

# Palliative Care – Praxisumsetzung und Herausforderung von Pflegefachpersonen:

Eine Querschnittstudie zur Überprüfung der Konstruktvalidität zweier Selbst-Einschätzungsinstrumente.

<sup>1</sup>Prof. Dr. André Fringer, MScN; <sup>2</sup>Miriam Kesseli, MScN

<sup>1</sup>Institut für Angewandte Pflegewissenschaft IPW-FHS, FHS St.Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften;  
<sup>2</sup>Kantonsspital St. Gallen (KSSG)

## Hintergrund:

- Technologische Fortschritte, die demografische Entwicklung sowie der Anstieg chronisch kranker Menschen führten zu einem Mehrbedarf an palliativer Versorgung (Davidson, de Geest & Hill, 2010).
- Aufgrund lückenhafter palliativer Versorgung leiden Betroffene und Angehörige unnötig (Ahmed et al., 2004; Sanft & von Roenn, 2009; Teno et al., 2004).
- Konsequenz ist nicht nur fehlendes Wissen in der Praxis oder mangelnde Ausbildung sondern auch das Problem, Palliative Care adäquat in der Praxis umzusetzen (Ahmed et al., 2004; Glajchen & Bookbinder, 2001; Lynch et al., 2010).

## Problemstellung:

- Ziel der „Nationale Strategie Palliative Care“ ist es, Palliative Care mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereich zu verankern. Hierfür bedarf es geeigneter Instrumente, um die Herausforderungen von Palliative Care im Berufsalltag und die Umsetzbarkeit von theoretischem Wissen in der Praxis standardisiert zu erfassen (BAG, 2009).
- Für die systematische Erhebung von Umsetzungsschwierigkeiten und den Herausforderungen von Palliative Care, wurden in Japan die Palliative Care Praxisumsetzungsskala (PCPU) und das Palliative Care Herausforderungsassessment (PCHA) entwickelt (Nakazawa et al., 2010).
- Die beiden Instrumente (PCPU & PCHA) wurden wissenschaftlich in die deutsche Sprache übersetzt und müssen vor dem Einsatz in der Praxis validiert werden (Fringer & Kesseli, 2012).

## Ziel der Studie:

- Ziel der Studie war es, die Konstruktvalidität der deutschsprachigen PCPU und PCHA im Anschluss an einen wissenschaftlichen Übersetzungsprozess zu überprüfen.

## Methodik:

- Nach Abschluss der Vor- und Rückübersetzung wurden die beiden Instrumente in einem komparativen Querschnittsdesign in zwei Spitälern in der Schweiz getestet.
- Der Rücklauf aus der Gelegenheitsstichprobe betrug n=430 professionelle Pflegefachpersonen (53%). Die Daten wurden anschliessend digital aufbereitet und mit SPSS (Version 20) ausgewertet (siehe Abbildung 1).
- Eine explorative Faktorenanalyse mit Varimax Rotation wurde durchgeführt. Der Cronbach's Alpha wurde für jeden generierten Faktor berechnet, um die Reliabilität zu überprüfen.

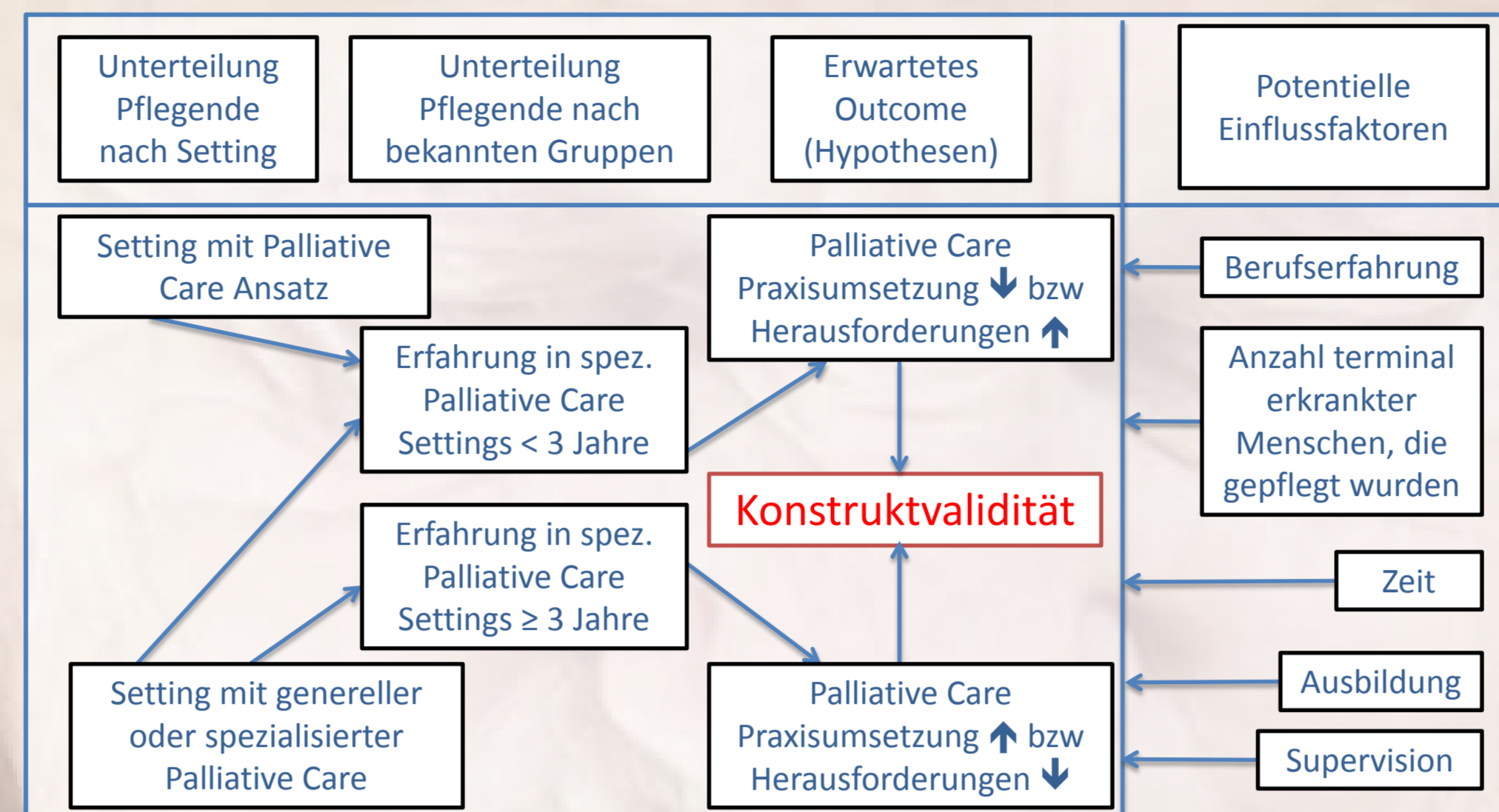


Abbildung 1: Konstruktvalidität

- Die Faktoren wurden anhand dem Prinzip bekannter Gruppen auf erwartete Unterschiede zwischen der Praxisumsetzung bzw. Schwierigkeiten von Palliative Care spezialisierte und nicht spezialisierte Pflegepersonen getestet.
- Die Beziehung zwischen Praxisumsetzung bzw. Herausforderungen und potentiellen Einflussfaktoren untersucht.
- Die Studie wurde im Vorfeld durch eine Kantonale Ethikkommission geprüft und die Bewilligung zur Durchführung erteilt.

Variable	Gesamt	Spital 1	Spital 2
<b>Geschlecht:</b>			
Frauen	n=394 (91.6%)	n=343 (91.2%)	n=51 (94.4%)
Männer	n=26 (6%)	n=24 (6.4%)	n=2 (3.7%)
<b>Alter:</b>			
≤ 29	154 (35.8%)	144 (38.3%)	10 (18.5%)
30-39	136 (31.6%)	120 (31.9%)	16 (29.6%)
40-49	76 (17.7%)	62 (16.5%)	14 (25.9%)
50-59	49 (11.4%)	37 (9.8%)	12 (22.2%)
≥ 60	5 (1.2%)	4 (1.1%)	1 (1.9%)
<b>Bildungsabschlüsse:</b>			
Höhere Fachschule	393 (91.4%)	344 (91.5%)	49 (90.7%)
Bachelor of Science	21 (4.9%)	19 (5.1%)	2 (3.7%)
HöFa 1	47 (10.9%)	28 (7.4%)	19 (35.2%)
Nachdiplomstud. HF	12 (2.8%)	4 (1.1%)	8 (14.8%)
Certificate of Adv. Stud.	2 (0.5%)	2 (0.5%)	-
Master of Adv. Stud.	4 (0.9%)	2 (0.5%)	2 (3.7%)
HöFa 2	1 (0.2%)	-	1 (1.9%)
Master of Science	-	-	-
Anderes	35 (8.1%)	27 (7.2%)	8 (14.8%)
<b>Berufserfahrung in palliativer Klinik in Jahren:</b>	$\bar{x}=1.85$ $SD=1.00$	$\bar{x}=1.0$ $SD=0.00$	$\bar{x}=2.33$ $SD=0.97$
keine	389 (90.5%)	364 (96.8%)	--
1-2	17 (4%)	12 (3.2%)	5 (9.3%)
3-4	6 (1.4%)	--	6 (11.1%)
5-9	8 (1.9%)	--	8 (14.8%)
10-14	2 (0.5%)	--	2 (3.7%)
<b>Anzahl terminaler Patienten in den letzten 12 Monaten:</b>	$\bar{x}=2.19$ $SD=0.73$	$\bar{x}=2.12$ $SD=0.61$	$\bar{x}=2.65$ $SD=1.17$
keine	39 (9.1%)	33 (8.8%)	6 (11.1%)
1-9	225 (52.3%)	209 (55.6%)	16 (29.6%)
10-49	74 (17.2%)	61 (16.2%)	13 (24.1%)
50-99	5 (1.2%)	2 (0.5%)	3 (5.6%)
≥ 100	7 (1.6%)	2 (0.5%)	5 (9.3%)
<b>Ausbildung in Palliativer Care:</b>			
keine	281 (65.3%)	267 (71%)	14 (25.9%)
Level A1	59 (13.7%)	48 (12.8%)	11 (20.4)
Level A2	28 (6.5%)	22 (5.9%)	6 (11.1%)
Level B1	30 (7%)	23 (6.1%)	7 (13%)
Level B2	15 (3.5%)	4 (1.1%)	11 (20.4%)
Level C	3 (0.7%)	1 (0.3%)	2 (3.7%)

Tabelle 1: Eigenschaften StudienteilnehmerInnen (Auszug)  
[Mittelwert= $\bar{x}$ ; Standardabweichung=SD]

## Ergebnisse

- Die Faktorenanalyse generiert sowohl bei der PCPU als auch PCHA vier Faktoren (siehe Tabelle 2). Die Reliabilität der Faktoren war zufriedenstellend bis gut.
- Im Vergleich zur Originalstudie zeigten die Kommunalitäten ein ähnliches Muster, allerdings anhand tieferer Werte.
- Je zwei Faktoren der PCPU und PCHA wiesen signifikante Unterschiede innerhalb der Gruppen von Pflegepersonen aus.
- Die lineare Regression wies signifikante Einflussfaktoren auf, die das Ergebnis möglicherweise verzerrten.

## Diskussion:

- Die Faktorenanalyse generiert weniger Faktoren als die Originalstudie. Die Zusammenstellung der Faktoren sowie die zugehörigen Items differieren stark.
- Die Verzerrung kann entweder auf den Übersetzungsprozess oder auf kulturelle Aspekte zurückgeführt werden. Es ist möglich, dass Palliative Care im untersuchten Kulturraum nicht dieselbe Bedeutung hat (Polit & Beck, 2007; Reuschenbach & Mahler, 2011).
- Auch die Skills und Grades der Berufsgruppe können zu kulturellen Unterschieden beitragen und somit die Ergebnisse verzerren.
- Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Skalen nur Teile des Konstrukts der Umsetzung und Herausforderung von Palliative Care in der Praxis messen.

Variablen	Standardisierte Korrelationskoeffizienten							
	PCPU Faktor 1	PCPU Faktor 2	PCPU Faktor 3	PCPU Faktor 4	PCHA Faktor 1	PCHA Faktor 2	PCHA Faktor 3	PCHA Faktor 4
Ausbildung+	0.060	0.027	0.101	0.016	0.064	0.194**	0.114	0.115
Berufserfahrung+	0.093	0.123*	0.141*	0.052	0.016	0.183**	0.020	0.040
Terminal Erkrankte+	0.117*	0.064	0.105	0.014	0.054	0.053	0.060	0.074
Supervision+	0.076	0.090	0.000	0.003	0.187**	0.188**	0.155**	0.082
Gentgend Zeit+	0.289**	0.336**	0.308**	0.282**	0.058	0.222**	0.007**	0.202**
Zeit hinder+	0.111	0.125	0.174**	0.026	0.049	0.025	0.018	0.097
Zeit fordert heraus+	0.032	0.020	0.020	0.007	0.133*	0.063	0.044	0.113
(* Modell 2)								
R <sup>2</sup> adjusted (1. Modell)	0.048	0.040	0.047	0.010	0.045	0.170	0.956	0.030
R <sup>2</sup> adjusted (2. Modell)	0.108	0.130	0.122	0.062	0.058	0.215	0.944	0.117
F-Wert (1. Modell)	5.159**	4.394**	5.030**	0.202	4.848**	17.685**	5.936**	3.543**
F-Wert (2. Modell)	5.421**	6.347**	5.996**	3.412**	3.234**	10.894**	4.145**	5.760**
Durban-Watson	1.572	1.905	1.804	1.982	1.963	1.843	1.939	2.018

\*\* Signifikant auf dem 0.01 Niveau (zweiseitig).  
\* Signifikant auf dem 0.05 Niveau (zweiseitig).

Anmerkung: Eigene Darstellung.

Tabelle 2: Standardisierte Korrelationskoeffizienten

## Limitationen:

- Die Selbsteinschätzung der Pflegeperson bzgl. Praxisumsetzung und Herausforderungen von Palliative Care können dem Hawthorne-Effekt unterliegen (Polit & Beck, 2007).
- Eine Regressionsanalyse zur Überprüfung von Ausreissern zur Testung einer Verzerrung konnte nicht durchgeführt werden (Field, 2009).

## Schlussfolgerung:

- Mit den beiden Skalen PCPU und PCHA liegen erstmalig deutschsprachige Instrumente zur Erhebung der Herausforderung und Umsetzung von Palliative Care im Alltag vor.
- Die beiden Skalen können zur Sensibilisierung der Praxis bzgl. Umsetzung und Herausforderung von Palliative Care unter Vorbehalt eingesetzt werden.

## Literatur:

Ahmed, N., Bestall, J. C., Ahmedzai, S. H., Payne, S. A., Clark, D., & Noble, B. (2004). Systematic review of the problems and issues of accessing specialist palliative care by patients, carers and health and social care professionals. *Palliative Medicine*, 18(6), 525-542.

Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2002). Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of Health Status Measures. Retrieved from <http://www.dash.uhn.on.ca/how-translate>

Becker, R. (2009). Palliative Care 1: principles of palliative care nursing and end-of-life care. *Nursing Times*, 105(13), 5-14-16.

Benner, P. (2012). *Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert* (D. Staudacher, Übers.). (2. Aufl.). Bern: Huber. (Originalwerk publiziert 2001)

Bühl, A. (2010). *Einführung in die moderne Datenanalyse*. München: Pearson Studium.

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2009). *Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012*. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/index.html?lang=de>

Bundesamt für Gesundheit (BAG). (2010). *Nationale Leitlinien Palliative Care*. Abgerufen von <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/10907/10974/index.html?lang=de>

Burns, B., & Grove S. K. (2009). *The practice of nursing research. Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed., international). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Caton, A. P., & Klemm, P. (2006). Introduction of novice oncology nurses to end-of-life care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 10(5), 604-608.

Davidson, P. M., de Geest, S., & Hill, M. N. (2010). Nurses addressing the challenges of chronic illness: form primary to palliative care. *College*, 17(1), 43-45.

Elliott, J., & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: The last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326(7379), 30-34.

Elo, S., & Knygäs, H. (2007). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.

Eychmüller, S. (2008). *Versorgungsstrukturen Palliative Care Schweiz*. Abgerufen von [http://www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/fachwelt/E\\_Standards/versorgungsstrukturen\\_de.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/fachwelt/E_Standards/versorgungsstrukturen_de.pdf)

Ferris, F. D., von Gunten, C. F., & Emanuel L. L. (2001). Knowledge: Insufficient for change. *Journal of Palliative Medicine*, 4(2), 145-147.

Ferrel, B. R., Dahlin, C., Campbell, M. L., Paice, J. A., & Virani, R. (2007). End-of-life nursing education consortium (ELNEC) Training Program: Improving palliative care in critical care. *Critical Care Nursing Quarterly*, 30(3), 206-212.

Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS*. London: Sage.

Fringer, A. (2013a). *Übersetzung und Validierung der Palliative Care Self-Reported Practices Scale*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Fringer, A. (2013b). *Übersetzung und Validierung der Palliative Care Difficulties Scale*. Unveröffentlichtes Manuskript.

Fringer, A., & Kesseli, M. (2012, November). *Übersetzung und Validierung der Palliative Care Praxisumsetzungsskala (PCPU) und des Palliative Care Herausforderungsassessment (PCHA)*. Posterpräsentation am Nationalen Palliative Care Kongress 2012, Biel. ... weitere Literatur ist bei den Autoren erhältlich ...