

# **Bachelorarbeit**

## **PFLEGEABHÄNGIGKEIT IN DER PALLIATIVPFLEGE**

*Entwicklung des Pflegebedarfs im Krankheitsverlauf von  
Palliativpatientinnen und Palliativpatienten:  
Von der Diagnose zur End-of-Life-Care*

eingereicht von

**PACHLER MARIA**

zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von  
Gerhilde Schüttengruber, MSc, BSc

Graz, 8. März 2018

## Eidesstaatliche Erklärung

---

„Ich, Pachler Maria, erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.“

Graz, am 8. März 2018

Pachler Maria, eh.

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>EIDESSTAATLICHE ERKLÄRUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>3</b>
<b>TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>3</b>
<b>KURZFASSUNG</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>1 EINLEITUNG</b> .....	<b>6</b>
1.1 PALLIATIVE CARE .....	6
1.2 PFLEGEABHÄNGIGKEIT .....	9
1.3 RELEVANZ DES THEMAS .....	12
<b>2 ZIEL UND FORSCHUNGSFRAGE</b> .....	<b>12</b>
<b>3 METHODE</b> .....	<b>13</b>
3.1 FLOWCHART .....	14
3.2 ÜBERSICHT DER VERWENDETEN STUDIEN .....	15
<b>4 ERGEBNISSE</b> .....	<b>18</b>
4.1 VERLAUF DER PFLEGEABHÄNGIGKEIT UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER PSYCHISCHEN FAKTOREN .....	19
4.2 VERLAUF DER PFLEGEABHÄNGIGKEIT UNTER BERÜCKSICHTIGUNG DER KÖRPERLICHEN SYMPTOME .....	21
4.3 VERLAUF DER PFLEGEABHÄNGIGKEIT IN DER „END-OF-LIFE-CARE“ .....	25
<b>5 DISKUSSION</b> .....	<b>27</b>
5.1 STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER ARBEIT .....	31
<b>6 SCHLUSSFOLGERUNG</b> .....	<b>31</b>
6.1 EMPFEHLUNG FÜR DIE PRAXIS .....	31
6.2 EMPFEHLUNG FÜR DIE FORSCHUNG .....	32
<b>7 REFERENZEN</b> .....	<b>33</b>
<b>8 ANHANG - BEWERTUNGSBÖGEN</b> .....	<b>35</b>

## Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 3-1 Flowchart .....	14
Abbildung 5-1 Darstellung des Verlaufes der Pflegeabhängigkeit.....	30

## Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 3.2-1 Übersicht über die verwendeten Studien .....	15
Tabelle 4.2-1 Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdeinschätzung bezüglich des Pflegebedarfs von Patientinnen und Patienten. ....	24

## Kurzfassung

---

**Hintergrund:** Aufgrund der demografischen Entwicklung und dem Anstieg der Lebenserwartung kommt es zu einer Erhöhung der Pflegebedürftigkeit. Das Bedürfnis der Autonomie ist für Palliativpatientinnen und Palliativpatienten von großer Bedeutung. Um die Selbstständigkeit dieser Patientengruppe erhalten oder fördern zu können, bedarf es einer ständigen Beobachtung, Dokumentation sowie Evaluierung der Selbstfürsorgedefizite in deren Krankheitsverlauf.

**Ziel:** Ziel dieser Arbeit ist es, den Verlauf der Pflegeabhängigkeit von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten von der Diagnose bis zur End-of-Life-Care abzubilden, um einen frühzeitig auftretenden Pflegebedarf erkennen und dementsprechend entgegenwirken zu können.

**Methode:** Um die Forschungsfrage zu beantworten, wurde eine Literaturrecherche von Oktober 2017 bis Jänner 2018 mithilfe der Datenbanken PUBMED und CINAHL durchgeführt. Studien, welche die Einschlusskriterien erfüllten, wurden zur Beantwortung der Forschungsfrage analysiert und mithilfe eines Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) kritisch bewertet.

**Ergebnis:** Studien zeigen, dass zu Beginn einer lebensbedrohlichen Erkrankung die Symptome noch nicht so ausgeprägt sind und wenig bis kein Pflegebedarf besteht. Der Verlauf der Pflegeabhängigkeit unterliegt Schwankungen, welche auf die Art der Erkrankung, den sich daraus resultierenden Symptomen, das individuelle Befinden und auf das soziale Umfeld zurückzuführen sind. Der Verlauf zeigt eine mit dem Fortschreiten der Erkrankung steigende Tendenz der Pflegebedürftigkeit.

**Schlussfolgerung:** Durch den sich verändernden und schwankenden Verlauf der Pflegeabhängigkeit ist eine laufende Überprüfung des Pflegebedarfs von großer Bedeutung. Eine ständige Beobachtung der sich verändernden Symptome und der individuellen Bedürfnisse von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten muss erfolgen, um eine optimale Unterstützung gewährleisten zu können. Das Ziel der Pflege, die Selbstständigkeit der Patientinnen und Patienten zu erhöhen, ist in der Palliativpflege umstritten. Es kann zu einem erhöhten Druck auf die zu Pflegenden führen, wobei sich die Schwierigkeit um Hilfe zu bitten erhöht. Das Resultat kann der Verzicht auf eine eigentlich gewünschte Pflege sein.

## Abstract

---

**Background:** Demographic developments and the rise in life expectancy have led to an increase in the need for care. The desire for autonomy is important to palliative patients. In order to maintain or promote the independence of this group of patients, it is necessary to constantly monitor, document and evaluate the self-care deficits in the progression of their illness.

**Aim:** The aim of this work is to show the progression of dependency of palliative care patients, from diagnosis to end-of-life care, in order to be able to recognize early self-care deficits and counteract them accordingly.

**Method:** In order to answer the research question, a literature review has been carried out from October 2017 to January 2018 with the support of the databases PUBMED and CINAHL. Studies that met the inclusion criteria have been analysed to answer the research question and have been critically evaluated by using the evaluation form by Hawker et al. (2002).

**Result:** Studies show that at the beginning of a life-threatening disease, the symptoms are usually low and there is zero to little need for care. The progression of the dependency on nursing care is subject to fluctuations due to the type of illness, the resulting symptoms, the individual's state of health and the social situation. It shows an increasing tendency of need for nursing care as the disease progresses.

**Conclusion:** A continuous reviews of self-care deficits is of great importance since the level of dependency of palliative patients on outside help changes and fluctuates. Constant observation of the changing symptoms and individual needs of palliative care patients must be carried out in order to give optimized ongoing support. The goal of nursing care to increase the independence of patients is controversially debated in palliative care. It can lead to increased pressure on the patients, increasing the difficulty of asking for help. This can result in the loss of a desired nursing activity.

# 1 Einleitung

---

Es gab in Österreich im Jahr 2015 rund 455.000 Menschen, die ständig auf Pflege angewiesen waren. Durch die steigende Lebenserwartung und die demografische Entwicklung ist jedoch mit einer weiteren Erhöhung des Pflegebedarfs in den kommenden Jahren zu rechnen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2015). Ein großes Unterstützungspotenzial stellen die nächsten Verwandten dar. Alltägliche Hilfeleistungen werden zu fast 80 – 90% von Familienangehörigen, vor allem von der Ehepartnerin oder dem Ehepartner sowie von den Kindern, geleistet. Im Allgemeinen nehmen Angehörige erst bei einer starken Zunahme der Pflegebedürftigkeit und zunehmender Überlastung Hilfe von professionellen Pflegekräften in Anspruch. Daraus lässt sich schließen, dass bei einer Steigerung der Pflegebedürftigkeit auch eine vermehrte Entlastung durch professionelle Teams notwendig wird (Hassler & Görres 2005, p. 34).

Durch einen Anstieg der Pflegebedürftigkeit nimmt die Möglichkeit selbstbestimmt zu leben ab und die Abhängigkeit von Unterstützung nimmt zu. Die Autonomie wird so zu einer übergroßen Belastung (Knipping 2007, p. 133). Ein Grundwert der Palliative Care ist unter anderem die Selbstständigkeit. Jedoch ist es oft

- die Angst vor einem Kontrollverlust,
- die Angst eine Belastung für Angehörige zu sein,
- die Angst vor der Krankheit und die daraus folgende Schwäche sowie auch
- die Angst vor einer totalen Pflegeabhängigkeit,

welche die Möglichkeiten für ein lebenswertes Altern verschließen (Palliative Care und Organisationsethik 2014). Die Auseinandersetzung mit diesen Ängsten ist somit eine wichtige Aufgabe der Palliativbetreuung (Knipping 2007, p. 308).

## 1.1 Palliative Care

Mithilfe der Hospizbewegung, welche im Mittelalter ihren Ursprung findet, wurden die heutigen gesetzlichen Bestimmungen für sterbende Menschen geformt und bestimmt (Lauster et al. 2014, p. 264). Hospize (vom lateinischen Wort „hospitium“ = Gastfreundschaft/Herberge) wurden damals von Reisenden als Schutz,

Geborgenheit, Hilfe bzw. Stärkung sowie Pflege genutzt, wenn diese es körperlich nicht mehr schafften, ihren Weg fortzusetzen (Dachverband Hospiz Österreich 2017).

Aufgrund der geringen medizinischen Versorgung bis in das 19. Jahrhundert wurde nicht die Heilung einer Erkrankung angestrebt, sondern vielmehr die Linderung von Leiden. Ein Paradigmenwechsel trat mit der Entdeckung der Antibiotika und Einführung moderner Anästhesie, Radio- und Chemotherapien ein. Die Möglichkeit eine Krankheit zu heilen wurde immer größer und wurde so als eigentliche Aufgabe der Medizin betrachtet. Durch den hohen Pflegebedarf, anfallende Kosten sowie die Notwendigkeit von speziellen Techniken wurde unheilbar Kranken und Sterbenden wenig Beachtung geschenkt. Dies erforderte einen Paradigmenwechsel, der sich mit Bedürfnissen kranker und sterbender Menschen beschäftigte (Feichtner 2014, p. 21). Die Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin Cicely Saunders hat einen wesentlichen Beitrag dazu geleistet. Durch ihren multiprofessionellen Hintergrund erkannte sie, dass Sorgen und Ängste von Patientinnen und Patienten nicht nur von der Sichtweise einer einzigen Disziplin betrachtet bzw. behandelt werden können. So wurden das multiprofessionelle Team sowie eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu zentralen Charakteristiken.

Heute wird das „Hospiz“ oft als eine Art Sterbehaus angesehen oder damit verglichen. Jedoch ist damit kein Gebäude, sondern eine Bewegung gemeint. Diese hat zum Ziel, Sterbenden bis zuletzt ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen (Lauster et al. 2014, p. 265).

Die Entwicklung von der Hospizbewegung zu Palliative Care erfolgte in den verschiedenen Ländern je nach kulturellen, sozialen und gesundheitssystemischen Bedingungen (Knipping 2007, p. 27). 1975 etablierte Balfour Mount, ein kanadischer Arzt, den Begriff Palliative Care (vom lateinischen Wort „Pallium“ = schützender Mantel), um die Grundsätze der Hospizidee im Kontext eines Krankenhauses umzusetzen (Dachverband Hospiz Österreich 2017). Palliative Care ist somit heute ein ganzheitliches Betreuungskonzept für Patientinnen und Patienten, die unter einer lebensbedrohlichen Krankheit leiden. An erster Stelle stehen die Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen sowie die Hilfe bei psychologischen, sozialen oder seelsorgerischen Problemen (Lauster et al. 2014, p. 264).

In der Literatur ist folgende Definitionen zu finden:

#### PALLIATIVE CARE

Nach Definition der WHO und dem Zusatz von 2002 hat die Palliativmedizin folgende Definition: *„Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patientinnen oder Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“* (WHO 2017).

Ein wichtiger Teil der Palliative Care ist die End-of-Life-Care. Es ist damit eine weitere Unterstützung für Menschen, welche sich in den letzten Monaten ihres Lebens befinden, gemeint. Je nach Bedürfnis kann diese Pflege zu Hause, im Pflegeheim, im Hospiz oder in Krankenhäusern erfolgen (National Institute for Health and Care Excellence 2011). Der Begriff „End-of-Life-Care“ ist sehr schwer zu definieren, da eine Zeitperiode beschrieben wird, ohne den Beginn des Lebensendes nennen zu können (Knipping 2007, p. 35).

Eine Definition bietet das National Institute for Health and Care Excellence, welche besagt, dass sich Menschen am „Ende ihres Lebens“ befinden, wenn sie in den nächsten 12 Monaten versterben werden. Dazu zählen Menschen, deren Tod unmittelbar bevorsteht (innerhalb weniger Stunden oder Tage) und jene mit folgenden Zuständen:

- Fortgeschrittene, progressive und unheilbare Zustände,
- allgemeine Gebrechlichkeit und weitere Nebenerkrankungen,
- bestehende Zustände mit der Gefahr einer plötzlich auftretenden Krise, welche zum Tod führt,
- lebensbedrohliche Zustände, die durch akute katastrophale Ereignisse ausgelöst werden.

(National Institute for Health and Care Excellence 2011)

## 1.2 Pflegeabhängigkeit

Laut Literatur findet sich folgende Definition für **PFLEGEABHÄNGIGKEIT**:

Pflegeabhängigkeit ist ein Zustand, welcher durch Krankheit oder Behinderung eintreten kann. Er erstreckt sich von vorübergehender, langfristiger bis hin zur permanenten Pflegeabhängigkeit. Für die Pflege findet man die folgende Definition: *„Pflegeabhängigkeit ist ein Prozess, in dem professionelle Pflegenden einer Patientin oder einem Patienten, deren/dessen Selbstpflegefähigkeiten eingeschränkt sind, und deren/dessen Pflegebedarf sie/ihn zu einem bestimmten Grad abhängig macht, Unterstützung bieten mit dem Ziel, die Unabhängigkeit zur Durchführung der Selbstpflege der Patientin und des Patienten wiederherzustellen“* (Lohrmann 2003).

Jeder Mensch ist normalerweise in der Lage gewisse Bedürfnisse, die erfüllt werden müssen, selbstständig zu befriedigen. Jedoch kann dies aufgrund einer Krankheit oder anderer Umstände scheitern, und es bedarf einer Pflege. Es muss herausgefunden werden, was die Patientin oder der Patient braucht, bzw. was ihm fehlt (Kiefer 2002, p. 3 - 4). Pflegeinterventionen sollen frühzeitig gesetzt werden, um einen weiteren Verlust der Unabhängigkeit vorzubeugen. Dies erfordert eine genaue Festlegung, welche Art von Pflege angeboten wird und woraus diese bestehen soll. Um einen individuellen Pflegebedarf zu erkennen, braucht es eine umfassende Bewertung der Wirksamkeit der Pflegeinterventionen durch die Pflegekraft. Grundlage für das Erkennen von Veränderungen bezüglich des Pflegebedarfs ist das Verständnis über menschliche Bedürfnisse (Dijkstra, Buist & Dassen 1996).

Die Art von Bedürfnissen und deren Befriedigung ist individuell. Somit ermittelte Virginia Henderson (1964) 14 Grundbedürfnisse, welche ihrer Meinung nach für jeden Menschen grundlegend sind und auch die Aufgaben der Pflege umfassen. Diese sind:

- Normale Atmung
- Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Ausscheidung
- Bewegung und Körperhaltung
- Schlafen und Ausruhen

- An- und Auskleiden
- Körpertemperatur
- Körperpflege sowie Sauberkeit
- Vermeidung von Gefahren
- Kommunikation, der Ausdruck von Emotionen sowie Bedürfnisse und Ängste
- Beten nach dem eigenen Glauben
- Befriedigendes Arbeiten
- Alltagsaktivitäten zur sinnvollen Beschäftigung und Erholung
- Lernfähigkeit

(Henderson 1964)

Durch diese Auflistung können Komponenten der Grundversorgung messbar gemacht und der Grad der Pflegeabhängigkeit bestimmt werden (Lohrmann, Dijkstra & Dassen 2003). Um dem Patienten oder der Patientin bei diesen Aktivitäten zu helfen, benötigen Pflegekräfte fachliches Wissen aber auch soziale Eigenschaften. Weiters beschreibt Henderson, dass eine Pflegekraft während der Zeit der Abhängigkeit den Pflegebedarf zu befriedigen versucht. Dabei steht an erster Stelle jedoch der Gedanke, dass die Patientin oder der Patient möglichst bald wieder unabhängig ist. Bevor eine Handlung oder eine Tätigkeit von der Pflegekraft übernommen wird, stellt sie sich die Frage, welchen Teil die Patientin oder der Patient selbst durchführen kann. Eine Pflegekraft dient somit als Ersatz für das, was der Patientin oder dem Patienten fehlt. Für die grundlegende pflegerische Betreuung ist somit keiner, als die Pflege selbst zuständig. (Henderson 1964).

Um die Abhängigkeit oder die Unabhängigkeit von Patientinnen und Patienten bewerten zu können, gestaltete auch Nancy Roper zusammen mit Winifred Logan und Alison Tierney ein Pflegemodell anhand von 12 Aktivitäten des täglichen Lebens. Auf Englisch „Activities of Daily Living“ (ADL) genannt, umfasst das Pflegemodell folgende Fähigkeiten:

- Kommunizieren
- Atmen

- Essen und Trinken
- Ausscheiden
- sich sauber Halten und Kleiden
- Körpertemperatur Regulieren
- sich Bewegen
- Arbeiten und Spielen
- sich als Mann oder Frau fühlen und sich so verhalten
- Schlafen
- für eine sichere Umgebung sorgen
- Sterben

Es wird beschrieben, dass der Mensch in der Zeit von der Geburt bis hin zum Tod durch verschiedene Faktoren in seinen Lebensaktivitäten beeinflusst wird. So erreicht er einen gewissen und individuellen Grad an Abhängigkeit oder Unabhängigkeit. Roper nutzte den Begriff der Lebensaktivitäten, damit die aktive Rolle der zu Pflegenden betont wird und um einem möglichen Verständnisdefizit entgegenzuwirken. Pflege ist nur da nötig, wo Einschränkungen in einer oder auch mehreren Lebensaktivitäten vorliegen (Lauster et al. 2014, p. 99).

Ziel ist es für Pflegekräfte, dass Patientinnen und Patienten maximal unabhängig bleiben beziehungsweise werden. Voraussetzung dafür ist eine kontinuierliche und individuelle Bewertung der klinischen Situation (Roper 1975).

### 1.3 Relevanz des Themas

Trotz der Erkenntnis, dass die frühe Palliativpflege die Lebensqualität von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten verbessern kann, ist es noch unklar, wann genau ein Pflegebedarf für die Patientin oder den Patient entsteht (Beernaert et al. 2016). Ein Pflegebedarf führt dazu, dass Aktivitäten des täglichen Lebens schwieriger aber auch zeitraubender werden. Das Leben kann somit nicht mehr individuell gestaltet werden und die Autonomie der Patientinnen und Patienten nimmt ab (Eriksson & Andershed 2008).

Um die Lebensqualität von sterbenden Patientinnen und Patienten steigern zu können, ist ein verbessertes Verständnis über den im Krankheitsverlauf anfallenden Pflegebedarf notwendig (Eriksson & Andershed 2008). Es ist vor allem von großer Bedeutung, die individuelle Wahrnehmung der Patientin oder des Patienten bezüglich des Pflegebedarfs zu berücksichtigen, um optimale Prioritäten in der Pflege setzen zu können (Jejasingam et al. 2008). Dieses umfangreiche Wissen kann die Palliativpflege erweitern, um frühzeitig Verschlechterungen von Lebensaktivitäten erkennen zu können und dementsprechend zu handeln (Stabenau et al. 2015).

## 2 Ziel und Forschungsfrage

---

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Pflegeabhängigkeit von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten im Krankheitsverlauf abzubilden. Daraus ergibt sich die Frage, wie sich die Pflegeabhängigkeit im Krankheitsverlauf von der Diagnose bis hin zu End-of-Life-Care von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten entwickelt.

### 3 Methode

---

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und Cinahl durchgeführt. Die verwendeten Schlüsselwörter lauteten „*palliative care*“, „*terminal care*“, „*end of life care*“, „*care dependency*“ und „*nurse dependency*“. Neben der direkten Bedeutung wurden die Keywords auch als MeshTerms verwendet. Die genannten Suchbegriffe wurden mit den Booleschen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft.

Die Suche wurde auf englisch- und deutschsprachige Studien, die in den letzten 10 Jahren publiziert wurden, limitiert. Ausgeschlossen wurden Studien, die sich mit Säuglingen und Kindern, die palliativmedizinisch versorgt wurden, beschäftigen. Diese beiden Gruppen zeigen bereits einen vermehrten Pflegebedarf.

Das Flowchart in der Abbildung 5.1-1 veranschaulicht die Vorgehensweise der Auswahl der geeigneten Studien. Insgesamt wurden 601 Studien in den beiden Datenbanken gefunden. Nach dem Duplikat-, Titel- und Abstractscreening wurden 587 Studien ausgeschlossen. Das Volltextscreening wurde bei den 14 übrig gebliebenen Studien durchgeführt. Insgesamt waren 8 Studien thematisch nicht für die Beantwortung der Forschungsfrage passend und wurden somit ausgeschlossen. Zusätzlich wurden zwei weitere Studien, welche durch eine Handsuche in Google und Referenzlisten gefunden wurden, miteinbezogen. Somit wurden 8 Studien für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen und mit Hilfe des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002) kritisch beurteilt.

Die zu bewertenden Themen des Bewertungsbogens sind:

- Abstrakt und Titel
- Einleitung und Ziele
- Methode und Daten
- Sampling
- Datenanalyse
- Ethik und Bias
- Ergebnisse
- Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit
- Implikation und Nutzbarkeit

Diese Bereiche wurden mithilfe einer Punkteskala von 0 – 4 beurteilt. Die einzelnen Bewertungsbögen der verwendeten Studien sowie die genaue Beschreibung der Punkteverteilung sind im Anhang angeführt.

### 3.1 Flowchart

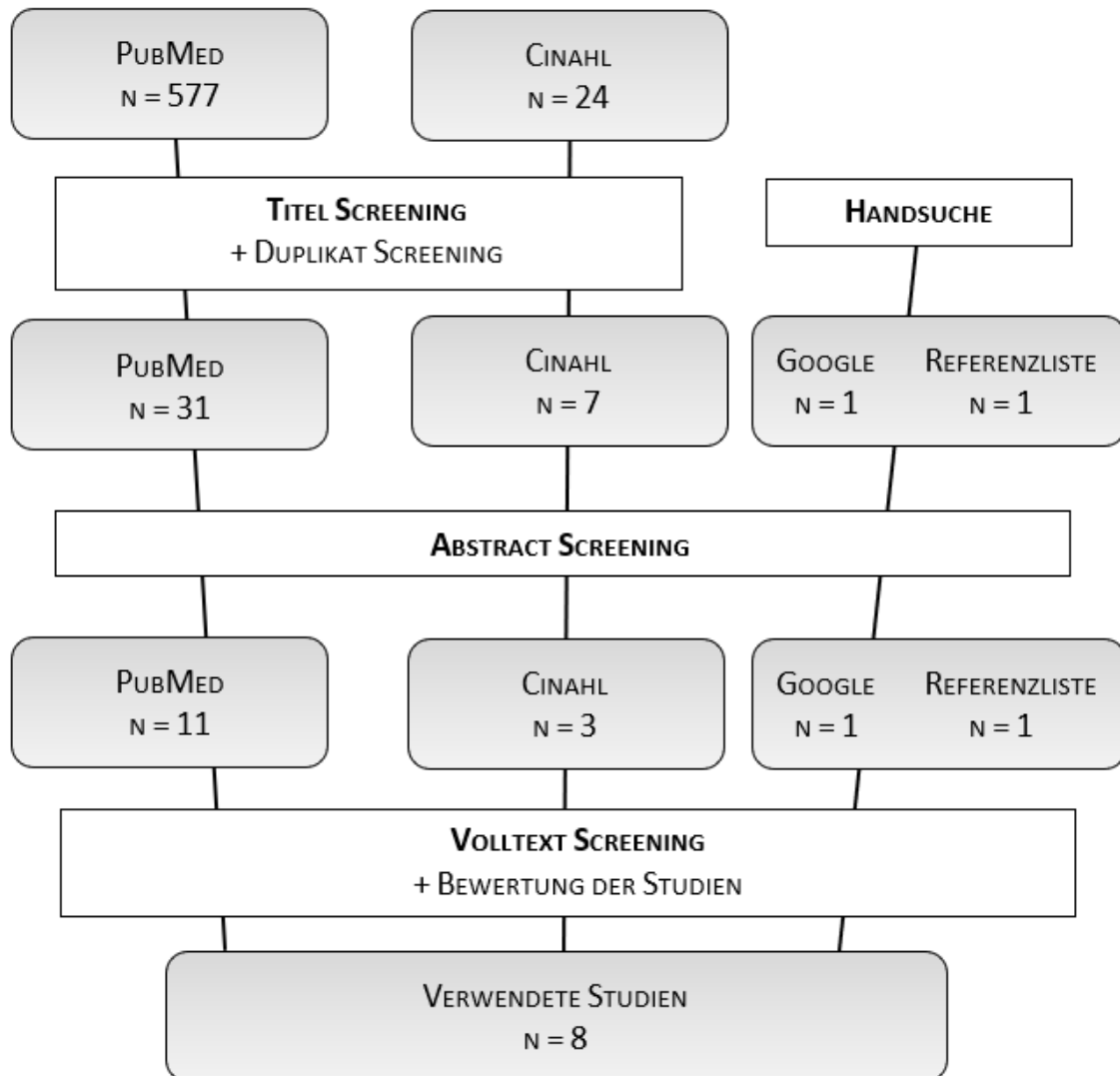


Abbildung 3-1 Flowchart

## 3.2 Übersicht der verwendeten Studien

Tabelle 3.2-1 Übersicht über die verwendeten Studien

TITEL	JAHR	AUTOREN	ZIEL	METHODE	ERGEBNISSE
<b>Care Dependence</b> A struggle Toward Moments of Respite	2008	Eriksson M. Andershed B.	Erfahrungen von Menschen zu beschreiben, die in ihrer letzten Lebensphase auf andere angewiesen waren, sowie welche Erlebnisse diese Art der Abhängigkeit leichter oder schwieriger ertragen ließen.	<b>Qualitativ</b> , phänomeno- logisch, hermeneutisch  9 Patientinnen und Patienten	Es zeigt eine sich verändernde Einstellung zur Pflegebedürftigkeit im Verlauf einer Krankheit.
<b>Nursing care dependence in the experiences of advanced cancer inpatients</b>	2015	Piredda M. Bartirromo C. Capuzzo M. Matarese M. De Marins M.	Erfahrungen von Patienten mit fortgeschrittenem Krebs im Zusammenhang mit der Pflegeabhängigkeit im Krankenhausumfeld zu beschreiben, einschließlich der Faktoren, die von ihnen als Beitrag zur Verringerung oder Erhöhung dieser Abhängigkeit wahrgenommen werden.	<b>Qualitativ</b> , phänomeno- logisch sowie deskriptiver Ansatz  13 Patientinnen und Patienten	Das Gefühl der Pflegeabhängigkeit wird von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten unterschiedlich wahrgenommen. Das Bitten um Hilfe stellt oft eine große Belastung dar, wodurch ein gewisses Vertrauen zur Pflegekraft notwendig ist.
<b>Palliative care needs at different phases in the illness trajectory:</b> a survey study in patients with cancer	2016	Beernaert K. Pardon K. Van den Block L. Devroey D. De Laat M. Geboes K. Surmont V. Deliens L. Cohen J.	Pflegebedarf aufgelistet in drei verschiedenen Phasen einer Krebserkrankung.	<b>Quantitativ</b> , Querschnitt  375 Patientinnen und Patienten	Symptome der Erkrankung sowie der Pflegebedarf nehmen mit dem Verlauf der Erkrankung zu. Es wird ebenfalls der Wunsch nach einer verstärkten professionellen Unterstützung aufgezeigt.

TITEL	JAHR	AUTOREN	ZIEL	METHODE	ERGEBNISSE
<b>Befinden von Palliativpatienten im Verlauf einer spezialisierten ambulanten oder stationären Versorgung</b>	2012	Jansky M. Lindena G. Nauck F.	Den Zusammenhang von Befinden und der Symptombelastungen für stationäre und ambulante Palliativpatientinnen und Palliativpatienten aufzuzeigen.	<b>Quantitativ,</b> deskriptiv  2030 Patientinnen und Patienten (1616 stationär, 414 ambulant)	Bei einer ambulanten Versorgung treten die Angst sowie der höhere Hilfebedarf von der Familie in den Vordergrund. Fremdeinschätzungen ergaben jedoch, dass diese Probleme bei Patientinnen und Patienten mit einer stationären Behandlung schwerwiegender beurteilt werden.
<b>A prospective study of unmet activity of daily living needs in palliative care inpatients</b>	2008	Jeyasingam L. Agar M. Soares M. Plummer J. Carrow D.	Unerfüllte Aktivitäten des täglichen Lebens von Patienten und Pflegekräften in einer palliativmedizinischen Station zu bestimmen.	<b>Quantitativ,</b> Querschnitt  30 Patientinnen und Patienten sowie 30 Pflegekräfte	Der Bereich der Mobilität ist das häufigste genannte Thema, bei dem der Pflegebedarf höher als die tatsächliche Unterstützung ist.
<b>Functional Trajectories in the Year Before Hospice</b>	2015	Stabenau H. Morrison L. Gabbauer E. Leo-Summers L. Allore H. Gill T.	Pflegeabhängigkeit von Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern in deren letzten Lebensjahr abzubilden.	<b>Quantitativ,</b> prospektive Kohortenstudie  213 Patientinnen und Patienten	Der Verlauf des Pflegebedarfs wird in fünf Gruppen, je nach beginnender bzw. aktueller Pflegeabhängigkeit gegliedert, um so eine Tendenz darstellen zu können. Diese zeigen einen steigenden Verlauf auf.

<b>TITEL</b>	<b>JAHR</b>	<b>AUTOREN</b>	<b>ZIEL</b>	<b>METHODE</b>	<b>ERGEBNISSE</b>
<b>The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis</b>	2007	Boggatz T. Dijkstra A. Lohrmann C. Dassen T.	Eine allgemeingültige Bedeutung für Pflegebedürftigkeit zu identifizieren, welche sowohl für Pflegekräfte aber auch für die zu Pflegenden gültig ist.	<b>Literaturrecherche</b> , Konzeptanalyse	Es zeigen sich Differenzen zwischen Pflegebedürftigkeit, Funktionseinschränkungen sowie ungedeckten Bedürfnissen. Es ist von großer Bedeutung, diese Unterschiede zu erkennen und richtig interpretieren zu können.
<b>Clinical problems at the end of life in a Swedish population, including the role of advancing age and physical and cognitive function</b>	2008	Jakobsson E. Gaston-Johansson F. Öhlen J. Bergh I.	Ein verbessertes Verständnis über klinische Probleme am Lebensende einschließlich der Rolle des fortschreitenden Alters und dem daraus folgenden Zusammenhang mit körperlichem und/oder kognitivem Funktionsverlust.	<b>Qualitativ</b> , explorative Umfrage, retrospektive Überprüfungen von Sterbeurkunden  229 Personen	Die Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Angst oder Schlafprobleme stehen im Zusammenhang mit einer Pflegeabhängigkeit.

## 4 Ergebnisse

---

Im Laufe des Lebens leiden Menschen an Krankheiten, die Pflege erfordern. Wenn eine Krankheit unheilbar ist und das Leben sich dem Ende nähert, steigt oft die Pflegebedürftigkeit der Personen an. Sobald die Kontrolle über den eigenen Körper abnimmt, fühlen sich die Patientinnen und Patienten von ihrem eigenen Körper entfremdet. Das Resultat daraus ist eine Art Schamgefühl, welches sie gerne zu verbergen versuchen. Es kommt ein Gefühl der Hilflosigkeit auf, welches sich durch die Hilfe von professionellen Pflegekräften im eigenen Zuhause verstärkt (Eriksson & Andershed 2008). Diese Sichtweise wird von einer Studie von Piredda et al. (2015) näher ausgeführt. Patientinnen und Patienten erleben Abhängigkeit auf unterschiedliche Weise. Einige empfanden sie als eine negative Belastung und äußern, sich weniger frei zu fühlen. Im Gegensatz dazu wird sie von manchen Menschen positiv und als natürlicher Zustand gewertet. Diese Personen sehen eine Übernahme mancher Aktivitäten des täglichen Lebens als Erleichterung, fühlen sich ruhiger und emotional gelassener. (Piredda et al. 2015)

Patientinnen und Patienten beschreiben ebenfalls eine sich ändernde Einstellung zur Pflegebedürftigkeit im Verlauf ihrer Krankheit. Sie änderte sich von der frühen Einstellung, nicht von anderen Personen abhängig sein zu wollen bis hin zu der Einsicht, dass es ohne Hilfe nicht weitergehen kann. Es stellte sich als schwierig heraus, wenn eine Tätigkeit plötzlich nicht mehr selbstständig durchgeführt werden kann. Es war einfacher zu ertragen, wenn der Pflegebedarf konstant blieb (Eriksson & Andershed 2008).

Eine pflegeabhängige Person welche gewohnt ist, anderen zu helfen und sich selbst nicht als hilfsbedürftig ansieht, wird solch eine Abhängigkeit als schwierig empfinden. Diese Person wird die Bitte um Hilfe wahrscheinlich vermeiden. Auf der anderen Seite nehmen pflegebedürftige Personen, welche sich selbst nicht als pflegeabhängig sehen wollen oder können, ohne Rücksicht auf andere Patientinnen und Patienten vermehrt Hilfe in Anspruch. Beide Gruppen von Personen sind häufig unzufrieden und haben das Gefühl, nicht die erforderliche Pflege zu erhalten (Piredda et al. 2015).

Wenn es sich bei dieser Form der Abhängigkeit um eine subjektiv empfundene Bedingung handelt, bedeutet dies nicht, dass solche Wahrnehmungen im Allgemeinen einen pathologischen Charakter haben. Der richtige Weg um die tatsächliche Pflegebedürftigkeit herauszufinden, sind die Aussagen der Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger. Behauptungen von Pflegekräften können nicht die genaue Sichtweise des Pflegebedürftigen widerspiegeln oder beurteilen. (Boggatz et al. 2007).

#### 4.1 Verlauf der Pflegeabhängigkeit unter Berücksichtigung der psychischen Faktoren

Zu Beginn der Diagnosestellung haben die Palliativpatientinnen und Palliativpatienten oft kein stark ausgeprägtes Symptom, wodurch die Behandlung ambulant durchgeführt werden kann. Eine ambulant durchführbare Therapie setzt eine Versorgung im eigenen zu Hause voraus, welche meist von Familienangehörigen gewährleistet wird (Jansky, Lindena & Nauck 2012). Das häusliche Umfeld ist jedoch nicht immer für eine optimale Pflege eingerichtet und erfordert somit oft Hilfe von professionellen Pflegekräften. Patientinnen und Patienten, welche pflegebedürftig sind, haben zusätzlich Sorgen um die Gefühle ihrer Bezugspersonen, aber auch die Sorge, dass Angehörige schwierige und/oder unangenehme Arbeiten verrichten müssen und dies nicht bewältigen können (Eriksson & Andershed 2008).

Somit gibt es einen Zusammenhang zwischen körperlichen und sozialen Problemen, wobei deutlich die Überforderung der eigenen Familie aufgezeigt wird. Ist die nötige Hilfestellung bezüglich der Defizite vorhanden und im eigenen zu Hause gewährleistet, wirkt sich dies positiv auf das Befinden aus (Jansky, Lindena & Nauck 2012). Die Betreuungsbereitschaft von Angehörigen kann jedoch oft zu groß sein, was wiederum die Hilflosigkeit der Patientinnen oder der Patienten steigert. Dies stellt eine zusätzliche Belastung für sie da. Sie müssen auf Energiereserven zurückgreifen, um solche Spannungen bewältigen zu können. Pflege durch Angehörige bringt auch ein Gefühl der Schuld mit sich. Es beinhaltet einen starken Wunsch nach einer Art Rückzahlung oder Gegenleistung (Eriksson & Andershed 2008).

Durch weiterführende palliativmedizinische Therapien können vermehrt Symptome und mehrere Selbstfürsorgedefizite entstehen. Aufgrund von körperlichen Symptomen kommt es oft zu einer stationären Aufnahme. Zu Beginn geben die Patientinnen und Patienten meist ein schlechtes bis sehr schlechtes Befinden an (Jansky, Lindena & Nauck 2012).

Der Verlauf des Tages in einem Krankenhaus muss an die Verfügbarkeit der Pflegepersonen angepasst werden. Patientinnen und Patienten schilderten Möglichkeiten, wie die Hilfe von Pflegepersonen verringert werden kann. Als Beispiel wurde genannt, dass sie auf das tägliche Duschen verzichteten. Die Abhängigkeit erforderte, dass immer Menschen zur Verfügung stehen mussten, was wiederum die Spontanität der Patientinnen und Patienten stark einschränkte. Auch die Möglichkeit, allein zu sein, nahm stark ab (Eriksson & Andershed 2008).

Die Kontrolle darüber, wann und welche Form der Pflege geleistet wird, war grundlegend für die teilnehmenden Personen. Es stellte sich heraus, dass es nicht einfach ist, Pflege abzulehnen, welche für die Betreuerin oder für den Betreuer als notwendig empfunden wird. Ist das Vertrauen zu der Pflegeperson nicht vorhanden, wurde versucht, selbstständig Tätigkeiten zu übernehmen oder sich Hilfe von anderen Personen zu holen. Pflegende waren oft nicht in der Lage, Selbstfürsorgedefizite der Patientinnen und Patienten zu erkennen und/oder die erforderliche Hilfe zu leisten. Im Krankenhaus gibt es meist einen festgelegten Arbeitsplan, und es wird in hohem Tempo gearbeitet. Somit ergeben sich oft weniger Möglichkeiten, um Hilfe zu bitten. Im Grunde wird vermittelt, dass Patientinnen und Patienten unabhängiger sein sollen, was wiederum dazu führt, dass sie ganz auf die Hilfe verzichten und Versorgungsmängel ignorieren. (Eriksson & Andershed 2008).

Mit dem Verlauf der stationären Betreuung änderte sich die Einstellung der Patientinnen und Patienten zum Positiven. Zudem kann die Symptombelastung, welche durch die Behandlung beherrscht wird, stationär besser verringert werden. (Jansky, Lindena & Nauck 2012). Die Nähe zu anderen Menschen erleichterte das Gefühl der Pflegeabhängigkeit. Durch den Austausch über Sorgen oder Erkenntnisse am Lebensende wird die Verbundenheit zwischen den Pflegenden und den zu Pflegenden gestärkt. Ebenfalls kann der Kontakt mit anderen schwer

kranken Menschen hilfreich sein, um Gedanken oder Ängste austauschen zu können (Eriksson & Andershed 2008).

Für Pflegekräfte ist die Erfüllung des erforderlichen Pflegebedarfs der Patientinnen und Patienten eine gewisse Routine und wird auch von manchen Hilfsbedürftigen so empfunden. Das Bitten um Hilfe, sei es von Angehörigen oder Pflegekräften, wird als Belastung angesehen und ist oft für die Patientinnen und Patienten sehr unangenehm. Die erste Hürde ist es zu lernen, sich dem Betreuer zu öffnen und ohne Schamgefühl um Unterstützung bitten zu können (Piredda et al. 2015).

Veränderungen in den Fähigkeiten und der körperlichen Leistungsfähigkeit ergaben auch eine Abweichung der Ansicht von Zeit und Leben. Das Bewusstsein, einen Zeitmangel aufgrund einer Erkrankung zu haben, wird im Krankheitsverlauf verändert. Materielle Dinge geraten eher in den Hintergrund und verlieren an Bedeutung. Eher sind es emotionale Taten, welche wichtig für Patientinnen und Patienten sind. Die Kompetenz und Erfahrung einer Pflegekraft ermöglichen es den zu pflegenden Personen erst, sich in deren Hände zu begeben. Das Gefühl trotz schwerer Krankheit geborgen und gut aufgehoben zu sein, schafft eine liebevolle Beziehung zu Pflegekräften. Persönlich gekannt zu werden, schafft ebenso eine zwischenmenschliche Beziehung (Piredda et al. 2015).

## 4.2 Verlauf der Pflegeabhängigkeit unter Berücksichtigung der körperlichen Symptome

Um einen Verlauf der Pflegeabhängigkeit messen zu können, ist es wichtig, dass die Bedeutung von Pflegeabhängigkeit für Pflegekräfte und Patientinnen oder Patienten gleichermaßen gültig ist. Es kann zu Missverständnissen kommen, indem beide Seiten eine andere Problematik aufzeigen. Dies kann eine optimale Pflege beeinträchtigen (Boggatz et al. 2007). Funktionseinschränkungen oder ungedeckte Bedürfnisse werden oft mit Abhängigkeit gleichgesetzt. Es ist zu beachten, dass Pflegebedürftigkeit im Wesentlichen nur den tatsächlichen Bedarf an Unterstützung widerspiegeln soll. (Boggatz et al. 2007). Sämtlicher Hilfebedarf bei Aktivitäten des täglichen Lebens werden von Pflegekräften oft höher eingeschätzt als Patientinnen und Patienten es tatsächlich empfinden (Jansky, Lindena & Nauck 2012). Der Bedarf an Hilfestellung ist individuell und nicht für jede Patientin oder jeden

Patienten im selben Maße gültig. Funktionseinschränkungen, welche für die Pflegekräfte sichtbar sind führen also nicht zwangsläufig zu einer Pflegebedürftigkeit, welche eine Hilfestellung benötigt. Den Umständen entsprechend und im Verlauf der Erkrankung werden verschiedene Selbstversorgungsdefizite von Patientinnen und Patienten selbst erkannt, welche Unterstützung benötigen (Boggatz et al. 2007).

Eine Querschnittstudie (Beernaert et al. 2016) liefert weitere Ergebnisse über den Verlauf der Pflegeabhängigkeit bezüglich der Aktivitäten des täglichen Lebens. Dabei wurde die Art der Erkrankung, das Stadium oder die Behandlung außer Acht gelassen, um einen Vergleich darstellen zu können. Für die Erhebung der Daten wurden zwei Fragebögen, jeweils für die Patientinnen und Patienten und der behandelnden Onkologin oder den behandelnden Onkologen, herangezogen. Die Ärztin oder der Arzt wurde gebeten, die Patientin oder den Patienten je nach Behandlung in Gruppen zu kategorisieren und klinische Fragen zu beantworten. Der Fragebogen für die Gruppe der Patientinnen und Patienten beinhaltete zum einen die Frage, für welchen Zweck professionelle Pflege in Anspruch genommen wird, und ob sie sich mehr Hilfe oder Aufmerksamkeit von Pflegekräften wünschen.

Bei der Diagnosestellung wird oft mit einer kurativen Behandlung gestartet. Es wird verdeutlicht, dass zu Beginn wenig Hilfe von professioneller Betreuung in Anspruch genommen wird. Am häufigsten wird die Hilfe aufgrund der körperlichen Einschränkung benötigt. Über 61% der Befragten gaben an, Hilfe von professionellen Pflegekräften für Aktivitäten des täglichen Lebens zu benötigen (Beernaert et al. 2016). Bereiche der Mobilität, die nicht mehr ohne Unterstützung ausgeführt werden können, wie das Stiegen steigen oder das Duschen, werden von Patientinnen und Patienten genannt (Jejasingam et al. 2008). Auf die Frage, ob eventuell mehr Mithilfe benötigt wird, gaben fast 9% der Befragten an, zu wenig Unterstützung bezüglich des körperlichen Pflegebedarfs zu erlangen. Im Vergleich dazu wird jedoch aufgezeigt, dass der Wunsch nach emotionaler Unterstützung bei dieser Gruppe am stärksten ist (Beernaert et al. 2016).

Symptome wie Schwäche, Appetitmangel, Müdigkeit oder Übelkeit nahmen im Verlauf der Erkrankung zu, wobei oft auf eine weitere Behandlung zur Symptomkontrolle zurückgegriffen wird (Jansky, Lindena & Nauck 2012). Umso stärker die Symptome werden, desto mehr körperliche Hilfe wird in Anspruch

genommen, und der Pflegebedarf steigt. 74% der Befragten gaben an, weitere körperliche Unterstützung zu benötigen, wobei über 13% sich weitere Hilfe wünschen. Ein professionelles Team wurde in dieser Gruppe auch verstärkt für soziale Funktionen beansprucht. Der Wunsch nach einer verstärkten emotionalen Hilfe bleibt von Anfang an der größte (Beernaert et al. 2016).

Schluckstörungen und die Harninkontinenz zeigten eine Korrelation mit der Verschlechterung der körperlichen aber auch kognitiven Funktionen (Jakobsson et al. 2008). Die Fähigkeit, Aktivitäten des täglichen Lebens durchzuführen, ist ein wichtiges Ziel für Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Krankheit und hat auch Auswirkungen auf Arbeit, Beziehungen, Sozial- und Familienleben sowie den Verlauf der Pflegeabhängigkeit (Jejasingam et al. 2008).

Um zu verdeutlichen, dass Pflegekräfte und Patientinnen oder Patienten oft eine differenzierte Meinung oder Einschätzung über unerfüllte Aktivitäten des täglichen Lebens haben, untersuchte eine Querschnittsstudie von Jejasingam et al. (2008) dieses Thema. Über 16 Wochen wurden 30 Pflegekräfte sowie 30 Palliativpatientinnen und Palliativpatienten mithilfe eines vorgefertigten Fragebogens befragt. Das Interview dauerte etwa 20 bis 40 Minuten wobei anschließend die Ergebnisse dokumentiert und analysiert wurden.

Die meist genannten Aktivitäten des täglichen Lebens, welche nicht ohne Unterstützung ausgeführt werden können, sind in der Tabelle 4.2-1 aufgelistet. Die Antworten der Pflegekräfte sowie der Patientinnen und Patienten sind separat in Prozentsätzen dargestellt.

Unter Transfer wird zum Beispiel das In-und-aus-dem-Bett-steigen verstanden. Dieser Bereich unterscheidet sich somit vom Transport, welcher sich mit eher größeren Distanzen beschäftigt.

Tabelle 4.2-1 Gegenüberstellung von Selbst- und Fremdeinschätzung bezüglich des Pflegebedarfs von Patientinnen und Patienten.

<b>Aktivitäten des täglichen Lebens</b>	<b>Selbsteinschätzung</b> der Patientinnen und Patienten	<b>Fremdeinschätzung</b> der Pflegekräfte
<b>Duschen</b>	30%	20%
<b>Gehen</b>	22%	40%
<b>Stiegen steigen</b>	40%	46%
<b>Transfer</b>	33%	36%
<b>Transport</b>	17%	26%
<b>Freizeitaktivitäten</b>	22%	36%

Der Vergleich in der Tabelle 4.2-1 zeigt, dass die Einschätzung der Pflegekräfte sich von dem tatsächlichen Hilfebedarf der Patientinnen und Patienten stark unterscheidet. Es konnte in keiner der genannten Aktivität eine exakte Übereinstimmung bezüglich des nötigen Hilfebedarfs ermittelt werden. 30% der befragten Patientinnen und Patienten wollen eine Unterstützung beim Duschen, während nach Meinung der Pflegekräfte nur 20% eine Hilfe benötigen.

Probleme beim Gehen, Stiegen steigen, Transfer, Transport und den Freizeitaktivitäten wurden von den Pflegekräften höher eingeschätzt. (Jejasingam et al. 2008).

Es ist zu berücksichtigen, dass die Patientinnen und Patienten eventuell ihren funktionellen Status überschätzen oder die fortschreitende körperliche Schwäche und Pflegeabhängigkeit leugnen (Jejasingam et al. 2008).

Diese Auflistung zeigt auf, dass es Aktivitäten des täglichen Lebens gibt, welche von Patientinnen und Patienten nicht mehr ohne Unterstützung ausgeführt werden können. Um eine Verschlechterung dieser vermeiden zu können, benötigt es eine laufende Kontrolle bezüglich der einzelnen Bereiche (Jejasingam et al. 2008).

### 4.3 Verlauf der Pflegeabhängigkeit in der „End-of-Life-Care“

Zu Beginn der End-of-Life-Care zeigt sich ein vermehrtes Auftreten von Symptomen. Oft sind es klinische Probleme wie die Verschlechterung des Allgemeinzustandes, Angst oder Schlafstörungen, welche sich auf körperliche Einschränkungen beziehen (Jakobsson et al. 2008).

Um den Verlauf im letzten Lebensjahr abbilden zu können wurde eine Studie von Stabenau (2015) herangezogen. Diese untersuchte die Pflegeabhängigkeit von Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Krankheitsbildern. Die ausgewählten Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zuvor nach aktuellem Pflegebedarf eingeteilt. Der Schweregrad der Abhängigkeit wurde mit der Anzahl der Aktivitäten des täglichen Lebens, welche die Patientin oder der Patient nicht mehr selbstständig durchführen konnte, bestimmt. Diese wurden laufend evaluiert und dokumentiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass umso älter die Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zu Beginn der End-of-Life-Care waren, desto höher war auch die gemessene Pflegeabhängigkeit.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit der zu Beginn stärksten, dokumentierten Abhängigkeit, hatten das ganze Jahr vor dem Hospiz die gleichbleibende und höchste Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Es stellte sich heraus, dass es sich dabei um Patientinnen und Patienten handelte, welche neurodegenerative Erkrankungen oder eine vermehrte Schwäche bzw. Gebrechlichkeit aufwiesen.

Im Vergleich dazu gibt es einen anderen Verlauf bei jenen Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Krebs, welche zu Beginn keine oder nur wenig Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigten. Er weist mit Fortschreiten der Erkrankung einen plötzlichen Anstieg der Pflegebedürftigkeit, etwa drei Monate vor dem Eintritt in das Hospiz, auf (Stabenau et al. 2015).

Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche bereits nach einem guten halben Jahr an einer Erhöhung der Pflegebedürftigkeit litten, erlebten oft danach einen beschleunigten Verlauf der Pflegeabhängigkeit. Diese Entwicklung spiegelte sich bei Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einer kardiovaskulären Erkrankung wieder (Stabenau et al. 2015).

Der Verlauf im Jahr vor dem Hospiz ist je nach Erkrankung, Symptomen und Befinden unterschiedlich. Patientinnen und Patienten mit einer Krebserkrankung umfassten den größten Teil der Gruppe mit einem langsam ansteigenden beziehungsweise erst spät eintretenden hohen Pflegebedarf. Der Unterstützungsbedarf der Nicht-Krebspatientinnen und Nicht-Krebspatienten ist insgesamt wesentlich größer (Stabenau et al. 2015).

Unter allen Teilnehmerinnen und Teilnehmer betrug die durchschnittliche Überlebenszeit nach der Hospizaufnahme nur 14 Tage, unabhängig von dem Verlauf der Pflegeabhängigkeit. Durch die erst späte Aufnahme in das Hospiz verbunden mit der hohen Belastung der Selbstfürsorgedefizite wird ein höherer Bedarf an Palliativpflege für ältere Menschen am Lebensende verdeutlicht (Stabenau et al. 2015).

Sich einem Leben mit Pflegeabhängigkeit zu stellen ist für Patientinnen und Patienten sehr schwierig. Es benötigt ein tieferes Verständnis bezüglich der Erfahrungen abhängig zu sein, um Bedürfnisse frühzeitig zu erkennen und gegensteuern zu können. Pflegekräfte sollten die Schwierigkeit der Patientinnen und Patienten, um Hilfe zu bitten nicht außer Acht lassen (Piredda et al. 2015).

Es ist somit wichtig, dass der Pflegebedarf systematisch und über den gesamten Verlauf der Erkrankung erfasst wird. (Beernaert et al. 2016) Eine palliative Betreuung sollte schon zum Zeitpunkt der Diagnose einer lebensbedrohlichen Erkrankung beginnen. Der Schwerpunkt und der Umfang der Behandlung sollte je nach Symptomen, Art und Stadium der Erkrankung angepasst werden. Es benötigt eine sorgfältige Betrachtung der anfallenden Symptome sowie eine laufende Beurteilung dieser. Zusätzlich benötigt es die Sicherheit und das Wissen der Pflegekräfte, das Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten in deren letzten Lebensphase zu garantieren (Jakobsson et al. 2008).

## 5 Diskussion

---

Die vorliegende Literaturrecherche zeigt einen möglichen Verlauf der Pflegeabhängigkeit von der Diagnose bis zur End-of-Life-Care von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten. In dem folgenden Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert.

Ein genauer Verlauf der Pflegeabhängigkeit kann nicht aufgezeigt werden. Diese weisen oft große Unterschiede auf und hängen unter anderem auch von der Diagnose ab. Um eine allgemein gültige Entwicklung der Pflegeabhängigkeit darstellen zu können, müssen mehrere Faktoren berücksichtigt werden.

Die folgenden Elemente beeinflussen den Verlauf des Pflegebedarfs von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten individuell:

- Die Art der Erkrankung und die sich daraus ergebenden
- körperlichen Symptome,
- das Alter,
- die Einstellung zur Pflegeabhängigkeit,
- das psychische Befinden, welches im Zusammenhang mit
- der Gewährleistung der nötigen Unterstützung sowie den sozialen Verhältnissen, steht.

Durch die Studie von Stabenau et al. (2015) wird deutlich, dass eine Erhöhung der Pflegebedürftigkeit im letzten Lebensjahr beziehungsweise ein Jahr vor dem Eintritt in das Hospiz festzustellen ist. Je nach Erkrankung differenziert sich die Entwicklung des Pflegebedarfs. Während Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Krebs einen plötzlichen Anstieg drei Monate vor dem Eintritt in das Hospiz bemerkten, wiesen gebrechliche und schwache Teilnehmerinnen und Teilnehmer einen von Beginn an erhöhten und konstant bleibenden Verlauf auf (Stabenau et al. 2015). Auch in einer älteren Studie von Lunney et al. (2003) wird eine allgemeine Erhöhung der Selbstfürsorgedefizite im letzten Lebensjahr aufgezeigt. Dasselbe gilt auch für Krebspatientinnen und Krebspatienten drei Monate vor dem Tod. Diese Übereinstimmung der Forschungsergebnisse zeigt, dass der Verlauf des

Pflegebedarfs bei Krebspatientinnen und Krebspatienten bereits ziemlich gut vorhersehbar ist. (Lunney et al. 2003).

Je älter die Pflegebedürftigen sind, desto höher ist auch der Anstieg der Pflegeabhängigkeit (Stabenau et al. 2015; Lunney et al. 2003). Die Wahrscheinlichkeit, dass Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Alter von 85 Jahren oder älter Unterstützung in den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen, war viermal höher als jene im Alter von 65 bis 74 Jahren (Lunney et al. 2003).

Daraus lässt sich ableiten, dass bei Eintritt in das Hospiz ein erhöhter Pflegebedarf besteht. Eine Überlebenszeit von nur 14 Tagen im Hospiz lässt auf eine zu späte stationäre Aufnahme schließen. Stabenau et al. (2015) zeigt aufgrund dieser Tatsachen einen möglichen unerfüllten Pflegebedarf von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten auf.

Die Studien von Beernaert et al. (2016), Jejasingam et al. (2008) und Jansky et al. (2012) beschreiben eine Verschlechterung der körperlichen Symptome im Krankheitsverlauf. Diese zeigen auf, dass zu Beginn der Erkrankung körperliche Symptome wie Müdigkeit oder Schwäche vermehrt auftreten. Das beeinflusst hauptsächlich die Mobilität, wie zum Beispiel das Steigen steigen. Die Symptome nehmen im Laufe der Erkrankung trotz guter Symptomkontrolle zu und führen somit zu einer Steigerung des Pflegebedarfs. In den Ergebnissen von Beernaert et al. (2016) wird ebenfalls aufgezeigt, dass nicht alle Palliativpatientinnen und Palliativpatienten ausreichend Hilfe oder Unterstützung von Pflegekräften bekommen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie gaben an, vor allem zu wenig Betreuung hinsichtlich der körperlichen Funktionsverluste sowie der emotionalen Stärkung zu erlangen.

Die Einschätzung von Pflegeabhängigkeit variiert stark zwischen Pflegekraft und dem/der zu Pflegenden. Funktionseinschränkungen, welche für die Pflegekräfte sichtbar sind, sind nicht automatisch ein Pflegebedarf für den Patienten oder die Patientin (Boggatz et al. 2007). Das Ziel der Pflegekräfte ist der Erhalt oder die Erhöhung der Selbständigkeit bzw. der Autonomie der Patientinnen und Patienten. Die vorhandenen Ressourcen sollten gänzlich erkannt und gefördert werden. Dieses Ziel führt jedoch oft zu einem gewissen Druck auf die Patientinnen und Patienten, und die Schwierigkeit um Hilfe zu bitten, erhöht sich. Durch das oft zu

geringe Angebot an Unterstützung kommt es zum Gefühl der Vernachlässigung, wobei sterbende Menschen somit in gewissen Situationen auf Hilfe verzichten. Es ist wichtig, Pflegebedürfnisse sowie die Ressourcen erkennen und laufend evaluieren zu können. Es sollte so verhindert werden, dass Patientinnen und Patienten sich an Situationen anpassen müssen und etwaige Pflegemängel in Kauf nehmen. Gerade in der Palliativpflege soll vor allem die Zeit vorhanden sein, jeder Patientin und jedem Patienten die individuelle und notwendige Unterstützung geben zu können. Sie sollten nicht auf Tätigkeiten verzichten müssen, welche oft mit wenigen Handgriffen erreicht werden können (Eriksson & Andershed 2008).

Weiters ist auch die individuelle und sich ändernde Einstellung zur Pflegeabhängigkeit zu berücksichtigen. Piredda et al. (2015) verdeutlichen als einzige der ausgewählten Studien, dass Pflegebedürftigkeit auch von manchen Patientinnen und Patienten in der Palliativpflege als positiv und natürlich betrachtet wird. Eriksson & Andershed (2008) zeigt im Vergleich, dass allein der Gedanke, von einer anderen Person abhängig zu sein, abschreckend für manche Palliativpatientinnen und Palliativpatienten ist. Diese Einstellung und Unzufriedenheit wird durch eventuelle unerfüllte Selbstfürsorgedefizite verstärkt. Somit wird die Aussage von Jansky, Lindena & Nauck (2012), dass es einen Zusammenhang von psychosozialen und körperlichen Problemen gibt, bestärkt.

Eriksson & Andershed (2008) verdeutlichen zusätzlich, dass Erfahrungen von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zeigen, wie wichtig es ist, in ihrem eigenen Tempo versorgt zu werden, sei es eben von einem professionellen Team oder von den Angehörigen zu Hause.

Im Hinblick auf die laufende Veränderung der Pflegeabhängigkeit können leider auch Angehörige Negatives bewirken. Es kann bei Angehörigen dazu führen, dass sie eine zu große Betreuungsbereitschaft aufweisen, was die Hilflosigkeit der Patientinnen und Patienten zusätzlich verstärkt. Das häusliche Umfeld ist oft nicht für eine Betreuung oder Versorgung von Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten ausgerichtet, wodurch sich die Pflege zu Hause schwieriger gestalten lässt. Dies vermehrt die Sorgen und Ängste der Palliativpatientinnen und Palliativpatienten hinsichtlich sich selbst und der Angehörigen und führt zu einer Vermehrung der Selbstfürsorgedefizite.

Die Aussage von Stabenau et al. (2015), dass ein Verlauf der Pflegeabhängigkeit nicht nach einem bestimmten Muster abläuft, wird mit den erwähnten Ergebnissen der Studien bestätigt. Eine allgemein gültige Tendenz für Palliativpatientinnen und Palliativpatienten kann nicht ermittelt werden. Ebenfalls ist zu erwähnen, dass die Zeitspanne, in der eine palliativmedizinische Betreuung stattfindet, unter den einzelnen Patientengruppen stark variiert.

In der folgenden Abbildung 5-1 ist ein möglicher Verlauf der Pflegeabhängigkeit von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten dargestellt. Auf der vertikalen Achse wurde der Pflegebedarf in ansteigender Form veranschaulicht. Die horizontale Achse stellt schematisch die Zeit von der Diagnose bis zum Eintritt in das Hospiz dar.

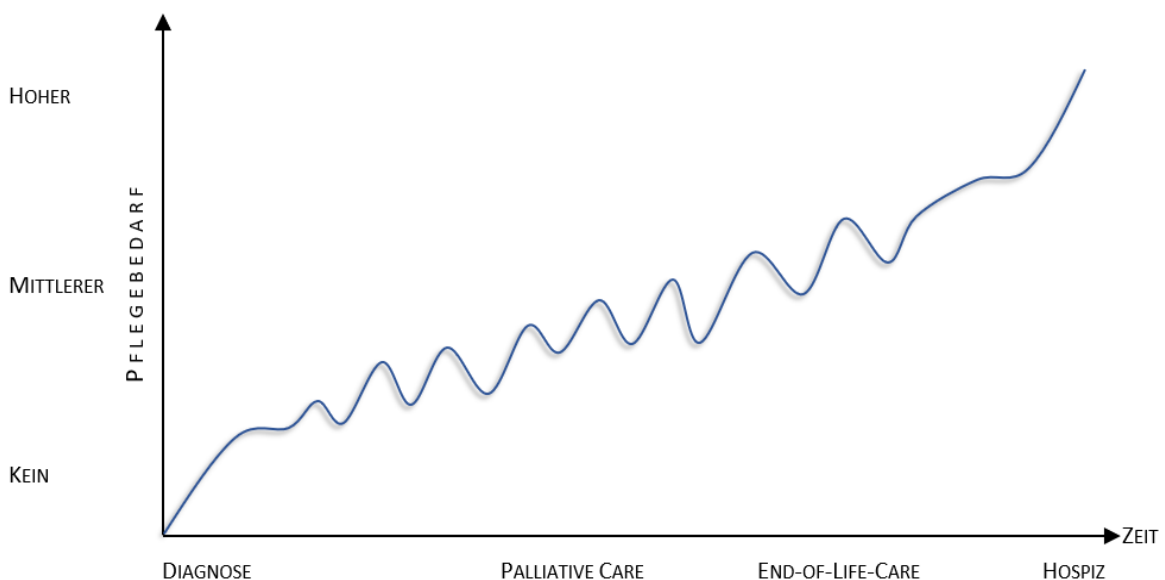


Abbildung 5-1 Darstellung des Verlaufes der Pflegeabhängigkeit

Es sind deutliche Schwankungen im Bereich der Diagnosestellung bis hin zur Palliative Care zu erkennen. Diese sollen Veränderungen aufgrund der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten, körperliche Symptome oder dem individuellen Befinden widerspiegeln. Die Phase von der Palliative Care bis hin zur End-of-Life-Care unterliegt ebenfalls den erwähnten Schwankungen. Ganz deutlich

ist jedoch die Erhöhung vor Eintritt in das Hospiz zu erkennen, welche anhand der Literaturrecherche abgeleitet wurde.

Grundlegend ist eine Erhöhung der Pflegeabhängigkeit dargestellt. Es ist jedoch zu beachten, dass diese Abbildung nur anhand der hier betrachteten Studien erstellt wurde, um eine bessere Vorstellung der Tendenz erkennen zu können.

## 5.1 Stärken und Schwächen der Arbeit

Eine Stärke dieser Arbeit ist die Verwendung von aktueller Literatur der letzten zehn Jahre. Außerdem weist sie eine systematische Vorgehensweise bezüglich der Literaturrecherche und eine definierte Suchstrategie auf.

Als Schwächen sind die Einschränkungen hinsichtlich der englisch- und deutschsprachigen Studien zu erwähnen sowie die Verwendung von nur zwei Datenbanken. So konnten nur acht relevante Studien in diese Arbeit miteinbezogen werden.

## 6 Schlussfolgerung

---

Durch die durchgeführte Literaturrecherche wurde ersichtlich, dass es noch sehr wenig Literatur hinsichtlich der Veränderung der Pflegeabhängigkeit bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten gibt. Auch der Vergleich bezüglich des Pflegebedarfs bei verschiedenen Erkrankungen, an welchen Patientinnen und Patienten in der Palliativpflege leiden, wird in der aktuellen Literatur nur wenig diskutiert. Dies obwohl der Anteil der pflegebedürftigen Menschen im Allgemeinen steigt und es vor allem in der Palliativpflege von Vorteil ist, Veränderungen hinsichtlich des Pflegebedarfs frühzeitig zu erkennen, um bestmöglich gegensteuern zu können.

### 6.1 Empfehlung für die Praxis

Mithilfe der zusammengefassten Ergebnisse dieser Arbeit können Empfehlungen für die Forschung sowie die Praxis abgeleitet werden. Pflegekräfte sollten zu Beginn der Diagnosestellung den individuellen Pflegebedarf der Patientin und des Patienten erkennen und richtig interpretieren können. Diese Beurteilung sollte

gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten erfolgen, um Unterschiede in der Fremd- und Selbsteinschätzung bezüglich des Pflegebedarfs gering zu halten.

Für die noch vorhandenen Ressourcen der Patientinnen und Patienten sollte eine Unterstützung angeboten werden. Durch den sich verändernden Verlauf des nötigen Pflegebedarfs ist eine laufende Überprüfung von großer Bedeutung. Die ständige Beobachtung sollte ebenfalls hinsichtlich der sich verändernden Symptome sowie der Aktivitäten des täglichen Lebens erfolgen, um immer die nötige Hilfe beziehungsweise Unterstützung gewährleisten zu können.

## 6.2 Empfehlung für die Forschung

Weitere Erhebungen hinsichtlich der Pflegeabhängigkeit bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten mit unterschiedlichen Diagnosestellungen sind notwendig, um längerfristig die Veränderung der Pflegeabhängigkeit von der Diagnose bis hin zur End-of-Life-Care, zu erkennen. Dadurch kann in der Praxis besser auf Selbstfürsorgedefizite der zu pflegenden Gruppe reagiert werden und gezielte Maßnahmen können frühzeitig gesetzt werden. Dies könnte die Palliativpflege verbessern.

## 7 Referenzen

---

Beernaert, K, Pardon, K, van den Block, L, Devroey, D, Laat, M de, Geboes, K, Surmont, V, Deliens, L & Cohen, J 2016, *Palliative care needs at different phases in the illness trajectory: a survey study in patients with cancer*.

Boggatz, T, Dijkstra, A, Lohrmann, C & Dassen, T 2007, *The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis*.

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2015, *Österreichischer Pflegevorsorgebericht*, Wien. Available from: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=366> [05 December 2017].

Dachverband Hospiz Österreich 2017, *Hospiz Österreich - Hospiz- und Palliative Care*. Available from: <http://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/geschichte/> [05 December 2017].

Dijkstra, A, Buist, G & Dassen, T 1996, *Nursing-Care Dependency. Development of an Assessment Scale for Demented and Mentally Handicapped Patients*.

Eriksson, M & Andershed, B 2008, *Care Dependence - A Struggle Toward Moments of Respite*.

Feichtner, A 2014, *Lehrbuch der Palliativpflege*, Universitätsverlag, Wien.

Hassler, M & Görres, S 2005, *Was Pflegebedürftige wirklich brauchen. Zukünftige Herausforderungen an eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung*. Available from: <http://books.google.at/books?id=1ddzpgJqtWwC&printsec=frontcover#v=onepage&q=&f=false>. [05 March 2018].

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powel, J 2002, *Appraising the Evidence: Reviewing Disparate Data Systematically*.

Henderson, V 1964, *The Nature of Nursing*.

Jakobsson, E, Gaston-Johansson, F, Öhlen, J & Bergh, I 2008, *Clinical problems at the end of life in a Swedish population, including the role of advancing age and physical and cognitive function*.

Jansky, M, Lindena, G & Nauck, F 2012, *Befinden von Palliativpatienten im Verlauf einer spezialisierten ambulanten oder stationären Versorgung*.

Jejasingam, L, Agar, M, Soares, M, Plummer, J & Currow, D 2008, *A prospective study of unmet activity of daily living needs in palliative care inpatients*.

Kiefer, D 2002, *Die Pflegetheorien von Virginia Henderson und Joyce Travelbee im Vergleich*, GRIN, Mainz.

Knipping, C 2007, *Lehrbuch Palliative Care*, Hans Huber, Bern.

Lauster, M, Drescher, A, Wiederhold, D & Menche, N 2014, *Pflege Heute. Lehrbuch für Pflegeberufe*, Elsevier GmbH, München.

Lohrmann, C 2003, *Die Pflegeabhängigkeitsskala: ein Einschätzungsinstrument für Heime und Kliniken. Eine methodologische Studie*. Dissertation, Berlin.

Lohrmann, C, Dijkstra, A & Dassen, T 2003, *Care dependency: testing the German version of the care dependency scale in nursing homes and on geriatric wards*.

Lunney, JR, Lynn, J, Foley, DJ, Lipson, S & Guralnik, JM 2003, *Patterns of Functional Decline at the End of Life*.

National Institute for Health and Care Excellence 2011, *End of life care for adults*. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs13/chapter/introduction-and-overview> [05 December 2017].

Palliative Care und Organisationsethik 2014, *Alt und lebensmüde? - Sterbe, wer will?*, Palliative Care und Organisationsethik. Available from: [http://www.weiterbildung-palliative.ch/files/weiterbildung-palliative/pdf/informiert/Newsletter\\_informiert\\_3-2014.pdf](http://www.weiterbildung-palliative.ch/files/weiterbildung-palliative/pdf/informiert/Newsletter_informiert_3-2014.pdf) [05 February 2018].

Piredda, M, Bartiromo, C, Capuzzo, MT, Matarese, M & Grazia de Marinis, M 2015, *Nursing care dependence in the experiences of advanced cancer inpatients*.

Roper, N 1975, *A model for nursing and nursology*.

Stabenau, HF, Morrison, LJ, Gabbauer, EA, Leo-Summers, L, Allore, HG & Gill, TM 2015, *Functional Trajectories in the Year Before Hospice*.

WHO 2017, *World Health Organization*. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [05 December 2017].

## 8 Anhang - Bewertungsbögen

---

Für die Bewertung der eingeschlossenen Studien wurde eine Checkliste von Hawker et al. (2002) herangezogen. 9 Bereiche wurden mithilfe einer Punkteskala von 1 - 4 Punkten bewertet.

- 1 Punkt: Very poor
- 2 Punkte: Poor
- 3 Punkte: Fair
- 4 Punkte: Good

Es kann eine maximale Punkteanzahl von 36 Punkten erreicht werden. Die erlangten Punkte der verwendeten Studien werden am Ende jeder Bewertung angeführt.

## Care Dependence

### A Struggle Toward Moments of Respite

---

#### 1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

*Im Titel fehlen das Design, die Population und das Setting. Er besteht hauptsächlich aus dem wichtigsten Keyword – Care Dependence. Abstract ist komplett und gut verständlich.*

3 Punkte

#### 2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

*Der Background ist übersichtlich gegliedert. Das Forschungsziel sowie die Hypothese werden eigens angeführt und beschrieben. Keywords sind definiert und angeführt.*

4 Punkte

#### 3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

*Methode wurde übersichtlich gegliedert, enthält alle relevanten Informationen.*

4 Punkte

#### 4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

*Details über das Sample wurde mithilfe einer Tabelle gut dargestellt, jedoch waren nur 9 Teilnehmer in diese Studie inkludiert, Ein- und Ausschlusskriterien wurden erwähnt.*

3,5 Punkte

#### 5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

*Vorgang der Ermittlung von verwendete Daten bis hin zu der Analyse wurden verständlich erklärt.*

4 Punkte

#### 6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

*Die Studie wurde von der Medizinischen Abteilung der Regionale Ethikkommission in Göteborg genehmigt. Zusätzlich wurde eine Einwilligung von jeder Teilnehmerin und jedem Teilnehmer zur Durchführung der Studie eingefordert.*

4 Punkte

#### 7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

*Ergebnisse wurden in drei Hauptthemen sowie drei Unterthemen gegliedert, eine übersichtliche Tabelle wurde eingeschlossen, Ergebnisse konnten die Forschungsfrage beantworten.*

4 Punkte

#### 8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

*Das Setting wurde gut beschrieben, aufgrund der Stichprobe (n=9) lässt es jedoch keine Generalisierung auf eine größere Population zu.*

3 Punkte

#### 9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

*Empfehlungen werden vor allem für Pflegekräfte auf Palliativstationen aufgezeigt und zeigen von großer Relevanz.*

4 Punkte

Gesamtpunkteanzahl: 33,5/36

## Nursing care dependence in the experiences of advanced cancer inpatients

### **1. Abstract and title:**

Did they provide a clear description of the study?

*Der Abstract ist übersichtlich gegliedert, beinhaltet alle wesentlichen Bestandteile. Das Design und das Setting sind nicht explizit im Titel angeführt, jedoch ableitbar.*

4 Punkte

### **2. Introduction and aims:**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

*Die Einleitung ist gut ausgeführt, das Forschungsproblem wurde in einem Unterpunkt dargestellt. Einleitung schließt mit Forschungsziel ab.*

4 Punkte

### **3. Method and data:**

Is the method appropriate and clearly explained?

*Methode wurde übersichtlich gestaltet und scheint angemessen zu sein. Die Vorgehensweise wird genau erklärt.*

4 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

*Es fand eine gezielte Auswahl der Teilnehmer statt, Details der Befragten wurden mithilfe einer Tabelle dargestellt. Es nahmen 13 Personen an der Studie teil.*

3,5 Punkte

### **5. Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

*Eine genaue Beschreibung der Datenanalyse ist vorhanden. Eigener Unterpunkt bezüglich der Genauigkeit der Analyse wird angeführt.*

4 Punkte

### **6. Ethics and bias:**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

*Ein eigener Unterpunkt ist diesbezüglich angeführt. Eine schriftliche Einwilligung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer erfolgte. Das lokale Ethik Komitee genehmigte die Studie.*

4 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

*Ergebnisse wurden gut gegliedert. Persönliche Antworten der Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden zitiert. Das Forschungsziel wurde mit der Auflistung der verschiedenen Antworten erreicht.*

4 Punkte

### **8. Transferability or generalizability:**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

*Um eine Übertragbarkeit ermöglichen zu können, wurde die Charakteristik der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gut beschrieben um es eventuell auf den gleichen Kontext übertragen zu können. Die kleine Stichprobe lässt eine Übertragbarkeit auf eine größere Population nicht zu. (n=13)*

3,5 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

*Empfehlungen werden speziell an Pflegekräften auf einer Onkologie Station abgegeben. Guter Überblick über einzelne Erfahrungen von sterbenskranker Patienten. Weitere Studien über die Erfahrungen der Pflegekräfte könnten einen Vergleich darstellen.*

4 Punkte

Gesamtpunkteanzahl: 35/36

## **Palliative Care needs at different phases in the illness trajectory: a survey study in patients with cancer**

---

### **1. Abstract and title:**

Did they provide a clear description of the study?

*Der Abstract beinhaltet alle wesentlichen Bestandteile. Im Titel ist das Setting nicht explizit angeführt, kann jedoch abgeleitet werden.*

4 Punkte

### **2. Introduction and aims:**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

*Die Einleitung ist sehr ausführlich, endet mit dem Forschungsziel wobei dieses auf zwei Forschungsfragen aufgeteilt wurde.*

4 Punkte

### **3. Method and data:**

Is the method appropriate and clearly explained?

*Der Methodenteil ist sehr ausführlich beschrieben, ein eigenes Unterkapitel bezüglich des Patientenfragebogens wird angegeben um diesen besser beschreiben zu können.*

4 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

*Insgesamt nahmen 620 Patienten an der Studie teil. Anhand einer Tabelle wurde die genauen Charakteristika dargestellt. Ausgewählt wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus einer Universitätsklinik, Ein- und Ausschlusskriterien wurden angeführt.*

4 Punkte

### **5. Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

*Die statistische Datenanalyse wurde ausführlich beschrieben.*

4 Punkte

### **6. Ethics and bias:**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

*Das Studienprotokoll wurde vom Ethical Review Board des Universitätskrankenhauses Gent genehmigt. Eine schriftliche Einwilligung aller Studienteilnehmer wurde eingeholt.*

4 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

*Die Ergebnisse wurden durch vier Tabellen und zwei Abbildungen veranschaulicht, welche jedoch oft im Text nicht genau beschrieben wurden. Das statistische Signifikanzlevel wird jedoch je nach Symptomen sowie Funktionen einzeln angegeben.*

3 Punkte

### **8. Transferability or generalizability:**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

*Das Setting wurde klar beschrieben, jedoch lässt diese Stichprobe aufgrund einer spezifischen Einteilung keine Übertragbarkeit auf eine andere Population zu.*

3,5 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

*Die Ergebnisse sind für die Praxis von Bedeutung, es wurden auch Empfehlungen für weitere Forschung angeführt.*

4 Punkte

Gesamtpunkteanzahl: 34,5/36

## **Befinden von Palliativpatienten im Verlauf einer spezialisierten ambulanten oder stationären Versorgung**

---

### **1. Abstract and title:**

Did they provide a clear description of the study?

*Der Abstract ist erst auf der Seite 3 zu finden, beinhaltet jedoch alle relevanten Kapitel. Der Titel beinhaltet Population, Setting sowie Keywords. Das Design ist ableitbar.*

3,5 Punkte

### **2. Introduction and aims:**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

*Die Einleitung ist sehr ausführlich. Eine Hypothese sowie das Forschungsziel sind angegeben.*

4 Punkte

### **3. Method and data:**

Is the method appropriate and clearly explained?

*Der Methodenteil ist gut strukturiert, alle verwendeten Dokumentationsbögen werden gut beschrieben. Die verwendete Methode scheint angemessen.*

4 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

*Insgesamt nahmen 2030 Patienten an der Studie teil. Anhand einer Tabelle wurde die genauen Charakteristika dargestellt.*

4 Punkte

### **5. Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

*Die statistische Datenanalyse wurde ausführlich beschrieben.*

4 Punkte

### **6. Ethics and bias:**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

*Die Autoren gaben an, dass es kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors bestanden hat.*

4 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

*Die Ergebnisse sind detailliert und verständlich formuliert. Diese wurden mit Tabellen veranschaulicht, welche jedoch nicht übersichtlich sind.*

3 Punkte

### **8. Transferability or generalizability:**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

*Das Setting wurde klar beschrieben, jedoch gibt es einen großen Fallzahlenunterschied zwischen stationär und ambulant versorgten Patienten. Dies schränkt die Aussagekraft und Übertragbarkeit für den ambulanten Bereich ein.*

3 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

*Die Ergebnisse sind für die Praxis wichtig, ein Fazit für die Praxis wurde ebenfalls angeführt.*

4 Punkte

Gesamtpunkteanzahl: 33,5/36

## **A prospective study of unmet activity of daily living needs in palliative care inpatients.**

---

### **1. Abstract and title:**

Did they provide a clear description of the study?

*Titel und Abstract sind klar definiert und gut verständlich. Durch eine gute Gliederung ist der Abstract leicht zu lesen.*

4 Punkte

### **2. Introduction and aims:**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

*Die Einleitung ist sehr ausführlich und wird vom allgemeinen bis hin zum speziellen Thema gut erklärt. Insgesamt werden zwei Forschungsziele angegeben.*

4 Punkte

### **3. Method and data:**

Is the method appropriate and clearly explained?

*Der Methodenteil ist hat nur eine grobe Gliederung, enthält aber eine genaue Erklärung und ist somit nachvollziehbar.*

4 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

*Das Sampling wurde genau beschrieben. Es wurden 30 Patientinnen und Patienten eingeschlossen, wobei die jeweils dazugehörige Pflegekraft ebenfalls eingeschlossen wurde. Ein- und Ausschlusskriterien wurden angegeben.*

4 Punkte

### **5. Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

*Die statistische Datenanalyse wurde ausführlich beschrieben.*

4 Punkte

### **6. Ethics and bias:**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

*Die Studie wurde durch das Local Institutional Research and Ethics Committee genehmigt.*

4 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

*Die Ergebnisse werden hauptsächlich durch Tabellen und Abbildungen veranschaulicht. Die Studie enthält nur sehr wenig Erklärung bezüglich der Ergebnisse.*

3 Punkte

### **8. Transferability or generalizability:**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

*Die Studie stellt nur einen Querschnitt dar, viele Ausschlusskriterien sollten berücksichtigt werden. Jedoch wurde angegeben, dass valide Untersuchungsmaßnahmen verwendet worden sind um die Übertragbarkeit gewährleisten zu können.*

4 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

*Die Ergebnisse sind wichtig und es wird auf weitere Forschungsansätze hingewiesen.*

4 Punkte

Gesamtpunkteanzahl: 35/36

## Functional Trajectories in the Year Before Hospice

---

### 1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

*Der Abstract ist vollständig und gut aufgegliedert. Im Titel sind die Population, Setting und das Design nicht angeführt. Es ist möglich das Setting und die Population durch „Hospice“ abzuleiten. Die Keywords sind erst am Ende der Studie aufgelistet.*

3 Punkte

### 2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

*Die Einleitung ist sehr kurz, führt jedoch gut zum Hauptthema hin und ist leicht zu lesen. Diese endet mit einer aufgestellten Hypothese sowie dem Forschungsziel.*

4 Punkte

### 3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

*Der Methodenteil ist durch die gute Gliederung verständlich und nachvollziehbar. Dieser wurde detailliert beschrieben.*

4 Punkte

### 4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

*Insgesamt wurden 213 Teilnehmerinnen und Teilnehmer ausgewählt. Für das Erreichen des Forschungszieles scheint diese Samplegröße als angemessen. Diese wurden von einer weitergehenden Kohortenstudie ausgewählt.*

4 Punkte

### 5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

*Die statistische Analyse wird in einem Unterpunkt genau beschrieben.*

4 Punkte

### 6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

*In dieser Studie wurde kein Verweis auf die Genehmigung der Studie durch ein Ethikkomitee angeführt. 213 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, welche an einer weitergehenden Kohortenstudie teilnehmen, wurden für diese Studie herangezogen und informiert.*

4 Punkte

### 7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

*Die Ergebnisse wurden ausführlich und detailliert beschrieben und durch Tabellen veranschaulicht.*

4 Punkte

### 8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

*Ja, durch die gute Gliederung der Ergebnisse können einzelne Ergebnisse auf eine größere Population schließen.*

4 Punkte

### 9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

*Die Ergebnisse sind von Bedeutung und zeigt auf, dass noch keine Studie zuvor dieses Forschungsziel bearbeitete. Es werden hauptsächlich Rückschlüsse auf die vorangegangene Kohortenstudie gezogen.*

3 Punkte

Gesamtpunkteanzahl: 34/36

## The meaning of care dependency as shared by care givers and care recipients: a concept analysis

---

### 1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

*Der Titel sowie der Abstract sind klar definiert, gut verständlich und beinhalten alle wichtigen Punkte.*

4 Punkte

### 2. Introduction and aims:

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

*Die Einleitung sowie der Background welche die Problemdarstellungen erklären, werden kurz und bündig beschrieben. Das Ziel wird in einem extra angeführten Punkt dargestellt.*

4 Punkte

### 3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

*Die Methode ist detailliert beschrieben und scheint für das Erreichen des Forschungszieles angemessen.*

4 Punkte

### 4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

*Nicht zutreffend.*

0 Punkte

### 5. Data analysis:

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

*Um die Bedeutung von Pflegeabhängigkeit herauszufinden wurde nach allgemeinen aber auch spezifischen Bedeutungen in verschiedenen Datenbanken gesucht. Diese wurden auch kategorisiert. Um definierte Merkmale zu erlangen, wurde eine genau beschriebene Datenanalyse durchgeführt.*

4 Punkte

### 6. Ethics and bias:

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

*Nicht zutreffend.*

0 Punkte

### 7. Results:

Is there a clear statement of the findings?

*Die Ergebnisse werden in allgemeinen und spezifischen Bedeutungen unterteilt, welches das Lesen vereinfacht. Es ist überschaubar und detailliert beschrieben.*

4 Punkte

### 8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

*Die Ergebnisse spiegeln die verschiedenen Bedeutungen wieder, welche auf mehrere Populationen übertragbar ist.*

4 Punkte

### 9. Implications and usefulness:

How important are these findings to policy and practice?

*Die Ergebnisse sind wichtig für die Pflegekräfte. Es werden auch Tipps für Forscher erwähnt, welche die angeführten Ergebnisse bei der weiteren Forschung berücksichtigen sollen.*

4 Punkte

Gesamtpunkteanzahl: 32/32

## **Clincial problems at the end of life in a Swedish population, including the role of advancing age and physical and cognitive function**

---

### **1. Abstract and title:**

Did they provide a clear description of the study?

*Der Titel ist sehr lang, das Design sowie das Setting ist nicht enthalten. Der Abstract ist klar definiert und übersichtlich gestaltet.*

3,5 Punkte

### **2. Introduction and aims:**

Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

*Die verwendete Literatur scheint aktuell gemäß dem Erscheinungsjahr der Studie. Das Forschungsziel wird detailliert beschrieben und in Unterthemen gegliedert.*

4 Punkte

### **3. Method and data:**

Is the method appropriate and clearly explained?

*Der Methodenteil ist sehr genau ausgeführt und durch Tabellen ergänzt.*

4 Punkte

### **4. Sampling:**

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

*Die Auswahl des Samplings wird gut beschrieben und erfolgte in zwei Etappen. Durch mehrere Ein- und Ausschlusskriterien nahmen 229 Patientinnen und Patienten an der Studie teil. Diese Samplegröße scheint angemessen.*

4 Punkte

### **5. Data analysis:**

Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?

*Das verwendete Instrument für die Datenanalyse wurde gut beschrieben.*

4 Punkte

### **6. Ethics and bias:**

Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?

*Die Studie wurde von der Ethikkommission der Medical Faculty, Gothenburg University, Schweden geprüft und genehmigt.*

4 Punkte

### **7. Results:**

Is there a clear statement of the findings?

*Die Ergebnisse sind leicht zu verstehen, jedoch ist die angeführte Tabelle (welche die Ergebnisse widerspiegeln sollte) nicht leicht zu lesen. Die wichtigsten Ergebnisse werden jedoch erwähnt.*

3,5 Punkte

### **8. Transferability or generalizability:**

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?

*Das Setting wurde klar beschrieben und eine Stichprobe von 229 Patientinnen und Patienten lässt eine Generalisierbarkeit auf eine größere Population zu.*

4 Punkte

### **9. Implications and usefulness:**

How important are these findings to policy and practice?

*Die wichtigen Ergebnisse dieser Studie bieten den Gesundheitsleistern und den Pflegekräften ein verbessertes Verständnis.*

4 Punkte

Gesamtpunkteanzahl: 35/36