daten systematisch zu strukturieren und auszuwerten. Dieser Ansatz ist besonders geeignet für explorative Forschungsfragen, da er es ermöglicht, wiederkehrende Muster und Themen aus qualitativen Daten herauszuarbeiten. Die Analyse wurde von zwei Forschern unabhängig durchgeführt, um Verzerrungen zu vermeiden und die Reliabilität der Ergebnisse zu erhöhen. Zudem wurden statistische Berechnungen durchgeführt, um die Daten zu ergänzen. Die methodische Umsetzung ist konsistent mit etablierten qualitativen Forschungsstandards und gewährleistet eine hohe Transparenz und Nachvollziehbarkeit.</p>
Ethische Diskussion	<p>Wurden die Teilnehmer*innen vollständig informiert („informed consent“)? Es erfolgte eine schriftliche Einholung des „informed consent“ nach einer Information der Studienteilnehmer*innen mittels Informationsfolder.</p> <p>Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer*innen aufgezeigt? Die Fokusgruppeninterviews wurden in homogenen Gruppen durchgeführt, um den Teilnehmer*innen Sicherheit zu gewährleisten und negative Konsequenzen für ihre Aussagen im beruflichen Kontext zu vermeiden.</p> <p>Wurden die Teilnehmer*innen vor möglichen Schäden geschützt? Kosten für Parken und Anreise der Studienteilnehmer*innen wurden übernommen.</p> <p>Wurde die Anonymität der Teilnehmer*innen gewahrt? Die Daten wurden anonymisiert.</p> <p>Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt? Die Studie orientiert sich an der Deklaration von Helsinki und es wurde zusätzlich ein Votum der Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg eingeholt.</p>
Datenanalyse	<p>Werden die zur Analyse der Daten eingesetzten Strategien beschrieben? Sind sie nachvollziehbar? Es wurde zur Analyse der Daten „Content Analysis nach Hsieh & Shannon“ benutzt. Das Vorgehen bei der Analyse der Daten scheint nachvollziehbar und wurde ausreichend beschrieben.</p> <p>Werden Aussagen zur Berücksichtigung von Gütekriterien qualitativer Forschung getroffen? Ja, die Codierung erfolgt unabhängig von zwei Forschern*innen und wurde dann gegengeprüft. Die Daten wurden anonymisiert.</p>

Ergebnisteil	
Ergebnisdarstellung	<p>Werden das Sample und sein Kontext ausreichend beschrieben? Das Sample wird in seiner Zusammensetzung ausreichend beschrieben (Alter, Geschlecht, Berufserfahrung).</p> <p>Ist die Ergebnisdarstellung verständlich und nachvollziehbar? Die Ergebnisse sind klar dargestellt und gut nachvollziehbar.</p> <p>Wird das betreffende Phänomen ausreichend beschrieben? Das Phänomen der Implementierung von SDM wird aus sich der Steakholder differenziert beschrieben.</p> <p>Konnte die Forschungsfrage beantwortet werden? Die Forschungsfrage wird durch die Ergebnisse beantwortet.</p>
Diskussion und Schlussfolgerung	
Diskussion und Schlussfolgerung	<p>Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt (wird darauf Bezug genommen, was bereits über das Phänomen bekannt ist)? Die Diskussion stellt einen Bezug zum theoretischen Hintergrund und zur bestehenden Forschung her.</p> <p>Welchen Beitrag zur Theorie- bzw. Konzeptentwicklung über das betreffende Phänomen leistet die Arbeit? Die Studie liefert praxisnahe Erkenntnisse über Barrieren und Förderfaktoren von SDM in der Onkologie.</p> <p>Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? Es werden Empfehlungen für die Praxis ausgesprochen, wie etwa Kommunikationstrainings für Mediziner*innen oder Anpassung der Informationsbroschüren für Patienten*innen.</p> <p>Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt? Die Autoren*innen erörtern folgende Limitationen, die sich aus der Gewinnung der Stichprobe ergeben. Zwar wurde eine Zufallsstichprobe gewählt, jedoch ist es möglich, dass es zu einer Verzerrung gekommen ist. Dieser Umstand lässt sich damit erklären, dass einige Teilnehmer*innen von ihren Vorgesetzten aufgefordert wurden, sich zu beteiligen, oder dass sich vermehrt Teilnehmer*innen meldeten, die ein besonderes Interesse an dem Thema hatten. Die Autoren*innen merken an, dass die Teilnehmerzahl in zwei Fokusgruppen geringer als sieben war.</p>
Literaturverzeichnis	
Literaturangaben	<p>Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Die Literatur ist korrekt zitiert und wissenschaftlichen Standards entsprechend</p> <p>Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell? Es wurden 24 Quellen angegeben, die älteste Quelle stammt aus 2001 und es wurden Quellen bis 2016 eingeschlossen.</p>

Langbeleg:

Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleider, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe. Recherchieren-Bewerten-Erstellen* (1. Aufl.). facultas

Barriers and Promoters to Participation in the Era of Shared Treatment Decision-Making

Sarah P. McCarter, Joseph D. Tariman, Nadia Spawn, Enisa Mehmeti, Jessica Bishop-Royse, Ima Garcia, Lisa Hartle & Katharine Szubski; USA; 2016

Abschnitt	Fragen zur Einschätzung der methodischen Qualität
Einleitung/Hintergrund	
Forschungsproblem	<p>Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist? Ja, die Ausgangslage wurde klar geschildert: Die Autoren*innen verdeutlichen, dass zwar SDM als dominantes Modell im Gesundheitswesen gilt, jedoch die Perspektive der Pflegekräfte bisher kaum erforscht wurde, obwohl sie eine zentrale Rolle im Entscheidungsprozess spielen. Daraus ergibt sich nachvollziehbar die Problemstellung, nämlich die Identifikation von Barrieren und Förderfaktoren für die Beteiligung von Pflegefachpersonen im onkologischen SDM-Prozess</p> <p>Wurde das „phenomenon of interest“ beschrieben? Ja, es geht klar um Barrieren und Förderfaktoren bei der Beteiligung an SDM.</p>
Forschungsfrage(n) und Ziel(e)	<p>Ist/Sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Die vorliegende Studie zielt darauf ab, die Hindernisse und Förderfaktoren für die Partizipation von Pflegepersonal an Entscheidungsprozessen über onkologische Behandlungsmaßnahmen im Kontext des SDM-Prozesses zu identifizieren.</p> <p>Ist das Ziel/Sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet? Ja, das Ziel der Studie – nämlich die Identifikation von Barrieren und Promotoren für die Beteiligung von Pflegekräften am SDM-Prozess in der Onkologie – ist direkt und klar auf die zuvor dargestellte Problemstellung ausgerichtet. Es schließt an die Lücke in der bisherigen Forschung an und greift die Relevanz der Pflegeperspektive im Entscheidungsprozess gezielt auf.</p>
Aufarbeitung des Forschungsstandes	<p>Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Ja, mehrere Studien und Reports zum Thema SDM werden einbezogen.</p> <p>Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Teilweise. Zentrale Begriffe wie „Barrier“ oder „Empowerment“ werden verwendet, aber nicht ausführlich theoretisch fundiert.</p> <p>Ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Die Aufarbeitung des Forschungsstandes erfolgt in narrativer Weise, was dem explorativen Charakter qualitativer Forschung entspricht.</p> <p>Besteht ein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der aufgearbeiteten Forschungsliteratur und dem Forschungsproblem? Ja, der Zusammenhang ist durchgängig gegeben.</p>
Empirischer Teil	
Design	<p>Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und wird es plausibel begründet? Ja, ein qualitatives Design mit Grounded Theory ist für die Erfassung subjektiver Perspektiven sehr passend und gut begründet.</p>
Sample	<p>Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Onkologisches Pflegepersonal das Erfahrung mit SDM hat.</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Der Prozess der Rekrutierung wurde mittels einschlägiger Fachverbände initiiert, welche mittels E-Mail ihre Mitglieder kontaktierten. Nach abhalten von 30 Interviews konnte eine Datensättigung erreicht werden.</p> <p>Ist die Auswahlstrategie des Samples nachvollziehbar und begründet? Die vorliegende Untersuchung zeigt eine Orientierung an der für qualitative Forschung typischen Sampling-Logik (gezielte Auswahl relevanter Gruppen).</p>

Datenerhebung	<p>Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage bzw. zur Erfassung des betreffenden Phänomens geeignet? Halbstrukturierte Interviews sind eine geeignete Methode zur Erfassung subjektiver Erfahrungen.</p> <p>Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Ja, die Durchführung und der Ablauf der Interviews sind beschrieben.</p> <p>Wird die Studie mit den übereinstimmenden Vorgaben des jeweiligen Ansatzes (z. B. Grounded Theory) methodisch stringent durchgeführt? Ja, Grounded Theory wird sowohl in der Erhebung als auch Analyse konsistent umgesetzt.</p>
Ethische Diskussion	<p>Wurden die Teilnehmer*innen vollständig informiert („informed consent“)? Es wurde von allen Teilnehmer*innen der „informed consent“ schriftlich eingeholt.</p> <p>Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer*innen aufgezeigt? Ja, z. B. durch Anonymisierung und sensible Gesprächsführung.</p> <p>Wurden die Teilnehmer*innen vor möglichen Schäden geschützt? Es wurde darauf hingewiesen, dass keine Risiken für die Teilnehmenden bestanden.</p> <p>Wurde die Anonymität der Teilnehmer*innen gewahrt? Ja, alle Angaben wurden anonymisiert.</p> <p>Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt? Ja, ein Ethikvotum liegt vor.</p>
Datenanalyse	<p>Werden die zur Analyse der Daten eingesetzten Strategien beschrieben? Sind sie nachvollziehbar? Die vorliegende Analyse orientiert sich an den Prinzipien der Grounded Theory, wobei eine offene Kodierung und eine thematische Verdichtung Anwendung finden.</p> <p>Werden Aussagen zur Berücksichtigung von Gütekriterien qualitativer Forschung getroffen? Der vorliegende Forschungsprozess ist unter anderem durch die Methode des Peer-Reviews sowie die Verwendung von Reflexivität und der Anwendung von Kodierung durch mehrere Forscher*innen charakterisiert.</p>
Ergebnisteil	
Ergebnisdarstellung	<p>Werden das Sample und sein Kontext ausreichend beschrieben? Ja, es gibt Angaben zu Alter, Ausbildungsgrad, Ethnizität, sozioökonomischem Hintergrund, Berufserfahrung etc.</p> <p>Ist die Ergebnisdarstellung verständlich und nachvollziehbar? Ja, die Ergebnisse sind in Themenbereiche gegliedert und gut verständlich dargestellt.</p> <p>Wird das betreffende Phänomen ausreichend beschrieben? Es erfolgt eine ausführliche Erläuterung sowohl der Barrieren als auch der Förderfaktoren.</p> <p>Konnte die Forschungsfrage beantwortet werden? Ja, die Ergebnisse liefern differenzierte Antworten auf die Forschungsfrage.</p>

Diskussion und Schlussfolgerung	
Diskussion und Schlussfolgerung	<p>Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt (wird darauf Bezug genommen, was bereits über das Phänomen bekannt ist)? Ja, in der Diskussion der Studie von McCarter et al. (2016) wird klar auf den theoretischen Hintergrund und bestehende Forschung Bezug genommen. Die Autoren verweisen auf zentrale Konzepte des Shared Decision Making (z. B. Modell nach Charles et al., 1997/1999) und betten ihre Ergebnisse in die bestehende Literatur ein, etwa zu Barrieren und Förderfaktoren der Beteiligung von Pflegekräften, wodurch der aktuelle Wissensstand aufgegriffen und erweitert wird.</p> <p>Welchen Beitrag zur Theorie- bzw. Konzeptentwicklung über das betreffende Phänomen leistet die Arbeit? Die Studie leistet einen bedeutsamen Beitrag zur Konzeptentwicklung des SDM im onkologischen Pflegekontext, indem sie erstmals spezifische Barrieren und Förderfaktoren aus Sicht von Pflegekräften und Pflegeexperten*innen systematisch identifiziert. Sie erweitert bestehende Theorien, indem sie neue kontextspezifische Konzepte wie: "nursing voice", institutionelle und administrative Hürden & Einfluss von Wissensstand und persönlicher Wertschätzung für SDM in den Diskurs einführt. Damit differenziert sie die Rolle der Pflege im SDM-Prozess feiner als bisherige Modelle, die oft auf ärztliche Perspektiven fokussiert waren.</p> <p>Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? <i>Für die Praxis:</i> Es wird empfohlen, die Rolle der Pflegekräfte im SDM anzuerkennen und aktiv zu fördern, z. B. durch den Aufbau starker interprofessioneller Teams und durch administrative Unterstützung. <i>Für die Lehre:</i> Die Autoren fordern mehr Aus- und Weiterbildung zu SDM-Kompetenzen und krankheitsspezifischem Wissen, um Pflegekräfte gezielter für Entscheidungsprozesse zu befähigen. <i>Für die Forschung:</i> Sie schlagen vor, ein Messinstrument zur SDM-Kompetenz von Pflegekräften zu entwickeln und weitere Studien zur Rolle von Nurse Practitioners in verschiedenen Versorgungssettings durchzuführen.</p> <p>Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt? Die Rekrutierung der Teilnehmer*innen erfolgte über einschlägige Verbände. Es kann angenommen werden, dass die Kohorte nicht repräsentativ ist, obwohl verschiedene Ausbildungsstufen vertreten sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Pflegepersonen, die in solchen Verbänden aktiv sind, sich wahrscheinlich bereits vertieft in der Materie auskennen und tätig sind.</p>
Literaturverzeichnis	
Literaturangaben	<p>Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Die Literatur ist korrekt zitiert und wissenschaftlichen Standards entsprechend</p> <p>Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell? Ja, sie umfasst relevante Literatur bis zum Zeitpunkt der Veröffentlichung. Es wurden 31 Quellen angegeben, es wurden Quellen von 1997-2015 eingeschlossen.</p>

Langbeleg:

Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe. Recherchieren-Bewerten-Erstellen* (1. Aufl.). facultas

Einschätzung qualitativer Studien nach Mayer et al. (2021, S. 147-148)

Oncology Nuring and Shared Decision Making for Cancer Treatment

Joseph D. Tariman, Enisa Mehmeti, Nadia Spawn, Sarah P. McCarter, Jessica Bishop-Royse, Ima Garcia, Lisa Hartle & Katharine Szubski; USA; 2016

Abschnitt	Fragen zur Einschätzung der methodischen Qualität
Einleitung/Hintergrund	
Forschungsproblem	<p>Wurde die Ausgangslage so geschildert, dass die Problemstellung klar ist? Die Problemstellung (Rolle der Pflegefachpersonen im SDM-Prozess bei Krebspatient*innen) ist klar und nachvollziehbar dargestellt.</p> <p>Wurde das „phenomenon of interest“ beschrieben? Das Phänomen des SDM wird deutlich beschrieben.</p>
Forschungsfrage(n) und Ziel(e)	<p>Ist/Sind die Forschungsfrage(n) klar erkennbar und präzise formuliert? Die Forschungsfrage – die Rolle der Pflegekräfte im SDM-Prozess – ist klar formuliert.</p> <p>Ist das Ziel/Sind die Ziele auf die Problemstellung ausgerichtet? Das Ziel der Studie (Beschreibung dieser Rolle) ist konsistent mit der Problemstellung.</p>
Aufarbeitung des Forschungsstandes	<p>Werden aktuelle Forschungserkenntnisse zur betreffenden Thematik dargestellt? Der aktuelle Forschungsstand wird über eine Literaturübersicht zusammengefasst.</p> <p>Werden die verwendeten Begrifflichkeiten konzeptuell definiert? Wichtige Begriffe wie SDM werden konzeptuell erklärt.</p> <p>Ist die Literaturübersicht in strukturierter und systematischer Weise dargestellt? Die Literatur wird eher narrativ als systematisch dargestellt, aber inhaltlich sinnvoll.</p> <p>Besteht ein nachvollziehbarer Zusammenhang zwischen der aufgearbeiteten Forschungsliteratur und dem Forschungsproblem? Ein klarer Bezug zwischen Literatur und Forschungsfrage ist gegeben.</p>
Empirischer Teil	
Design	<p>Passt das Design zur Forschungsfrage und zu den Zielen und wird es plausibel begründet? Ein qualitatives, deskriptives Design mit semistrukturierten Interviews ist passend und begründet.</p>
Sample	<p>Wurden Ein- und Ausschlusskriterien genannt? Einschlusskriterien (aktive Pflegekräfte in der Onkologie) sind erkennbar, Rekrutierung erfolgte über E-Mail-Verteiler.</p> <p>Wie wurden die Teilnehmer*innen rekrutiert? Der Prozess der Rekrutierung wurde mittels einschlägiger Fachverbände initiiert, welche mittels E-Mail ihre Mitglieder kontaktierten. Nach Abhalten von 30 Interviews konnte eine Datensättigung erreicht werden.</p> <p>Ist die Auswahlstrategie des Samples nachvollziehbar und begründet? Die vorliegende Untersuchung zeigt eine Orientierung an der für qualitative Forschung typischen Sampling-Logik (gezielte Auswahl relevanter Gruppen).</p>

Datenerhebung	<p>Sind die gewählten Methoden zur Beantwortung der Forschungsfrage bzw. zur Erfassung des betreffenden Phänomens geeignet? Halbstrukturierte Interviews sind eine geeignete Methode zur Erfassung subjektiver Erfahrungen.</p> <p>Ist die Vorgehensweise der Datenerhebung nachvollziehbar? Ja, die Durchführung und der Ablauf der Interviews sind beschrieben.</p> <p>Wird die Studie mit den übereinstimmenden Vorgaben des jeweiligen Ansatzes (z. B. Grounded Theory) methodisch stringent durchgeführt? Ja, die Studie wurde methodisch stringent im Sinne eines qualitativen, deskriptiven Ansatzes mit inhaltlicher (directed content) Analyse durchgeführt. Die Interviewführung war semistrukturiert, alle Interviews wurden standardisiert durch eine einzige Person durchgeführt, transkribiert, und mit Hilfe eines Qualitätskontrollierten Codierungsverfahrens (NVivo, Konsensbildung im Team, mind. 80% Übereinstimmung) ausgewertet – das entspricht den methodischen Anforderungen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Hsieh & Shannon (2005).</p>
Ethische Diskussion	<p>Wurden die Teilnehmer*innen vollständig informiert („informed consent“)? Es wurde von allen Teilnehmer*innen der „informed consent“ schriftlich eingeholt.</p> <p>Werden Vorgehensweisen zum Schutz der Teilnehmer*innen aufgezeigt? Ja, z. B. durch Anonymisierung.</p> <p>Wurden die Teilnehmer*innen vor möglichen Schäden geschützt? Es wurde darauf hingewiesen, dass keine Risiken für die Teilnehmenden bestanden.</p> <p>Wurde die Anonymität der Teilnehmer*innen gewahrt? Ja, alle Angaben wurden anonymisiert.</p> <p>Wurde das Votum einer Ethikkommission eingeholt? Ja, ein Ethikvotum liegt vor.</p>
Datenanalyse	<p>Werden die zur Analyse der Daten eingesetzten Strategien beschrieben? Sind sie nachvollziehbar? Die Analyse erfolgte mittels directed content analysis nach Hsieh & Shannon (2005) – gut beschrieben und nachvollziehbar.</p> <p>Werden Aussagen zur Berücksichtigung von Gütekriterien qualitativer Forschung getroffen? Die Studie berücksichtigt zentrale Gütekriterien qualitativer Forschung wie Konsistenz (Reliabilität) durch einheitliche Interviewführung und ein codiertes Auswertungsverfahren mit hoher Interrater-Reliabilität (mind. 80 %). Auch Vertrauenswürdigkeit (Credibility) wird gesichert, indem mehrere Codierende beteiligt waren und ein systematischer Vergleich der Daten erfolgte.</p>
Ergebnisteil	
Ergebnisdarstellung	<p>Werden das Sample und sein Kontext ausreichend beschrieben? Ja, es gibt Angaben zu Alter, Ausbildungsgrad und Berufserfahrung.</p> <p>Ist die Ergebnisdarstellung verständlich und nachvollziehbar? Die Ergebnisse sind durch Zitate und tabellarische Übersichten sehr gut nachvollziehbar.</p> <p>Wird das betreffende Phänomen ausreichend beschrieben? Das Phänomen (Rolle der Pflegekräfte im SDM) wird differenziert dargestellt.</p> <p>Konnte die Forschungsfrage beantwortet werden? Die Forschungsfrage wird umfassend beantwortet.</p>

Diskussion und Schlussfolgerung	
Diskussion und Schlussfolgerung	<p>Wird in der Diskussion ein Bezug zum theoretischen Hintergrund hergestellt (wird darauf Bezug genommen, was bereits über das Phänomen bekannt ist)? Die Diskussion stellt einen Bezug zur Theorie und bisherigen Studien her.</p> <p>Welchen Beitrag zur Theorie- bzw. Konzeptentwicklung über das betreffende Phänomen leistet die Arbeit? Die Studie leistet einen Beitrag zur theoretischen Weiterentwicklung der Pflege im SDM-Kontext.</p> <p>Werden Empfehlungen für Praxis, Lehre und Forschung basierend auf den Resultaten der Studie abgegeben? <i>Für die Praxis:</i> Pflegekräfte sollten stärker in die Entscheidungsprozesse eingebunden und gezielt für ihre Rolle im SDM geschult werden, besonders in den Bereichen Patienten*innenaufklärung, Symptommanagement und Anwaltsfunktion. <i>Für die Lehre:</i> Es wird empfohlen, Weiterbildungsangebote zu SDM und krankheitsspezifischem Wissen zu schaffen, um die Handlungskompetenz von Pflegekräften zu stärken. <i>Für die Forschung:</i> Die Autoren fordern weitere Studien, insbesondere zur Differenzierung der Rollen von Pflegekräften und Pflegeexperten*innen (NPs) im onkologischen SDM-Prozess.</p> <p>Werden etwaige Limitationen der Studie aufgezeigt? Die Größe des Samples wird kritisch angemerkt., sowie die mangelnden Generalisierbarkeit aufgrund der Samplegröße.</p>
Literaturverzeichnis	
Literaturangaben	<p>Wurden alle Quellen nachvollziehbar und den wissenschaftlichen Kriterien entsprechend angegeben? Die Literaturangaben sind vollständig und wissenschaftlich korrekt.</p> <p>Ist die verwendete Literaturliste umfassend und aktuell? Die verwendete Literatur ist überwiegend aktuell und relevant für das Thema. Aber es wurden nur wenig Literatur verwendet, es werden 10 Quellen genannt, davon sind 3 Titel vom Studienautor Tariman selbst.</p>

Langbeleg:

Mayer, H., Raphaelis, S. & Kobleder, A. (2021). *Literaturreviews für Gesundheitsberufe. Recherchieren-Bewerten-Erstellen* (1. Aufl.). facultas

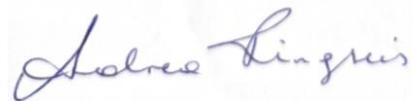
Eigenständigkeitserklärung Bachelorarbeit

Ich erkläre, dass ich diese Arbeit wissenschaftlich und eigenständig verfasst habe. Dazu habe ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet. Die Bachelorarbeit wurde auch noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt. Ich bestätige zusätzlich im Rahmen meiner Arbeit alle grundlegenden Anforderungen bezüglich Datenschutz eingehalten und nicht die Persönlichkeitsrechte fremder Personen verletzt zu haben.

Linz, am: 10.02.2025

Name: Andrea Ringseis

Unterschrift:

A handwritten signature in blue ink that reads "Andrea Ringseis". The signature is written in a cursive style with a clear, legible font.