

BACHELORARBEIT

Die Relevanz von Assessmentinstrumenten im Palliative Care- Bereich

eingereicht von

LISA LANG

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, am 13.03.2018

Eidesstattliche Erklärung

„Ich 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 13.03.2018, Lisa Lang, eh“

Zusammenfassung

Hintergrund: Durch den Anstieg der Lebenserwartung und das vermehrte Aufkommen chronischer und unheilbaren Erkrankungen hat sich die Fachdisziplin Palliative Care entwickelt, die sich der Versorgung, Pflege und Betreuung der Betroffenen sowie Begleitung und Unterstützung der Angehörigen widmet. Um die individuellen Bedürfnissen der PatientInnen, in der letzten Lebensphase messen zu können, werden spezielle Assessmentinstrumente für die Palliative Care benötigt. Ein großer Fortschritt für die Palliative Care bedeutete die Definition der acht Domänen im Zuge der Veröffentlichung der Guideline, die im Rahmen des *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (NCP) entwickelt wurde.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist es, die Relevanz von Assessmentinstrumenten im Palliative Care- Bereich aufzuzeigen.

Methode: Um die Forschungsfrage beantworten zu können, wurde eine Literaturrecherche von September 2017 bis Jänner 2018 in den Datenbanken PubMed und CINAHL sowie eine Handsuche durchgeführt. Studien, welche die Einschlusskriterien erfüllten wurden mittels Bewertungsbogen kritisch bewertet.

Ergebnisse: Die Differenzierung zu herkömmlichen Assessmentinstrumenten liegt sowohl im Aufbau als auch im Inhalt der Palliativ Care Assessmentinstrumente. Palliativ Care Tools sind nach dem holistischen (ganzheitlichen) Konzept aufgebaut, welches alle relevanten Domänen inkludiert. Zudem gibt es spezielle Instrumente die auf ein relevantes Pflegeproblem fokussieren. Anforderungen die an ein Palliativ Care Assessmentinstrument gestellt werden sind einfache Handhabung und nicht zu zeitintensiv in der Durchführung um so wenig belastend wie möglich für eine schwerkranke Patientin / einen schwerkranken Patienten oder ein Familienmitglied zu sein. Die Bewertung anhand der Instrumente erfolgt prozesshaft zur Ersteinschätzung, Verlaufskontrolle und Evaluation sowie Outcome-Messung. Die Reaktionsfähigkeit des Instruments gewährleistet, dass Veränderungen identifiziert werden können.

Schlussfolgerung: Die Relevanz von Assessmentinstrumente im Palliative Care Bereich ergibt sich aus der Notwendigkeit einer ganzheitlichen Beurteilung der Probleme und Bedürfnisse der PatientInnen sowie den speziellen Anforderungen die an das Instrument gestellt werden.

Abstract

Background: Due to the increase in life expectancy and the increased incidence of chronic and incurable illnesses, the specialist discipline of palliative care has developed, which is dedicated to the treatment, care and support of those who are affected, as well as to accompanying and supporting relatives. In order to be able to measure the individual needs of patients in the final phase of their lives, special assessment instruments for palliative care are needed. A major advance for palliative care was the definition of the eight domains in the publication of the guideline, which was developed as part of the *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (NCP).

Aim: The objective of this paper is to show the relevance of mentioned means of assessment in Palliative Care.

Method: To answer the research question, an inquiry of relevant literature was conducted between September 2017 and January 2018. Databanks such as PubMed, CINAHL as well as a hand search were used to reach this objective. Studies, which fulfilled the criteria were critically assessed.

Results: The differentiation from conventional assessment instruments is found in the structure and content of the palliative care assessment instruments. Palliative care tools are structured to the holistic concept, which includes all relevant domains. In addition, there are special instruments focusing a relevant nursing problem. The requirements for a palliative care assessment instrument should be easy to use and not too time-consuming to perform and therefore as uncomplicated as possible for a seriously ill patient or family member. The evaluation based on the instruments is conducted in a process-like manner for initial assessment, progress control and evaluation as well as outcome measurement. The responsiveness of the instrument ensures that changes can be identified.

Conclusion: The relevance of assessment instruments in the area of palliative care arises from the necessity of a holistic assessment of the problems and needs of the patients as well as the special requirements which are made on the instrument.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung.....	1
1.1 Palliative Care	2
1.1.1 Die verschiedenen Domänen im Palliative Care Bereich	5
1.2 Assessment.....	8
1.3 Relevanz der Arbeit.....	11
1.4 Forschungsfrage und Forschungsziel	11
2 Methode.....	11
2.1 Berücksichtigte Studien	13
3 Ergebnisse.....	15
3.1 Holistic Assessment	19
3.2 Resident-Assessment-Instrument für die Palliativpflege (RAI-PC)	22
3.3 Patient needs assessment in palliative care (PNAP).....	24
3.4 Das Minimale Dokumentationssystem (MIDOS ²)	25
3.5 Patient- generated subjective global assessment (PG-SGA)	27
3.6 PERS ² ON-Score	29
4 Diskussion	33
4.1 Limitationen	38
4.2 Stärken	38
5 Schlussfolgerung	38
5.1 Praxisempfehlung.....	39
5.2 Forschungsempfehlung.....	39
6 Literaturangaben	40
6.1 Referenzliste	40
7 Anhang	43

Abbildungs-/Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Der Pflegeprozess	9
Abbildung 2: Flussdiagramm zur Darstellung der Literaturrecherche (Moher et al., 2010)	13
Tabelle 1: Die Domänen des Palliative Care Bereiches und Empfehlungen der <i>National Consensus Panel Guideline</i> (NCP, 2013).....	7
Tabelle 2: Eigenschaften der berücksichtigten Studien.....	13
Tabelle 3: Zusammenfassung: Holistic Assessment (McIlpatrick & Hasson, 2013).....	21
Tabelle 4: Zusammenfassung: RAI-PC (Steel et al., 2003).....	23
Tabelle 5: Zusammenfassung: PNAP (Buzgova et al., 2016)	25
Tabelle 6: Zusammenfassung: MIDOS ² (Stiel et al., 2010).....	27
Tabelle 7: Zusammenfassung: PG-SGA (Kwang & Kandiah, 2010).....	29
Tabelle 8: Zusammenfassung: PERS ² ON-Score (Masel et al., 2016).....	30
Tabelle 9: Vergleich der NCP-Guideline mit den berücksichtigten Assessmentinstrumenten	31

Abkürzungsverzeichnis

HOPE = Hospiz- und Palliativerhebung

ESAS = Edmonton Symptom Assessment Scale

MIDOS² = Minimale Dokumentationssystem

NCP = National Consensus Project for Quality Palliative Care

PG-SGA = Patient- generated subjective global assessment

PNAP = Patient needs assessment in Palliative Care

RAI-HC = Resident Assessment Instrument für Homecare

RAI-PC = Resident Assessment Instrument für die Palliative Care

1 Einleitung

Durch den Anstieg der Lebenserwartung einerseits und durch die Zunahme chronischer und unheilbarer Erkrankungen andererseits, ergeben sich spezielle Anforderungen an das Gesundheitssystem. Um den Betroffenen, hinsichtlich Betreuung, Pflege und Begleitung gerecht werden zu können, bedarf es einer spezialisierten Fachdisziplin, der Palliative Care (Comino et al., 2017).

Palliative Care ist gekennzeichnet durch eine aktive, ganzheitliche Versorgung von PatientInnen mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen, die auf kurativer (lat. curare = heilen) Ebene nicht mehr therapierbar sind. Ziel der palliativen Versorgung ist der Erhalt beziehungsweise das Herbeiführen der bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit durch optimale Schmerztherapie und Symptomkontrolle. Neben der essentiellen Linderung von Krankheitsbeschwerden steht die Behandlung psychischer, sozialer sowie spiritueller Probleme im Fokus (Balzer, 2013).

Um dieses Ziel zu erreichen und den damit verbundenen individuellen Bedürfnissen an Betreuung, Versorgung, Pflege und Begleitung dieser Patientengruppe zu entsprechen ist ein spezialisiertes multidisziplinäres Team notwendig (Feichtner, 2014).

Mitarbeiter dieser Teams sind:

- ÄrztInnen,
- Pflegepersonen,
- DiätologInnen
- LogopädInnen
- SozialarbeiterInnen,
- PsychologInnen,
- SeelsorgerInnen,
- PhysiotherapeutInnen und
- ehrenamtliche HelferInnen (Feichtner, 2014).

Bei diesem Therapieansatz liegt der Fokus der Behandlung nicht primär auf der Erstellung von Prognosen hinsichtlich der vorhandenen Erkrankung. Vielmehr ist die Erhebung des Interventionsbedarfs und in der Folge die Gestaltung eines individualisierten Behandlungsplanes von Interesse. Dazu sind verschiedene Hilfsmittel erforderlich, die der Komplexität der Bedürfnisse gerecht werden (Comino et al., 2017).

1.1 Palliative Care

Der Ausdruck Palliative Care ist vom lateinischen *pallium* abgeleitet, was *Mantel, Hülle, Bedeckung* bedeutet beziehungsweise von *palliare: mit einem Mantel bedecken*. Der englische Begriff *care* hat die Bedeutung *Fürsorge, Begleitung, Betreuung und Pflege von PatientInnen*. 1975 prägten Balfour Mount, ein kanadischer Arzt und Cicely Saunders, eine englische Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin, den Begriff *Palliative Care* als einen sowohl im französischen als auch im englischen Sprachraum akzeptablen Begriff. Palliative Care ist der international verwendete Fachausdruck. Im deutschsprachigen Raum werden synonym die Begriffe *Palliativmedizin, Palliativbetreuung* oder *Palliativversorgung* verwendet (Feichtner, 2014).

Palliative Care ist ein interdisziplinäres, multiprofessionelles und international bedeutsames Konzept. Dies hat zu einer Entwicklung vielfältiger Modelle und unterschiedlicher Ansätze geführt, die insofern auch stets im Kontext ihrer Entstehung zu sehen sind (Radbruch et al. 2007). Palliativpflege und Palliativmedizin sind Teildisziplinen der Palliative Care, die einander ergänzen und verstärken um ein gemeinsames Ziel zu erreichen: die Erhaltung der Lebensqualität schwer kranker und sterbender Menschen (Feichtner, 2014).

Laut der WHO (World Health Organisation) ist die Palliative Care ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von PatientInnen und deren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Diese Verbesserung wird durch Vorbeugung und Linderung von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art erreicht (WHO, 2018).

In der Palliative Care wird das Konzept der ganzheitlichen Behandlung, Pflege und Begleitung verfolgt. Dieses Konzept berücksichtigt zum einen auf die Bedeutung einer ressourcenorientierten und salutogenetischen Betreuung, in der nicht nur den Problembereichen (Problemdiagnosen) Beachtung geschenkt wird, sondern in der auch die individuellen Möglichkeiten berücksichtigt und genutzt werden. Dabei werden die gesunden Anteile zur Selbsthilfe der PatientInnen und ihrer Angehörigen aktiv unterstützt. Zum anderen verweist es auf die Umstellung von einem paternalistisch geprägten medizinischen Betreuungsverständnis auf eine partizipative Gestaltung der Beziehung zwischen PatientInnen und professionellen Betreuungspersonen, in der die PatientInnen als kompetente und selbstbestimmte Personen wahrgenommen werden (Knipping, 2007).

In der palliativen Versorgung soll eine möglichst hohe Funktionsfähigkeit und Lebenszufriedenheit der PatientInnen erhalten werden, wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist. Diese Disziplin ist durch eine lebensbejahende Haltung geprägt, in der das Sterben als ein normaler Prozess angesehen wird. Der Tod soll dabei weder beschleunigt noch hinausgezögert werden. Es soll eine Linderung der Schmerzen und anderer Beschwerden erreicht werden. Ziel ist es, den Patienten beziehungsweise der Patientin genau die Unterstützung zukommen zu lassen, die es ihm/ihr ermöglicht, sein/ihr Leben so aktiv zu gestalten, wie es im Rahmen seiner/ihrer Krankheit möglich ist. Auch der Familie bietet die Palliativ Care sowohl während der Erkrankung als auch in der Trauerphase Unterstützung (Radbruch et al., 2007).

Die Palliativpflege ist Teil eines interdisziplinären Teams. Sie versteht sich als Spezialpflege, die auch eine spezielle Ausbildung verlangt. Gekennzeichnet ist sie durch umfassendes Wissen, praktisches Können, hohe soziale Kompetenz, um vor allem auf die Individualität jedes/jeder einzelnen Patienten/Patientin eingehen zu können. Die Pflege wird auch als Stütze bei der Bewältigung von krankheitsbedingten Krisen und schwierigen Situationen anerkannt und trägt in hohem Maße zur Erhaltung von Selbstachtung und Würde bei. Weitere wesentliche Aufgaben sind das umfassende Symptomassessment und eine Einschätzung der individuellen Bedürfnisse der PatientInnen und Angehörigen. Darüber hinaus ist die Pflege dazu angehalten, ideale Rahmenbedingungen für

das Sterben zu schaffen, eine Stütze für die Hinterbliebenen zu sein und die Pflege und Versorgung des Verstorbenen in angemessener Weise durchzuführen (Feichtner, 2014).

Die Palliativpflege ist Teil eines interdisziplinären Teams. Sie selbst versteht sich als Spezialpflege, welche auch eine spezielle Ausbildung verlangt. Gekennzeichnet ist sie durch umfassendes Wissen, praktisches Können, hohe soziale Kompetenz, um vor allem auf die Individualität jedes/jeder einzelnen Patienten / Patientin eingehen zu können. Die Pflege wird auch als Stütze in der Bewältigung von krankheitsbedingten Krisen und schwierigen Situationen anerkannt und trägt in großem Maße zur Erhaltung von Selbstachtung und Würde bei. Eine weitere wichtige Aufgabe ist das umfassende Symptomassessment und eine Einschätzung der individuellen Bedürfnisse der PatientInnen und Angehörigen. Weiters ist die Pflege dazu angehalten ideale Rahmenbedingungen für das Sterben zu schaffen, eine Stütze für die Hinterbliebenen zu sein und die Pflege und Versorgung des Verstorbenen in entsprechender Weise durchzuführen (Feichtner, 2014).

Bis ins 19. Jahrhundert stand oft vielmehr die Linderung von Leiden als die Heilung selbst im Vordergrund. Somit war auch die Pflege meist palliativ, also lindernd. Erst durch die Weiterentwicklung der Medizin in verschiedenen Bereichen, wie die Einführung Antibiotika-Therapie oder der Einsatz der modernen Anästhesie sowie der Radio- und Chemotherapie, rückte die Heilung in den Vordergrund. Dieser Paradigmenwechsel hatte zur Folge, dass die Heilung als eigentliche Aufgabe der Medizin betrachtet wurde. Unheilbar Kranke und Sterbende waren aufgrund der damit verbundenen Kosten und des erhöhten Aufwands für das Personal in Krankenhäusern oft nicht willkommen. Vor 40 Jahren kam es erneut zu einem Paradigmenwechsel. Ein zunehmendes Bewusstsein für die Bedürfnisse von unheilbar Kranken und Sterbenden entwickelte sich (Feichtner, 2014).

1993 erfolgte die Gründung des Dachverbandes der Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Österreich, der bundeslandübergreifend zusammenarbeitet. Die Gründung der OPG (Österreichische Palliativgesellschaft), die sich vor allem mit der Ausbildung sowie der Forschung im Palliativ-Care-Bereich befasst, folgte im Jahr 1998. 1999 wurde die Palliativmedizin in der bundesweiten Krankenhausplanung in Österreich verankert, woraufhin zahlreiche Palliativstationen eröffnet wurden (Feichtner, 2014).

Im Jahr 2004 entwickelte das ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) das *Konzept der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung*, in dem pro einer Millionen EinwohnerInnen 60 Palliativbeziehungsweise Hospizbetten zur Verfügung stehen sollen. Ende des Jahres 2012 gab es in Österreich 40 mobile Palliativteams und 31 Palliativstationen mit insgesamt 289 Betten (Feichtner 2014).

1.1.1 Die verschiedenen Domänen im Palliative Care Bereich

Ein großer Fortschritt für die Palliative Care war die Definition von Domänen im Zuge der Veröffentlichung der Guideline im Rahmen des *National Consensus Projects for Quality Palliative Care* (NCP) im Jahr 2004. Der Zweck des NCP besteht darin, Leitlinien für die klinische Praxis zu erstellen und regelmäßig zu evaluieren. Dadurch soll zum einen die Qualität der Pflege gewährleistet und weiter verbessert werden (NCP, 2013). Zum anderen kann eine gemeinsame Sprache beziehungsweise gemeinsame Vision die Zusammenarbeit zwischen Forschern erleichtern. Eine Grundlage hierfür bilden diese akzeptierten einheitlichen Domänen und Variablen. Die NCP-Guideline kann zudem als Gerüst für die Entwicklung von Assessmentinstrumenten herangezogen werden beziehungsweise als Beurteilungsrahmen zur Bewertung verschiedener Assessmentinstrumente in Bezug auf diese Domänen genutzt werden (Ferrell, 2005).

Im Folgenden werden die acht von der NCP definierte Domänen näher beschrieben.

In der **Struktur- und Prozessdomäne** liegt der Schwerpunkt auf interdisziplinärer Teamarbeit sowie Zusammenarbeit mit den PatientInnen und deren Familien. Es wird großer Wert auf eine koordinierte Bewertung und Kontinuität der Pflege in den Gesundheitseinrichtungen gelegt. In dieser Domäne werden sowohl die interdisziplinäre Teamzusammensetzung als auch die Qualifikationen der einzelnen Teammitglieder hinsichtlich notwendiger Ausbildung und Training thematisiert sowie Unterstützungsmöglichkeiten beschrieben. Darüber hinaus gehört die Qualitätsbewertung und -verbesserung zu dieser Domäne (NCP, 2013).

Die **physikalische Domäne** beinhaltet die Bewertung und Behandlung körperlicher Symptome mit geeigneten validierten Werkzeugen. Die Behandlung erfolgt multidimensional mittels pharmakologischen, interventionellen, verhaltensbezogenen und komplementären Maßnahmen. Die Verwendung expliziter Richtlinien zur Behandlung von Schmerz und anderen Symptomen mit Medikamenten wird empfohlen (NCP, 2013).

Die **psychologische und psychiatrische Domäne** konzentriert sich auf den Bewertungsprozess von psychologischen Problemen und psychiatrischen Diagnosen (NCP, 2013).

Der Fokus der **sozialen Domäne** liegt auf dem interdisziplinären Engagement und der Zusammenarbeit mit PatientInnen und deren Familien. Wesentliche Elemente einer palliativmedizinischen Sozialbeurteilung werden definiert (NCP, 2013).

Die **spirituelle Domäne** enthält eine Definition von Spiritualität und betont die Bewertung, den Zugang und die Mitarbeit des Personals bei der Betreuung spiritueller Anliegen während des Krankheitsverlaufes. Der Bereich fördert spirituelle und religiöse Rituale und Praktiken zur Trauer und Erleichterung (NCP, 2013).

Die **Kulturdomäne** definiert Kultur und kulturelle Kompetenz für das interdisziplinäre Team und unterstreicht diese als Quelle der Stärke für PatientInnen und Familien (NCP, 2013).

Die **Domäne zur Pflege des Patienten am Ende des Lebens** thematisiert die Kommunikation und Dokumentation von Zeichen und Symptomen des Sterbeprozesses. Soziale, spirituelle und kulturelle Aspekte der Pflege haben die größte Bedeutung während des gesamten Prozesses (NCP, 2013).

Die **ethische und rechtliche Domäne** beinhaltet die Vorausplanung der gesundheitlichen Versorgung, ethische Belange sowie die rechtlichen Aspekte der Pflege (NCP, 2013).

In Tabelle 1 werden die von der NCP definierten Domänen mit den spezifischen Schlüsselempfehlungen dargestellt.

Tabelle 1: Die Domänen des Palliative Care Bereiches und Empfehlungen der *National Consensus Panel Guideline* (NCP, 2013).

DOMÄNE	SCHLÜSSELEMPFEHLUNGEN
Struktur & Prozess der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • interdisziplinäres Team • umfassende interdisziplinäre Bewertung • Bildung und Training
physische Aspekte der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen mit optimalen und bewährten Methoden.
psychologische & psychiatrische Aspekte der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologische und psychiatrische Probleme werden bewertet und bewältigt. • Trauerprogramme stehen für PatientInnen und deren Familien zur Verfügung.
soziale Aspekte der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • interdisziplinäre Bewertung des sozialen Hintergrundes mit entsprechendem Pflegeplan • Überweisung an spezielle Dienste
spirituelle, religiöse und existentielle Aspekte der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Spirituelle Sorgen werden bewertet und angesprochen. • Verknüpfungen mit der Gemeinschaft • Spirituelle oder religiöse Ressourcen werden je nach Bedarf bereitgestellt.

kulturelle Aspekte der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Kulturspezifische Bedürfnisse von Patienten und Familien werden bewertet und angesprochen.
Pflege am Lebensende	<ul style="list-style-type: none"> • Anzeichen und Symptome des bevorstehenden Todes werden erkannt und angesprochen. • Die Diversität der Gesellschaft sollte sich im Personal widerspiegeln.
ethische & rechtliche Aspekte der Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele, Präferenzen und Entscheidungen des Patienten bilden die Grundlage für den Pflegeplan. • Das Team kennt relevante Bundes-/Landesgesetze & Vorschriften

1.2 Assessment

Der Begriff *Assessment* lässt sich von dem englischen Verb *to assess* ableiten und bedeutet so viel wie *einschätzen, analysieren und beurteilen*. Das Substantiv *assessment* lässt sich mit *Einschätzung* übersetzen (Reuschenbach & Mahler, 2011).

Assessmentinstrumente oder Tools sind in der Regel in Form von Skalen oder Fragebögen verfügbar und werden in erster Linie von Pflegekräften ausgefüllt. Es gibt jedoch auch einzelne Instrumente, die von den Betroffenen selbst verwendet werden können. Solche Berichte geben Auskunft über körperliche Symptome (z. B. Schmerz oder Dyspnoe), psychische Gesundheitsprobleme (z.B. Depression) oder über den sozialen Hintergrund (Aslakson et al., 2017).

Als Pflegeassessment wird jegliche Form der deliberativen und intentionalen Einschätzung pflegerischer Phänomene und Konzepte verstanden. Auch die Nutzung strukturierter Einschätzungs-, Beobachtungs- und Abklärungsinstrumente (Fragebögen, Skalen, Tests, Interview- Leitfäden), die als Pflegeassessmentinstrumente oder Pflegeassessmentverfahren bezeichnet werden, fällt darunter. Die Ergebnisse des Assessments bilden die Basis für pflegerisches Handeln (Reuschenbach & Mahler, 2011).

Das Assessment findet sich im Pflegeprozess wieder wie in Abbildung 1 ersichtlich:

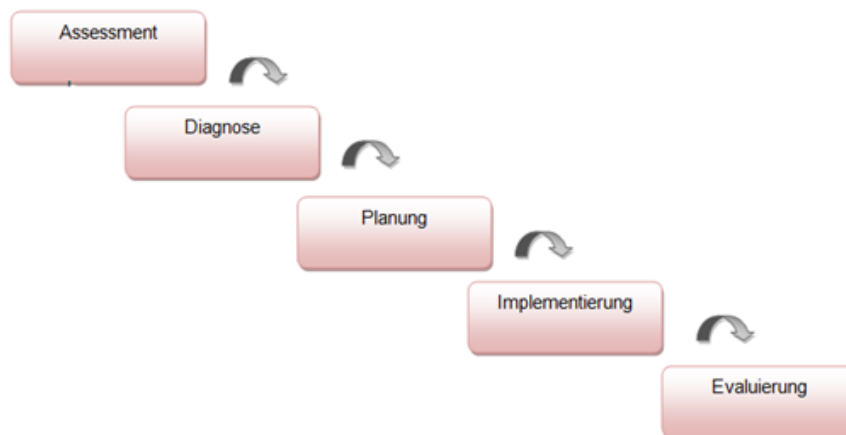


Abbildung 1: Der Pflegeprozess

In diesem Prozess wird das Assessment als Methode der Informationssammlung herangezogen. Einschätzungen können schriftlich festgehalten werden und einen Teil der Dokumentation darstellen oder als Grundlage für die daraus abgeleiteten pflegerischen Interventionen dienen (Reuschenbach & Mahler, 2011).

In der Pflege ist es notwendig, die Unterscheidung zwischen Basisassessment und Fokusassessment zu treffen. Das Basisassessment ist eine erste grobe Einschätzung für den Einstieg in den diagnostischen Prozess. Das Fokusassessment wird eingesetzt, um ein bestimmtes Pflegeproblem in den Mittelpunkt zu stellen und dieses gründlich zu erfassen. Zudem werden Assessmentinstrumente zur Qualitätssicherung benötigt. Sie sind essentiell in der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Reuschenbach & Mahler, 2011).

Die steigende Anzahl an Neuentwicklungen und Validierungen von Assessmentinstrumenten in den letzten Jahren kann durch den Druck einer geforderten Objektivierung von Pflegeleistungen und -ergebnissen im Kontext der Qualitätsdebatten erklärt werden. In der Pflegewissenschaft werden Assessmentinstrumente zur Messung von Variablen genutzt, wobei das Verfahren hierbei eine große Rolle spielt. In der Praxis ist der Einsatz rechtlich und ökonomisch sowie durch die Verbesserung der Pflegequalität begründet. Im Idealfall sollte sich die Ergebnisqualität verbessern (Reuschenbach & Mahler, 2011).

Gütekriterien spielen eine große Rolle in Bezug auf die Konstruktion, Bewertung, Auswahl, Implementierung und Anwendung in einem Assessmentverfahren. Sie können als Prüfstandards angesehen werden, die für die Konstruktion und für die Auswahl von Assessmentinstrumenten leitend sind. In der Praxis sind sie von großer Bedeutung, um den allgemeinen Einsatz eines Instrumentes zu begründen oder die Auswahlentscheidung für ein Instrument zu legitimieren, wenn mehrere Instrumente zur Erfassung eines Pflegephänomens vorliegen. Zu den üblichen Gütekriterien zählen die *Validität*, die *Reliabilität* und die *Objektivität*. Als wesentlicher Faktor bei den anwendungsbezogenen Gütekriterien wird die *Praktikabilität* beschrieben (Reuschenbach & Mahler, 2011).

➤ **Reliabilität**

Die Reliabilität wird auch als Zuverlässigkeit oder Messgenauigkeit beschrieben und betrifft die Konstanz der Messmethode. Das bedeutet, je weniger unterschiedliche Messdaten bei der Messung herauskommen, desto zuverlässiger, d. h. desto höher, ist die Reliabilität. Zur Überprüfung der Reliabilität stehen drei Aspekte im Fokus: Stabilität, Äquivalenz sowie Homogenität (Burns & Grove, 2005).

➤ **Validität**

Die Validität, auch als Gültigkeit bezeichnet, ist das Ausmaß, in dem das Instrument die abstrakten Konstrukte, die untersucht werden, korrekt erfasst. Kein Instrument ist vollständig gültig, daher wird immer nur das Validitätsmaß eines Instrumentes bestimmt und nicht, ob Validität existiert. Es gibt verschiedene Formen, um die Validität zu messen: beispielsweise die inhaltsbezogene Validität, die Konstruktvalidität oder die Kriteriumsvalidität (Burns & Grove, 2005).

➤ **Objektivität**

Als Objektivität wird der Grad der Unabhängigkeit der Einschätzung der AnwenderInnen definiert. Da mangelnde Objektivität zu Messfehlern führt, hat sie Einfluss auf die Reliabilität und Validität. Bei der Objektivität wird zwischen Auswertungsobjektivität, Interpretationsobjektivität und Durchführungsobjektivität unterschieden (Reuschenbach & Mahler, 2011).

➤ **Praktikabilität**

Die Praktikabilität wird auch als Handhabbarkeit oder Anwendbarkeit verstanden. Mit der Praktikabilität werden der Aufwand für die Implementierung der Instrumente, der Einsatz, die Auswertung und die Ableitung von Interventionen beschrieben. Als praktikabel wird ein Instrument daher verstanden, wenn es leicht verständlich und ohne aufwendige Schulung einsetzbar ist und wenn gewonnene Daten genutzt werden können (Reuschenbach & Mahler, 2011).

1.3 Relevanz der Arbeit

Der Fokus der Arbeit liegt darauf, anhand der internationalen Fachliteratur zu reflektieren, inwieweit Instrumente zur Einschätzung als Grundlage der professionellen Arbeit im Bereich der Palliative Care zum Einsatz kommen, welche Assessmenttools Anwendung finden und inwieweit diese der Komplexität der Thematik angemessen sind. Besondere Beachtung soll den Pflegeproblemen beziehungsweise den Domänen und deren Berücksichtigung in der Erhebung anhand der Instrumente geschenkt werden. Daraus ergibt sich das im Folgenden genannte Forschungsziel.

1.4 Forschungsfrage und Forschungsziel

Ziel dieser Arbeit ist es, die Relevanz von Assessmentinstrumenten im Palliative-Care-Bereich aufzuzeigen.

Aus diesem Forschungsziel lässt sich die Forschungsfrage ableiten:

Welche Relevanz haben Assessmentinstrumente im Palliativ-Care-Bereich?

2 Methode

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde zwischen September 2017 und Jänner 2018 eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) durchgeführt.

Zur Anwendung kamen die Mesh-Terms ‚palliative care‘ und ‚terminal care‘ beziehungsweise Major-Subject-Subheadings ‚palliative care‘, ‚terminal care‘ und ‚end of life care‘, die mit dem Bool’schen Operator OR verknüpft wurden, um alle Ergebnisse zu erhalten, die synonym verwendete Bezeichnungen aufweisen. Darüber hinaus wurden die Keywords ‚assessment tool‘ und ‚assessment instrument‘ genutzt, die mit dem Bool’schen Operator AND angefügt und mit OR verbunden wurden. Die verwendeten Mesh-Terms beziehungsweise Major-Subject-Subheadings wurden sowohl ausschließlich im Titel als auch im Bereich Titel und Abstract für die Recherche genutzt. Alle benutzten Begriffe wurden ebenfalls für eine Suche im gesamten Dokumentbereich verwendet.

Zur Einschränkung der Ergebnisse wurden bei der Suche Limitationen festgelegt. Um die Aktualität der verwendeten Literatur sicherzustellen, wurde nur nach Veröffentlichungen innerhalb der letzten 10 Jahre gesucht. Ebenfalls wurde festgelegt, dass nur Publikationen in deutscher oder englischer Sprache in den Ergebnissen erscheinen.

Diese Recherche ergab 199 Treffer in PubMed und 179 Treffer in CINAHL. Die Ergebnisse aus beiden Datenbanken wurden auf Duplikate überprüft und anhand der Sichtung und Beurteilung der Titel in eine Vorauswahl aufgenommen. Die so identifizierten Studien wurden einem Abstract-Screening unterzogen, um relevante Studien hinsichtlich der Beantwortung der Forschungsfrage zu finden. Im Anschluss wurden die Volltexte der Studien gelesen und in Frage kommende Studien einer kritischen Bewertung unterzogen. Diese erfolgte anhand des Bewertungsbogens von Hawker et al. (2002). Die Sichtung der Referenzlisten hatte zur Folge, dass eine weitere Publikation, die den Anspruch an die Aktualität nicht erfüllt (2003), in den Prozess aufgenommen wurde. Eine Darstellung dieser Literaturrecherche erfolgt anhand eines Flowcharts in Anlehnung an das Prisma-Statement von Moher et al. (2010) und findet sich in Abbildung 2.

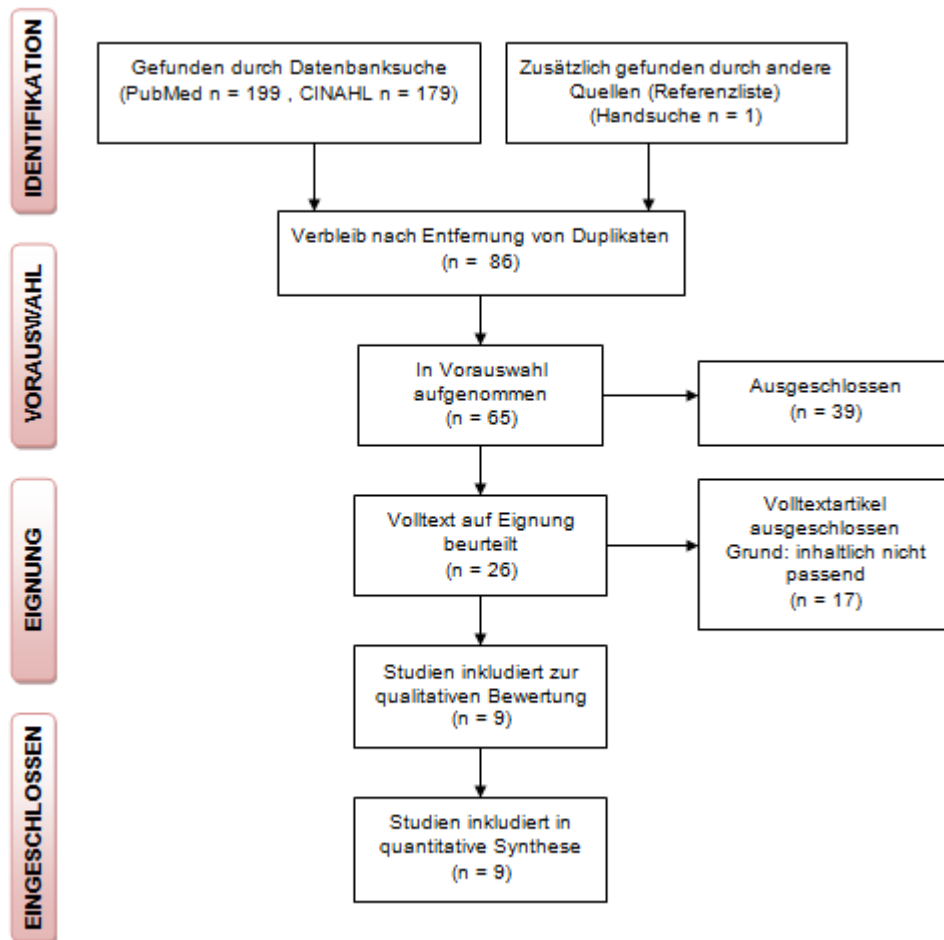


Abbildung 2: Flussdiagramm zur Darstellung der Literaturrecherche (Moher et al., 2010)

2.1 Berücksichtigte Studien

Tabelle 2: Eigenschaften der berücksichtigten Studien

Autoren, Jahr	Titel der Studie	Land	Studiendesign	Forschungsziel
Aslakson R. A. et al., 2017	Patient- and caregiver-reported assessment tools for palliative care: Summary of the 2017 agency for healthcare research and quality technical brief	USA	A systematic review of systematic reviews	Zusammenfassung von Palliative Care-Assessment-Tools und die Identifikation der Bedürfnisse für zukünftige Werkzeugentwicklung und -bewertung
		Europäische	Expertenkonsens	Abgabe von Expertenempfehlungen zur Ergebnismessung für den

Bausewein C. et al., 2016	EAPC White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services – Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC): Task Force on Outcome Measurement	Kooperationsstudie		Palliativ Care Bereich in Bezug auf die klinische Praxis und Forschung
Buzgova R. et al., 2016	Development and psychometric evaluation of patient needs assessment in palliative care (PNAP) instrument	Tschechien	Literature review und qualitative Forschung	Entwicklung eines adäquaten Werkzeugs, das die Bedeutung und Befriedigung der Bedürfnisse der palliativen Patienten darstellt und die psychometrischen Eigenschaften enthält
Hudson P. et al., 2016	Toward a systematic approach to assessment and care planning in palliative care: A practical review of clinical tools	Australien	Mixed-method sequential approach over 4 phases	Empfehlung klinisch bedeutender Werkzeuge, die eine Unterstützung bei der Beurteilung und Pflegeplanung für Patienten und pflegende Angehörige in spezialisierten palliativmedizinischen Einrichtungen (zu Hause, im Krankenhaus und im Hospiz) sein können
Kwang A. Y. & Kandiah M., 2010	Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care	Malaysia	Vergleichende Querschnittstudie	Untersuchung des Ernährungszustands von Krebspatienten in der Palliativmedizin anhand von objektiven und subjektiven Methoden
Masel E.K. et al., 2016	The PERS ² ON score for systemic assessment of symptomatology in palliative care: a pilot study	Wien	Prospektive Kohorten Längsschnittstudie	Die Entwicklung eines strukturierten Assessmenttools speziell für PalliativpatientInnen, es soll klinisch nützlich und in der täglichen Praxis anwendbar sein
McIlfratrick S. &	Evaluating an holistic assessment tool for	Irland	Mixed-method research-	Evaluation eines ganzheitlichen

Hasson F., 2013	palliative care practice		sequential explanatory strategy	Assessmenttools für die Palliativpraxis: dies beinhaltet die Identifizierung der Bedürfnisse der PatientInnen, die Nutzung und die Erforschung der Verwendbarkeit, Anwendbarkeit und Hindernisse für die Implementierung in der Praxis
Steel K. et al., 2003	The RAI-PC: An assessment instrument for palliative care in all settings	USA	Feldstudie	Evaluation der Häufigkeit der am meisten auftretenden Symptome mit einem neu entwickelten Instrument und Prüfung von dessen Zuverlässigkeit
Stiel S. et al., 2010	Validierung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS ²) für Patienten in der Palliativmedizin	Deutschland	Längsschnittvergleichsstudie	Überprüfung der Reliabilität und Validität von MIDOS ² sowie Prüfung des Belastungsgrades und des Zeitaufwands durch den Einsatz von MIDOS ²

3 Ergebnisse

Für die Untersuchung zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden neun Studien berücksichtigt. In den Studien von Buzgova et al. (2016), Kwang & Kandiah (2010), Masel et al. (2016), McIlpatrick & Hasson (2013), Steel et al. (2003) und Stiel et al. (2010) werden verschiedene Assessmentinstrumente der Palliative Care beschrieben. In den beiden systematischen Literaturreviews von Aslakson et al. (2017) und Hudson et al. (2016) wird ein Überblick über die Assessmentinstrumente in Bezug auf die verschiedenen Domänen gegeben. Ebenfalls thematisiert werden Mängel der Assessmenttools. In der Studie von Bausewein et al. (2016) werden Expertenempfehlungen zur Ergebnismessung für den Palliativ-Care-Bereich in Bezug auf die klinische Praxis und Forschung abgegeben.

Um den komplexen Pflegebedarf der PalliativpatientInnen zu eruieren, ist eine angemessene Erfassung und Einschätzung erforderlich. Der Unterschied zu herkömmlichen Assessmentinstrumenten liegt sowohl im Aufbau als auch im Inhalt der Palliativ-Care-Assessmentinstrumente. Palliativ-Care-Tools sind nach dem holistischen (ganzheitlichen) Konzept aufgebaut (Aslakson et al., 2017). Eine ganzheitliche Bewertung geht über die körperlichen Bedürfnisse hinaus und schließt die soziale, psychische, emotionale und spirituelle Gesundheit der PatientInnen und deren Familien ein (McIlfatrick & Hasson, 2013).

Die Verwendung von Assessmentinstrumenten sollte routinemäßig stattfinden, daher sollten Tools grundlegender Bestandteil des Pflegealltags sein. Vorteile für die routinemäßige Anwendung bestehen darin, dass eine priorisierende Pflege ermöglicht wird und eine Verbesserung der Qualität dieser erreicht werden kann. Die Bewertung sollte als ein Prozess angesehen werden, der flexibel genug ist, um auf die sich ändernden Umstände der PatientInnen zu reagieren (McIlfatrick & Hasson, 2013, Hudson et al., 2016).

Daraus ergibt sich, dass Assessmentinstrumente im Palliative-Care-Bereich nicht nur zur Ersteinschätzung, sondern im gesamten Verlauf der Pflege und Betreuung regelmäßig zur Evaluierung und Outcome-Messung herangezogen werden (Bausewein et al., 2016).

Insbesondere im Zuge einer holistischen Bewertung wird über die Bereiche des psychologischen und spirituellen Wohlbefindens gesprochen. Dadurch können oft sehr tiefgründige Gespräche entstehen, wobei Assessmenttools als Hilfe dienen können, um bei der Erörterung schwieriger und sensibler Themen zu unterstützen. Eine Anforderung an den Assessor hierbei ist es, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen und Verständnis für den Patienten / die Patientin zu entwickeln (McIlfatrick & Hasson, 2013).

Hinsichtlich der Durchführung von Assessments anhand von Instrumenten sind die Dauer und Komplexität von zentraler Bedeutung. Im besten Fall sind Tools einfach in der Handhabung und nicht zeitintensiv in der Anwendung, um für eine schwerkranke Patientin / einen schwerkranken Patienten oder ein Familienmitglied

so wenig belastend wie möglich zu sein. Praktikabilität des Instrumentes ist somit ein wesentlicher Faktor in der Praxis. Im Gegensatz dazu können Assessmentinstrumente, die hauptsächlich zur Bewertung von Interventionen in der Palliativversorgung eingesetzt werden, zeitintensiver und/oder spezifischer ausfallen (Aslakson et al., 2017).

Fortschreitende Krankheit, kognitive Beeinträchtigung und Verschlechterung des Zustands während der Sterbephase führen dazu, dass die PatientInnen oft nicht mehr in der Lage sind, aufwendige Assessmenttools zu verwenden. Selbst kurze und unkomplizierte Instrumente können PatientInnen dann nicht mehr abschließen. Eine passende Lösung dafür sind Proxy Assessments, die von Angehörigen oder Pflegepersonal durchgeführt werden. Diese können in den letzten Tagen beziehungsweise Stunden des/der Sterbenden eine große Hilfe darstellen (Bausewein et al., 2016).

Um den bestmöglichen Nutzen zu haben und die Erwartungen zu erfüllen, sollten Werkzeuge in diesem Bereich sowohl reaktionsfähig (empfindlich bezüglich Veränderungen) als auch zuverlässig sein. Insgesamt sollte ein Palliative-Care-Assessmenttool verlässlich, valide und responsiv sein und damit positive psychometrische Eigenschaften aufweisen (Aslakson et al., 2017).

Outcome-Messungen, insbesondere die patientenbezogene Outcome-Messung, gewinnen in der Palliative Care zunehmend an Bedeutung, um die Qualität, Effektivität, Effizienz und Verfügbarkeit der Palliativversorgung zu bewerten. Eine Outcome-Messung ist der Schlüssel zum Verständnis verschiedener verfügbarer Modelle, deren Gemeinsamkeiten in der Pflege in verschiedenen Ländern sowie der Patientenkomplexität. Die Einführung der Ergebnismessung in die Praxis lässt sowohl nationale als auch internationale Ergebnisvergleiche zu. Ergebnisdaten sind für die Qualitätsverbesserung und für ein Benchmarking relevant (Bausewein et al., 2016).

Neben den positiven Aspekten konnten in der internationalen Literatur Defizite identifiziert werden, die in dieser Arbeit ebenfalls erwähnt werden sollen. Hierzu zählt, dass die Reaktionsfähigkeit der Instrumente nicht immer zufriedenstellend

ausfällt, die Erhebung mittels eines Tools eine Belastung für die/den PatientInnen darstellen kann, zum Teil Assessmentinstrumente nicht ausreichend auf psychometrische Eigenschaften getestet sind und die Qualität dadurch nicht als hochwertig bezeichnet werden kann. Problematisch ist auch, dass viele Instrumente ausschließlich für onkologische PatientInnen konzipiert wurden und nicht in für andere PatientInnen innerhalb der Palliativpopulation angewendet werden können. Bemängelt wird ebenfalls, dass einige in der Anwendung zu zeitintensiv sind (Aslakson et al., 2017).

Manche Tools sind spezifisch auf eine bestimmte Patientengruppe oder Krankheit abgestimmt, was hinsichtlich der Übertragbarkeit auf andere Gruppen ein Problem darstellt. Nicht nur die Auswahl des passenden Tools stellt ein Hindernis dar, sondern auch die Ausführung des Instrumentes kann herausfordernd sein. Um dieser Herausforderung gewachsen zu sein, ist ein vorangegangenes Training nötig, um einen sicheren Umgang mit dem Instrument zu erlernen (Hudson et al., 2016).

Laut Aslakson et al. (2017) gibt es insgesamt 152 relevante Palliativ-Care-Assessmentinstrumente. Die Tools betreffen die Bereiche Struktur und Prozess, den physikalischen Bereich (vor allem Instrumente zu Schmerz, Dyspnoe und Ermüdbarkeit), den psychologischen und psychiatrischen Bereich, den sozialen Bereich, den spirituellen Bereich, Pflege am Ende (besonders zur Subdomäne Trauer) und den ethischen und rechtlichen Bereich. Zum kulturellen Bereich gibt es derzeit noch keine Instrumente (Aslakson et al., 2017).

Während es zu einigen dieser Bereiche (z. B. physischer, psychologischer und psychiatrischer sowie sozialer Bereich und Pflege am Ende des Lebens) viele Assessmentinstrumente gibt, sind in anderen Bereiche (spirituell, religiös, existenziell, kulturell, ethisch und juristisch) wenige bis keine Assessmentinstrumente verfügbar (Aslakson et al., 2017).

Laut Hudson et al. (2016) gibt es 90 Tools, die in der Palliative Care Verwendung finden. Die Instrumente decken Bereiche ab wie: Symptome (17 Tools), Leistung und funktioneller Status (11 Tools), Schmerz (22 Tools), Bedürfnisse (18 Tools),

Spiritualität (10 Tools) und Pflege für sterbende Patienten (2 Tools). Darüber hinaus beinhaltet die Beurteilung auch die systematische Bewertung von kürzlich empfohlenen Tools bezogen auf die folgenden Gebiete: Pflege von Familie/ Bezugsperson (2 Tools), psychologische und emotionale Bedürfnisse (3 Tools), Lebensqualität (5 Tools) und prognostische Tools (2 Tools) (Hudson et al., 2016).

Im Folgenden werden verschiedene Assessmentinstrumente der Palliative Care vorgestellt:

3.1 Holistic Assessment

Die Bereitstellung personenzentrierter Pflege in einem ganzheitlichen palliativen Rahmen erfordert ein Verständnis der Bedürfnisse der PatientInnen. Daher ist eine sorgfältige Beurteilung der Bedürfnisse und Umstände der Patienten von zentraler Bedeutung für den Versorgungsprozess. Das als Holistic Assessment bezeichnete Assessmentinstrument wurde für alle PalliativpatientInnen entwickelt, die an einer fortgeschrittenen irreversiblen Krankheit leiden. Es ist auf die gesamte Palliativpopulation ausgerichtet und nicht wie viele andere Instrumente speziell auf onkologisches Leiden beschränkt. Es entstand durch einen interaktiven Prozess verschiedener Teams und wurde von dem *Holistic Common Assessment of Supportive and Palliative Care Needs for Adults with Cancer* abgeleitet (McIlfratrick & Hasson, 2013).

Als Voraussetzung für die Durchführung ist ein angemessenes Wissen über den Krankheitsverlauf, die Symptome, die Behandlung und die wahrscheinliche Prognose der PatientInnen erforderlich (McIlfratrick & Hasson, 2013).

Zum Aufbau des Tools ist zu sagen, dass sich der Assessmentbogen in fünf Spalten gliedert. In der ersten Spalte werden die Domänen gelistet, in der zweiten Spalte die dazugehörigen Risikofaktoren, in der dritten Spalte soll die Dokumentation der Maßnahmen erfolgen, in der vierten Spalte sind die zu berücksichtigenden Maßnahmen gelistet und in der fünften und letzten Spalte ist das Outcome zu dokumentieren (McIlfratrick & Hasson, 2013).

Das Tool umfasst sieben Domänen: physische Gesundheit, soziales und berufliches Wohlbefinden, mentale Gesundheit und emotionales Wohlbefinden, Familie und Näheverhältnisse, spirituelles Wohlbefinden, Bewusstsein, Entscheidungsfindung sowie prognostische und klinische Indikatoren (McIlfatrick & Hasson, 2013).

Übertragen auf die NCP-Guideline lassen sich fünf der dort beschriebenen Domänen identifizieren: physische Domäne, psychologische und psychiatrische Domäne, soziale Domäne, spirituelle Domäne und ethisch und rechtliche Domäne (NCP, 2013).

Die von McIlfatrick und Hasson (2013) beschriebene Domäne der prognostischen und klinischen Indikatoren ist der Guideline von NCP nicht eindeutig zuzuordnen. Die Indikatoren werden verwendet, um den Status der Erkrankung von PatientInnen mit Karzinomen und/oder bevorstehendem Organversagen wie Herz, Nieren oder Lungenversagen sowie neurologischem Versagen, zu beurteilen (McIlfatrick & Hasson, 2013).

In der zweiten Spalte werden zu jeder Domäne Risikofaktoren aufgelistet wie beispielsweise zur physischen Gesundheit: Schmerz, "sich mehr müde fühlen als sonst" oder Schlafstörungen und viele mehr. Eine Ausnahme bildet die Rubrik prognostische und klinische Indikatoren. Hier wird darauf hingewiesen, dass in der dritten Spalte die Maßnahmen dokumentiert werden sollen, die bisher durchgeführt wurden. In der vierten Spalte sind die zu berücksichtigenden Maßnahmen aufgelistet. Beispielsweise wird in der Zeile der physischen Domäne abgefragt, ob ein umfassendes Schmerz-Assessment oder ein anderes angemessenes Assessment bereits durchgeführt worden ist. In der Zeile der sozialen Domäne kann angekreuzt werden, ob ein Sozialarbeiter bereits beteiligt ist oder nicht. In der fünften und letzten Spalte des Tools ist Platz, um das Outcome der zu berücksichtigenden Maßnahmen aus Spalte vier zu dokumentieren (McIlfatrick & Hasson, 2013).

Am Ende des Assessments wird zusammengefasst, ob die Situation stabil ist und ob (einfache oder komplexe) Risikofaktoren bestehen. Je nach Auswahl dieser

drei Möglichkeiten ergibt sich das weitere Vorgehen. Wenn der Patient beispielsweise eine stabile Situation aufweist, sollte ein Termin für die nächste Durchführung des Holistic Assessments dokumentiert werden. Wenn jedoch Risikofaktoren vorhanden sind, sollte ein/e Spezialist/Spezialistin konsultiert werden (McIlfatrick & Hasson, 2013).

In Bezug auf die praktische Anwendung geben McIlfatrick & Hasson (2013) an, dass das Assessment einfach und schnell durchzuführen ist. Das Design ist übersichtlich. Der Inhalt des Instruments gilt als umfassend (McIlfatrick & Hasson, 2013).

Die relevanten Daten des Holistic Assessments werden in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3: Zusammenfassung: Holistic Assessment (McIlfatrick & Hasson, 2013)

Domänen	<ul style="list-style-type: none"> • physische Gesundheit • soziales & berufliches Wohlbefinden • mentale Gesundheit & emotionales Wohlbefinden • Familie & Naheverhältnisse • spirituelles Wohlbefinden • Bewusstsein & Entscheidungsfindung • prognostische, klinische Indikatoren 	<p style="text-align: center;">→ NCP-Guideline</p> <ul style="list-style-type: none"> • physische Domäne • psychologische & psychiatrische Domäne • soziale Domäne • spirituelle Domäne • ethische & rechtliche Domäne
<ul style="list-style-type: none"> • gesamte Palliativpopulation • Durchführung: einfach • Zeitaufwand: schnell durchzuführen • Design: übersichtlich • Inhalt: umfassend • Psychometrische Eigenschaften: - 		

3.2 Resident-Assessment-Instrument für die Palliativpflege (RAI-PC)

Die InterRAI, eine multinationale Verbindung aus Forschern, Ärzten und Aufsichtsbehörden, hat mit dem Resident-Assessment-Instrument für palliative Pflege (RAI-PC) ein standardisiertes Bewertungsinstrument entwickelt. Das RAI-PC kann sowohl für die Gestaltung individueller Pflegepläne als auch für die Outcome-Forschung verwendet werden. Einige Elemente dieses Instruments sind aus dem Resident-Assessment-Instrument (RAI) entnommen, das in allen Pflegeheimen in den Vereinigten Staaten zum Einsatz kommt und auch weltweit zunehmend Verwendung findet. Das RAI-PC kann alleine oder in Verbindung mit anderen Bewertungsinstrumenten verwendet werden. Weitere von der InterRAI-Kollaboration entworfene Instrumente sind das RAI für Homecare (RAI-HC), für die Akutversorgung (RAI-AC) und für den Bereich der geistigen Gesundheitsfürsorge (RAI-MH). Wenn aber zu einem bestimmten Symptom oder einer bestimmten Domäne mehr Details erforderlich sind, können andere standardisierte Instrumente verwendet werden. Das RAI-PC kann in verschiedensten Settings der Palliativversorgung eingesetzt werden (Steel et al., 2003).

Das RAI-PC besteht aus 8 Domänen. Diese sind die Symptome, die kognitive Kompetenz und Kommunikation, die Stimmungslage, der funktionelle Status, die Präferenzen, die sozialen Beziehungen, die Spiritualität sowie die Behandlung und Therapien (Steel et al., 2003).

Übertragen auf die NCP-Guideline ergeben sich folgende Domänen: Struktur & Prozess-Domäne, physische Domäne, soziale Domäne, spirituelle Domäne, psychologische und psychiatrische Domäne, ethische & rechtliche Domäne (NPC, 2013).

Das Instrument spricht auch die am häufigsten beobachteten Symptome an, einschließlich Schmerzen, Dyspnoe und Müdigkeit (Steel et al., 2003).

Das RAI-PC ist ein einfach zu bedienendes Instrument für die Pflege und speziell auf die Palliativpflegebedürfnisse der PatientInnen zugeschnitten. Es ist in der Lage, sowohl Informationen über Symptome als auch eine Reihe anderer relevanter Aspekte der PatientInnen bereitzustellen, die zur Maximierung der Lebensqualität erforderlich sind. Für die Fertigstellung des RAI-PC werden in der

Regel etwa 20 Minuten benötigt. Individuelle Abweichungen sind je nach Zustand des Patienten / der Patientin möglich. Dass die Anzahl der Symptome zunimmt, wenn sich der Tod nähert, ist häufig der Fall. Es zeigt auch, dass Personen, die eine Palliativversorgung benötigen, erst im Laufe der Zeit neue und andere Probleme entwickeln. Daher wird das RAI-PC, wie viele andere Bewertungsinstrumente, wiederholt angewendet (Steel et al., 2003).

Eine Darstellung der wesentlichen Daten des RAI-PC erfolgt in Tabelle 4.

Das Instruments wurde als zuverlässig bewertet. Nach dieser Studie wurden Revisionen am RAI-PC vorgenommen, um eine noch bessere Zuverlässigkeit zu gewährleisten. Einige geringfügige Änderungen wurden vorgenommen, um eine bessere Validität zu gewährleisten (Steel et al., 2003).

Tabelle 4: Zusammenfassung: RAI-PC (Steel et al., 2003)

Domänen	<ul style="list-style-type: none"> • Symptome • kognitive Kompetenz & Kommunikation • Stimmungslage • funktioneller Status • Präferenzen • soziale Beziehungen • Spiritualität • Behandlung & Therapien 	<p>→ NCP-Guideline</p> <ul style="list-style-type: none"> • Struktur- & Prozess-Domäne • physische Domäne • soziale Domäne • spirituelle Domäne • psychologische und psychiatrische Domäne • ethische & rechtliche Domäne
<ul style="list-style-type: none"> • gesamte Palliativpopulation • Durchführung: einfach zu bedienen • Zeitaufwand: ca. 20 Minuten • Design: - • Inhalt: umfangreich • Psychometrische Eigenschaften: Zuverlässigkeit sehr gut 		

3.3 Patient needs assessment in palliative care (PNAP)

In der Tschechischen Republik gibt es kein geeignetes Instrument, um den Bedarf der PalliativpatientInnen oder die Qualität der Pflege zu ermitteln. Es gibt nur tschechische Versionen von Fragebögen zur Bewertung der Lebensqualität von KrebspatientInnen. Angesichts der Tatsache, dass die Bedeutung von (insbesondere psychosozialen und spirituellen) Bedürfnissen und deren Bewertung durch den soziokulturellen Kontext beeinflusst werden kann, reicht es unter Umständen nicht aus, ein bereits existierendes, standardisiertes Instrument, das in einem anderen kulturellen Umfeld erstellt wurde, zu übersetzen. Daraufhin wurde das Patient needs assessment in palliative care (PNAP) entworfen, das auch für andere mitteleuropäische Länder geeignet sein könnte, in denen es kein solches Instrument gibt (Buzgova et al., 2016).

Der PNAP-Fragebogen deckt den Bereich der häufigsten biopsychosozialen und spirituellen Bedürfnisse ab. Es wurde für Palliativpatienten geschaffen, die an chronischen oder onkologischen Erkrankung versterben werden (Buzgova et al., 2016).

Die endgültige Version des Fragebogens umfasst vierzig Items, die sieben Domänen zugeordnet werden können. Die sieben Domänen umfassen körperliche Symptome (tägliche Bewegung), den sozialen Bereich (soziale Beziehungen), Respekt und Unterstützung der Gesundheitsfachberufe, Sinn des Lebens und Versöhnung, Autonomie, Chancen, Gefühle sowie religiöse Bedürfnisse (Buzgova et al., 2016).

Übertragen auf die NCP-Guideline ergibt das folgende Konstellation der Domänen: physische Domäne, soziale Domäne, spirituelle Domäne und ethische und rechtliche Domäne (NCP, 2013).

Zwei Skalen wurden erstellt, mit denen einerseits anhand einer 5-Punkte-Skala die Wichtigkeit bewertet werden kann (1= überhaupt nicht bis 5= sehr wichtig) und andererseits die Zufriedenheit, ebenfalls mit einer 5-Punkte-Skala (1=überhaupt nicht bis 5= ja sehr). Beide Skalen werden in allen Domänen genutzt (Buzgova et al., 2016).

Über das zeitliche Ausmaß der Fertigstellung des Instrumentes wird keine eindeutige Aussage getätigt (Buzgova et al., 2016).

Die psychometrischen Eigenschaften werden als akzeptabel, jedoch nicht als ideal beschrieben (Buzgova et al., 2016).

Als ein Mangel des Fragebogens wird angeführt, dass keine Beurteilung hinsichtlich der psychischen Gesundheit, Angst sowie Depressionen der PatientInnen vorgenommen werden kann, was jedoch zu einer ganzheitlichen Bewertung gehöre (Buzgova et al., 2016).

Eine Zusammenfassung des PNAP erfolgt in Tabelle 5.

Tabelle 5: Zusammenfassung: PNAP (Buzgova et al., 2016)

Domänen	<ul style="list-style-type: none"> • körperliche Symptome • sozialer Bereich • Respekt & Unterstützung der Gesundheitsfachberufe • Sinn des Lebens & Versöhnung • Autonomie • Chancen • Gefühle und religiöse Bedürfnisse 	<p>→ NCP-Guideline</p> <ul style="list-style-type: none"> • physische Domäne • soziale Domäne • spirituelle Domäne • ethische & rechtliche Domäne
<ul style="list-style-type: none"> • gesamte Palliativpopulation • Durchführung: - • Zeitaufwand: keine Angabe in der Studie • Design: - • Inhalt: - • Psychometrische Eigenschaften: akzeptabel, jedoch nicht ideal 		

3.4 Das Minimale Dokumentationssystem (MIDOS²)

Das Minimale Dokumentationssystem (MIDOS²) hat vor allem im deutschsprachigen Raum Bedeutung. Durch Fremdbeurteilung des Behandelnden kommt es oft zur Unterschätzung der Beschwerden. Deshalb gibt es Instrumente wie das MIDOS² zur Eigenbeurteilung der PatientInnen. Die erste Version von MIDOS wurde in Folge einer Reflexion der Ergebnisse aus der Praxis entwickelt, nach Diskussionen über neue Bedürfnisse in der Dokumentation verändert und an

die Symptomcheckliste aus dem Basisbogen der Hospiz- und Palliativerhebung (HOPE) sowie an die Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), die immer häufiger in der Palliativpflege Verwendung findet, angepasst (Stiel et al., 2010).

In MIDOS² haben die PatientInnen die Möglichkeit, in einer Liste bestehend aus 10 Symptomen (Schmerz, Übelkeit, Erbrechen, Luftnot, Verstopfung, Schwäche, Appetitmangel, Müdigkeit, Depressivität und Angst) die Beschwerden zum Erhebungszeitpunkt auf einer Rangskala mit 0 = kein, 1 = leicht, 2 = mittlere und 3 = stark anzugeben. Zudem ist es möglich, zusätzliche, frei zu benennende Symptome anzugeben. Die Abschlussfrage zum Befinden („Kreuzen Sie an, wie Sie sich heute fühlen“) wird ebenfalls auf einer kategorialen Rangskala mit 5 = sehr schlecht, 4 = schlecht, 3 = mittel, 2 = gut und 1 = sehr gut beantwortet. Ein Freitextfeld ermöglicht zusätzliche Kommentare der PatientInnen (Stiel et al., 2010).

Die einzelnen Symptome der zehn im MIDOS² berücksichtigten können entweder der physische Domäne oder der psychologischen und psychiatrischen Domäne der NCP-Guideline zugeordnet werden (NCP, 2013).

Durch geringen Zeitaufwand und eine hohe Präferenz dieses Fragebogens durch die TeilnehmerInnen der Studie von Stiel et al. (2010) empfiehlt sich MIDOS² zur regelmäßigen bis hin zu einer täglichen Selbsterfassung. Die subjektiv empfundene Belastung der PatientInnen durch die Selbsteinschätzung durch MIDOS² wurde auf einer numerischen Rangskala durchschnittlich mit $1,1 \pm 2$ (Bereich: 0 = keine bis 10 = maximale Belastung) angegeben. Der zeitliche Aufwand für das Ausfüllen von MIDOS² betrug durchschnittlich $2,4 \pm 1,5$ Minuten (Bereich: 1–7 Minuten) (Stiel et al., 2010).

Insgesamt konnten zufriedenstellende psychometrische Testwerte nachgewiesen werden (Stiel et al., 2010).

Eine zusammenfassende Darstellung des MIDOS² erfolgt in Tabelle 6.

Tabelle 6: Zusammenfassung: MIDOS² (Stiel et al., 2010)

Symptome	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerz • Übelkeit • Erbrechen • Luftnot • Verstopfung • Schwäche • Appetitmangel • Müdigkeit • Depressivität • Angst 	<p>→ NCP-Guideline</p> <ul style="list-style-type: none"> • physische Domäne • psychologische und psychiatrische Domäne
<ul style="list-style-type: none"> • gesamte Palliativpopulation • Durchführung: - • Zeitaufwand: durchschnittlich 2,4±1,5 Minuten (Bereich 1–7 Minuten) • Design: - • Inhalt: - • Psychometrische Eigenschaften: zufriedenstellende Testwerte 		

3.5 Patient-generated subjective global assessment (PG-SGA)

Um Informationen über den Ernährungsstatus zu gewinnen, wurde das Patient-generated subjective global assessment (PG-SGA) entwickelt. Diese Methode wird als einfach durchzuführen, kostengünstig und nichtinvasiv beschrieben. Das PG-SGA wurde speziell für PatientInnen mit onkologischer Erkrankung entwickelt (Kwang & Kandiah, 2010).

Anhand der NCP-Guideline wird der Ernährungsstatus der physischen Domäne zugeordnet (NCP, 2013).

Das PG-SGA enthält sowohl einen Bereich, der von den PatientInnen selbst ausgefüllt wird, als auch einen Bereich, in dem Angaben durch das Pflegepersonal erfolgen. Durch die ersten 4 Abschnitte, die die PatientInnen ausfüllen, werden der Gewichtsverlauf, die Nahrungsaufnahme, die funktionelle Kapazität und die nahrungsbedingten Symptome erhoben (Detsky et al., 1987). Die häufigsten nahrungsbedingten Symptome sind Schmerz, gefolgt von Xerostomie, Anorexie und Verstopfungen. Die PatientInnen treffen in diesem Bereich selbst eine Auswahl durch ein Ankreuzen von Auswahlkästchen (Kwang & Kandiah, 2010).

Die Fertigstellung der Assessments erfolgt durch ÄrztInnen, DiätologInnen und die Pflege. Erhoben werden relevante Diagnosen, zudem erfolgt eine Bewertung der vorhandenen Stoffwechselbelastung durch Sepsis und neutropenisches Fieber. Berücksichtigt werden auch Behandlungen beziehungsweise Untersuchungen wie beispielsweise Biologika-Therapie, die Verwendung von Kortikosteroiden und die körperliche Untersuchung, die den Verlust des Unterhautfettgewebes, den Muskelschwund und die Untersuchung auf Ödeme und Aszites beinhaltet (Detsky et al. 1987). Für jede Komponente des PG-SGA kann ein Punktwert im Bereich von 0 bis 4 angegeben werden, der die Auswirkungen auf den Ernährungszustand repräsentiert. Je höher die Punktezahl ist, desto höher ist das Risiko einer Unterernährung und es besteht ein Bedarf an Ernährungsinterventionen (Kwang & Kandiah, 2010).

Nachdem das Assessment abgeschlossen ist, erfolgt ein Ernährungs-Staging in folgende Kategorien: a) gut ernährt, b) mäßig unterernährt, c) stark unterernährt (Kwang & Kandiah, 2010).

Die Durchführung des PG-SGA war für die PatientInnen kein Problem. Die durchschnittliche Zeit bis zur Fertigstellung des PG-SGA durch die PatientInnen und den verantwortlichen Assessor betrug 5 bis 15 Minuten. Dies deutet darauf hin, dass das Werkzeug praktikabel ist. Zu den psychometrischen Eigenschaften wurde in der Studie keine Aussage gemacht (Kwang & Kandiah, 2010).

Eine zusammenfassende darstellung des PG-SGA erfolgt in Tabelle 7.

Tabelle 7: Zusammenfassung: PG-SGA (Kwang & Kandiah, 2010)

Gewinnung von Informationen über den Ernährungsstatus	→ NCP-Guideline • physische Domäne
<ul style="list-style-type: none"> • nur für onkologische PatientInnen • Durchführung: einfach • Zeitaufwand: 5-15 Minuten • Design: - • Inhalt: - • Psychometrische Eigenschaften:- 	

3.6 PERS²ON-Score

Da PalliativpatientInnen oft einer hohen Symptomlast ausgesetzt sind, ist es von großer Bedeutung, diese Symptome schnell und spezifisch zu messen. Der PERS²ON-Score (P: Schmerz, E: Essen, R: Rehabilitation, S²: soziale Situation; Leiden, O: O₂, N: Übelkeit/Erbrechen) bewertet die Schmerzintensität, den Appetitverlust/Gewichtsverlust, körperliche Beeinträchtigung, psychosoziale Belastung, Dyspnoe und Übelkeit/Erbrechen (Masel et al., 2016).

Diese Symptome können der physischen beziehungsweise der soziale Domäne der NCP-Guideline zugeordnet werden (NCP, 2013).

Der PERS²ON-Score untersucht die von PatientInnen wahrgenommene Symptombelastung auf einer numerischen Bewertungsskala von 0 (keine Belastung) bis 10 (schlimmste vorstellbare Belastung). Maximal können 70 Punkte erreicht werden (Masel et al., 2016).

Dieses Assessment wird verwendet, um eine Behandlung zu leiten und um eine schnelle Linderung der belastenden Symptome zu erzielen. Die Dauer der Fertigstellung beträgt ungefähr 10 Minuten bei der ersten Anwendung. Die kurze

Dauer der Anwendung des Instrumentes ist essentiell, um die Integration in die klinische Praxis zu erleichtern. Der PERS²ON-Score kann jedoch nicht nur im klinischen Alltag angewendet werden, sondern auch in der häuslichen Pflege zum Einsatz kommen. Es ist kein vorangegangenes Training erforderlich, um das Assessment durchzuführen, da es einfach und übersichtlich gehalten ist (Masel et al., 2016).

Schon nach 7 Tagen zeigte die überwiegende Mehrheit der PatientInnen (75%) eine Verbesserung hinsichtlich der Symptomlast durch spezifische Maßnahmen in Folge der Anwendung des PERS²ON-Score. Die Daten zeigen, dass die höchste Symptomverbesserung im Bereich der Rehabilitation (körperliche Beeinträchtigung), Essen (Kachexie/Appetitlosigkeit/Gewichtsverlust) und Linderung von Leiden (Angst/Krankheitslast/Depression) beobachtet wurde (Masel et al., 2016).

Eine zusammenfassende Darstellung des PERS²ON-Score erfolgt in Tabelle 8

Tabelle 8: Zusammenfassung: PERS²ON-Score (Masel et al., 2016)

Domänen	<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzintensität • Appetitverlust/Gewichtsverlust • körperliche Beeinträchtigung • psychosoziale Belastung • Dyspnoe • Übelkeit/Erbrechen 	<p style="text-align: center;">→ NCP-Guideline</p> <ul style="list-style-type: none"> • physische Domäne • soziale Domäne
<ul style="list-style-type: none"> • gesamte Palliativpopulation • Durchführung: einfach • Zeitaufwand: ca. 10 Minuten • Design: - • Inhalt: - • Psychometrische Eigenschaften: - 		

In Tabelle 9 erfolgt eine Darstellung der acht Domänen der NCP-Guideline anhand ihrer Berücksichtigung in den im Zuge dieser Arbeit vorgestellten Assessmentinstrumenten. Dadurch soll herausgestellt werden, welche Domänen besonders häufig beziehungsweise eher selten in den Tools berücksichtigt werden.

Tabelle 9: Vergleich der NCP-Guideline mit den berücksichtigten Assessmentinstrumenten

DOMÄNEN DER NCP-GUIDELINE	ASSESSMENTINSTRUMENTE DER ARBEIT
Struktur- & Prozess-Domäne	<ul style="list-style-type: none"> • RAI-PC
physische Domäne	<ul style="list-style-type: none"> • Holistic Assessment • RAI-PC • PNAP • MIDOS² • PG-SGA • PERS²ON-Score
psychologische & psychiatrische Domäne	<ul style="list-style-type: none"> • Holistic Assessment • RAI-PC • MIDOS²
soziale Domäne	<ul style="list-style-type: none"> • Holistic Assessment • RAI-PC • PNAP • PERS²ON- Score
spirituelle, religiöse und existentielle Domäne	<ul style="list-style-type: none"> • Holistic Assessment • RAI-PC • PNAP
kulturelle Domäne	
Pflege am Lebensende	
ethische & rechtliche Domäne	<ul style="list-style-type: none"> • Holistic Assessment • RAI-PC • PNAP

Es ist bedeutsam, holistische Assessmentinstrumente der Palliative Care zu verwenden, die möglichst viele beziehungsweise alle relevanten Domänen beinhalten (Bausewein et al., 2016).

Die physische Domäne ist von besonders hoher Relevanz. Es sollen Symptome, mit denen PalliativpatientInnen häufig konfrontiert sind, mit den Tools erhoben und gemessen werden können, um die Symptombelastung der PatientInnen zu beurteilen zu können (Bausewein et al., 2016).

Unheilbare Erkrankungen haben ebenfalls Auswirkungen auf das persönliche Leben der PatientInnen. Es sollten daher soziale und kulturelle Bedürfnisse bewertet werden, da diese Bereiche die Symptome der PatientInnen beeinflussen. Soziale und kulturelle Bedürfnisse können einen Zusammenhang mit psychischen Belastungen haben. Darüber hinaus sind soziale und kulturelle Bedürfnisse Teil des täglichen Lebens der Menschen und daher ebenfalls von Bedeutung und sollten erhoben werden. Weitere Punkte wie organisatorische und finanzielle Belange, Gewährleistung der Pflege ebenso wie Familiendynamik und Kommunikationsprobleme können Belastungen für die PatientInnen erhöhen (Bausewein et al., 2016).

Spiritualität wird bei der Beurteilung der Situation eines Patienten oft übersehen. Ein Tool sollte ein oder zwei Elemente in Bezug auf die spirituelle Domäne enthalten (Bausewein et al., 2016).

Eine ganzheitliche Bewertung bringt nicht nur Vorteile für die PalliativpatientInnen mit sich, sie ermöglicht es auch, Ergebnisvergleiche auf nationaler und internationaler Ebene, Qualitätsverbesserung sowie Benchmarking durchzuführen (Bausewein et al., 2016).

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, welche Relevanz von Assessmentinstrumenten im Palliative-Care-Bereich in der internationalen Literatur beschrieben wird. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche durchgeführt und die Ergebnisse wurden im Anschluss einer kritischen Bewertung unterzogen. In den berücksichtigten Studien werden einerseits verschiedene Assessmentinstrumente genauer beschrieben und ihre Bedeutung wird herausgestellt. Andererseits wurden 2 systematische Literaturreviews inkludiert, die einen Gesamteindruck der Verfügbarkeit von Assessmentinstrumenten in der Palliativ Care vermitteln, Ansprüche an diese Tools beschreiben sowie Forschungslücken in diesem Bereich aufzeigen. In der Studie von Bausewein et al. (2016) werden Expertenempfehlungen zur Ergebnismessung für den Palliativ-Care-Bereich in Bezug auf die klinische Praxis und Forschung abgegeben.

Das Holistic Assessment weist positive Aspekte auf. Es ist schnell und einfach durchzuführen und es werden genaue Anweisungen hinsichtlich des weiteren Vorgehens bereitgestellt, wenn beispielsweise mehrere Risikofaktoren bei PatientInnen erkannt werden. Der Umfang des Tools ist ausführlich. Als negativ kann angesehen werden, dass für den Umgang mit dem Assessmentinstrument ein Training des Gesundheitspersonals notwendig ist. Außerdem wird beschrieben, dass, falls der Assessor bereits Erfahrungen hat, diese in die Bewertung miteinfließen und die Ergebnisse verfälschen könnten (McIlpatrick & Hasson 2013).

Im Gegensatz dazu bietet das MIDOS² die Möglichkeit der Selbsteinschätzung durch PatientInnen in der Palliative Care. Durch diese Selbsteinschätzung kann die Intensität von Schmerzen oder anderer Symptome nicht unterschätzt werden. Es ist simpel und nicht langwierig in der Durchführung, es besteht jedoch unter Umständen die Problematik, dass PatientInnen aufgrund ihrer Erkrankung oder ihrer kognitiven Fähigkeiten nicht in der Lage sind, eine solche Selbsteinschätzung durchzuführen (Stiel et al. 2010). Eine Durchführung des Assessments durch die Pflegepersonen ist zwar möglich, ebenfalls eine Befragung hinsichtlich einer

Einschätzung durch Bezugspersonen wie Angehörige, allerdings kann dies die Ergebnisse verzerren.

Das RAI-PC, das als besonders umfangreich gilt, findet in der Praxis oft keine Anwendung, weil es für das Gesundheitspersonal zu zeitintensiv ist. Eine kürzere Version für die Praxis wäre hier eine gute Alternative (Steel et al. 2003). Für die tägliche Anwendung in der Praxis stellt dies ein Hindernis dar. Es wäre besser, zeitsparende, einfache Assessments für den täglichen/wöchentlichen Gebrauch zur Verfügung zu haben. Für die genauere Erfassung einer Domäne wären speziellere Assessments vom Vorteil, die bei Bedarf zur Anwendung kommen und in diesem Fall auch mehr Zeit in Anspruch nehmen dürfen.

Am Beispiel Ernährungsstatus der PatientInnen kann veranschaulicht werden, dass die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Auswahl des Assessmentinstruments eine Herausforderung an die Pflege darstellt. In der Arbeit werden drei Instrumente beschrieben, die den Ernährungsstatus identifizieren: MIDOS², PERS²ON-Score und der PG-SGA, der sich jedoch nur auf den Ernährungsstatus konzentriert. MIDOS² und der PERS²ON-Score können täglich verwendet werden und gehen auch auf andere Domänen ein. Der PG-SGA bezieht sich nur auf den Ernährungszustand und ist daher ein spezielleres Instrument, das sich nur auf einen Bereich fokussiert und detaillierte Daten zu diesem Teilbereich liefert (Stiel et al. 2010, Masel et al., 2016 & Kwang & Kandiah, 2010).

Laut Feichtner (2014) ist das Thema Ernährung speziell zu behandeln in der Palliativpopulation. PalliativpatientInnen verlieren zunehmend Interesse an der Nahrungsaufnahme. Ganz besonders in der Sterbephase kann die Ernährung sehr belastend sein, da der Verdauungsprozess zusätzlich Energie fordert. Daher ist es eine schützende und sinnvolle Reaktion der PatientInnen im Sterbeprozess (Feichtner, 2014). Diese Erkenntnis, unterstreicht die Wichtigkeit, den Ernährungsstatus der PatientInnen zu erheben und vor allem das diese Domäne/ Subdomäne nicht nur in den Instrumenten vorkommen, die eine Gesamteinschätzung bieten, sondern bei besonderem Bedarf auch spezialisierte Instrumente für ein Pflegeproblem vorhanden sind und genutzt werden können,

wie es am Beispiel der Ernährung das in Kwang & Kandiah (2010) beschriebene PG- SGA ist.

In der Literatur wird beschrieben, dass einige Instrumente nur für onkologische PatientInnen konzipiert wurden (McIlfrack & Hasson, 2013, Buzgova et al., 2016). Ebenfalls der PG- SGA ist lediglich für PatientInnen mit onkologischem Leiden ausgerichtet (Kwang & Kandiah, 2010).

Die inkludierten Studien und beschriebenen Instrumente zeigen, dass sich häufig die acht, von der NCP definierten Domänen in den Instrumenten widerspiegeln und somit einen hohen Stellenwert in der Palliative Care einnehmen:

Symptomkontrolle und -linderung nimmt in der Palliativ Care einen besonders hohen Stellenwert ein. Alle medizinischen und pflegerischen Interventionen richten sich in erster Linie nach dem Wohlbefinden und den Bedürfnissen der PalliativpatientInnen. Für eine umfassende Linderung der belastenden Symptome ist es wesentlich, zu verstehen, dass Symptome durch mehrere Ebenen verbunden sind. Ein Beispiel hierfür ist aus der physischen Domäne das Symptom Schmerz. Schmerz kann auch mit seelischen, sozialen und spirituellen Belastungen verbunden sein. Eine erfolgreiche Linderung der Symptome ist daher auf mehreren Ebenen und nur selten rein pharmakologisch zu erreichen. In der Literatur werden vor allem die Symptome Xerostomie, Dyspnoe, exulzierende Wunden, Übelkeit und Erbrechen, delirantes Syndrom und terminale Unruhe sowie ebenfalls das zentrale Phänomen Schmerz, in der Palliative Care beschrieben (Feichtner, 2014). Dieser Fokus auf die physische Domäne zeigt sich in der Beachtung die dieser Domäne in den inkludierten Studien geschenkt wird. Sie wird in allen in dieser Arbeit behandelten Assessmentinstrumenten aufgegriffen.

Auch der sozialen Domäne wird in der Palliative Care viel Bedeutung beigemessen. Die Angehörigen können den PatientInnen angesichts der Konfrontation mit dem Tod die nötige emotionale Stabilität und Sicherheit geben. Allerdings kommt es auch zu Herausforderungen, da die Phasen des Sterbeprozesses von den Betroffenen und ihrer Angehörigen nicht zeitgleich erlebt

werden (Feichtner, 2014). Diese Feststellung von Feichtner (2014) unterstreicht die Relevanz, die soziale Domäne in den Instrumenten zu berücksichtigen. Da die soziale Unterstützung nicht nur einen positiven Einfluss auf die PatientInnen haben kann, sondern auch die beschriebene Inkongruenz hinsichtlich der Wahrnehmung der Betroffenen beziehungsweise der Angehörigen kommt, sollte der Domäne der Pflege am Lebensende mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden. Durch die, in der Arbeit inkludierten Studien beschriebenen Assessmentinstrumente und durch das Literaturreview von Aslakson et al. (2017) zeigt sich, dass die soziale Domäne häufig zur Anwendung in den Tools kommt. Die Domäne der Pflege am Lebensende konnte jedoch in der verwendeten Literatur nicht identifiziert werden.

Grassi et al. (2015) beschreibt in seiner Studie, dass psychiatrische und psychosoziale Störungen bei KrebspatientInnen eine wesentliche Folge der Krankheit und der Behandlung sind. Holistische Instrumente, welche die psychologische und psychiatrische Domäne beinhalten, stellen eine Möglichkeit dar, emotionale Not, Angst und Depression, maladaptive Bewältigungsstrategien, dysfunktionale Bindung und andere signifikante psychosoziale Dimensionen, die sekundär auf Krebs zurückzuführen sind, wie Demoralisierung und Angst, aufzuspüren und zu bewerten (Grassi et al., 2015).

Laut Feichtner (2014) spielt das Phänomen Angst eine übergeordnete Rolle in der Palliativpopulation. Angst wird unterteilt in: Angst vor der Ungewissheit, Angst vor dem Leiden, Angst vor Verlusten, Angst vor dem Versagen, Angst vor der Hilflosigkeit und Angst zu anspruchsvoll zu sein (Feichtner, 2014).

Die Resultate von Grassi et al. (2015) und Feichtner (2014) unterstreichen die Wichtigkeit der Erhebung der psychologischen und psychiatrischen Domäne. Diese Domäne ist als Bestandteil der Assessmentinstrumente Holistic Assessment in McIlpatrick & Hasson (2013), RAI-PC von Steel et al. (2003) und MIDOS² von Stiel et al. (2010) erkannt werden.

Laut Feichtner (2014) haben vor allem in Krisensituationen die spirituellen Bedürfnisse eine große Bedeutung. Einige spirituelle Bedürfnisse sind:

Menschliche Zuwendung und Liebe, Gefühle und Ängste ausdrücken können, letzte Dinge regeln können etc. (Feichtner, 2014). Innerhalb der inkludierten Literatur dieser Arbeit konnte eine Erhebung in Bezug auf diese Domäne bei McIlpatrick & Hasson (2013) im Holsitic Assessment, bei Steel et al. (2003) im Zuge des RAI-PC und bei Buzgova et al. (2016) im Assessmentinstrument PNAP identifiziert werden.

In der Studie von Nelson et al. (2010) definieren PatientInnen und deren Familien, was für sie, eine hochqualifizierte Pflege ausmacht. Eine große Rolle hierbei spielt die rechtzeitige, klare und mitfühlende Kommunikation durch das Gesundheitspersonal. Die klinische Entscheidungsfindung soll sich auf die Präferenzen, Ziele und Werte der PatientInnen stützen. Die Pflege soll auf Komfort, Würde und Persönlichkeit der PatientInnen ausgerichtet sein. Relevant ist auch ein offener Zugang und Nähe der Familien zu den PatientInnen. Für Familien besonders wichtig war, die interdisziplinäre Unterstützung in der kritischen Phase und vor allem während der Trauerarbeit (Nelson et al., 2010). Das Ergebnis von Nelson et al. (2010) spiegelt sich innerhalb dieser Arbeit bei Aslakson et al. (2017) und McIlpatrick & Hasson (2013) am offensichtlichsten wieder in dem die Palliative Care als patientenzentriert und holistisch beschrieben wird.

Heyland et al. (2006) beschreibt, dass einige Themen, Bereiche und Gegenstände in der Literatur immer wieder zu finden sind und für PalliativpatientInnen von großer Bedeutung sind: Symptomlinderung, Stärkung der Beziehungen, Entlastung der anderen, Möglichkeit, Dinge zu vollenden, sich verabschieden und das Leben beenden zu können und somit einen längeren Tod zu vermeiden. Diese Ergebnisse von Heyland et al. (2006) unterstreichen die Relevanz der physischen und sozialen Domäne sowie der Domäne der Pflege am Lebensende. Da bereits erwähnt wurde, dass sowohl die physische Domäne als auch die soziale Domäne in vielen Assessmentinstrumenten berücksichtigt werden zeigt Heyland et al. (2006) das ein Bedarf an der Beachtung der Domäne der Pflege am Lebensende besteht.

Die Teilnehmer der Studie von Nelson et al. (2010) fanden es äußerst wichtig, dass sie Vertrauen in die Ärzteschaft haben können. Dies unterstreicht, das Ergebnis von (McIlpatrick & Hasson, 2013), welche auch betonten, dass Vertrauen bei der Erhebung von sensiblen Daten eine relevante Voraussetzung ist.

4.1 Limitationen

Die Literaturrecherche erfolgte ausschließlich in den beiden Datenbanken PubMed und CINAHL.

Eine weitere Limitation ist, dass nur englische und deutsche Studien für die Arbeit inkludiert wurden.

4.2 Stärken

Eine Stärke dieser Arbeit ist es, dass Studien unterschiedlichem Design für die Arbeit verwendet wurden.

Als positiv kann gewertet werden, dass im Zuge der Literatursuche mit Mesh-Terms und Major Subject Subheadings gearbeitet wurde.

Die Bewertung der inkludierten Studien erfolgt anhand eines wissenschaftlich fundierten Bewertungsbogen, der hinsichtlich seiner Reliabilität und Validität geprüft wurde (Hawker et al., 2002).

5 Schlussfolgerung

Die Relevanz von Assessmentinstrumente im Palliative Care Bereich ergibt sich aus der Notwendigkeit einer ganzheitlichen Beurteilung der Probleme und Bedürfnisse der PatientInnen. Eine solche holistische Bewertung unterscheidet sich zu herkömmlichen Assessmentinstrumenten darin, dass es über die körperlichen Bedürfnisse hinausgeht und die soziale, psychische, emotionale und spirituelle Gesundheit der PatientInnen und deren Familien einschließt. Palliative Care Instrumente sollen für den täglichen Gebrauch ausgerichtet sein, um auf sich ändernde Umstände reagieren zu können. Des Weiteren gibt es spezielle Assessmentinstrumente, die für individuelle Pflegeprobleme herangezogen

werden können. Es gibt die Möglichkeit der Selbsteinschätzung der PatientInnen in Bezug auf Symptomlast, um eine Unterschätzung zu vermeiden. Instrumente der Palliative Care werden auch als eine Hilfe angesehen, um auf sensible Themen eingehen zu können. Im Allgemeinen gibt es bereits viele effiziente, umfangreiche und auch in der Praxis anwendbare Assessmentinstrumente für die Palliative Care. Für die Anwendung der Instrumente ist es relevant, ein ausreichendes Training für die Mitarbeiter bereitzustellen. Für die Zukunft ist es wichtig, die Mängel der Instrumente zu beheben und einheitliche Instrumente zu konzipieren, wodurch ein internationaler und nationaler Ergebnisvergleich möglich ist und die Qualität verbessert werden kann.

5.1 Praxisempfehlung

Um die individuellen Bedürfnisse der Palliativpopulation zu messen, ist es von Bedeutung spezifische Assessmentinstrumente für die Palliative Care zu verwenden. Jene Tools sollten einfach in der Anwendung, zeitsparend und speziell auf die Palliativpopulation zugeschnitten sein.

Es wird empfohlen eine Selbsteinschätzung durch die PatientInnen zu ermöglichen, um eine Unterschätzung der Intensität von Schmerzen oder anderen Symptomen zu vermeiden. Wenn jedoch das Gesundheitspersonal die Durchführung von Assessmentinstrumenten vornimmt, sollte ein umfangreiches Training vorliegen, damit ein sicherer Umgang mit dem Tool sowohl gewährleistet werden kann als auch gegenüber der PatientInnen vermittelt werden kann.

Eine weitere Empfehlung ist, die Ergebnismessung noch mehr in die Praxis einfließen zu lassen um nationale wie auch internationale Vergleiche zu ermöglichen.

5.2 Forschungsempfehlung

Es sollten Assessmentinstrumente entwickelt werden, die vor allem für die gesamte Palliativpopulation zugeschnitten sind und die durch eine besondere Benutzerfreundlichkeit auch im Praxisalltag angewendet werden können.

Eine weitere Empfehlung ist, für den kulturellen Bereich Assessmentinstrumente für die Palliative Care zu entwickeln und auch für die übrigen Domänen spezielle Assessmentinstrumente zu konzipieren und zu entwickeln.

Wichtig hierbei wäre, die psychometrischen Eigenschaften der verschiedenen Tools genauer zu identifizieren und sie hinsichtlich ihrer Reaktionsfähigkeit zu überprüfen, da es von zentraler Bedeutung für die PatientInnen ist wie sensibel diese auf Veränderungen reagieren.

6 Literaturangaben

6.1 Referenzliste

ASLAKSON R. A, WILSON R. F., WALDFOGEL J., ZHANG A., ISENBERG S. R., BLAIR A., SIXON J., LORENZ K. A. & ROBINSON K. A. 2017, Patient- and caregiver- reported assessment tools for palliative care: Summary of the 2017 agency for healthcare research and quality technical brief, *Journal of Pain and Symptom Management*, Vol. 54, No.6.

BALZER C. M. 2013, Messinstrumente zur Bewertung von Outcome-Qualität in der Palliativversorgung, Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Hohen Medizinischen Fakultät der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn.

BAUSEWEIN C., DAVESON B. A., CURROW D. C., DOWNING J., DELIENS L., RADBRUCH L., DEFILIPPI K., FERREIRA P. L., CONSTANTINI M., HARDING R. & HIGGINSON I. J. (2016), EAPC White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services – Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC): Task Force on Outcome Measurement, *Palliative Medicine*, 30(1) 6–22.

BURNS N. & GROVE S. K. 2005, Pflegeforschung verstehen und anwenden, Urban & Fischer Verlag, 1. Auflage.

BUZGOVA R., KOZAKOVA R., SIKOROVA L., ZELENIKOVA R. & JAROSOVA D. 2016, Development and psychometric evaluation of patient needs assessment in palliative care (PNAP) instrument, *Palliative and Supportive Care*, 14, 129–137.

COMINO M. R. S. , GARCIA V.R. , FERNÁNDEZ LÓPEZ M. A., FEDDERSEN B., ROSELLO M. L. M., SANFTENBERG L. & SCHELLING J. 2017, Evaluation des spanischen Diagnostik-Tools für die Komplexität in der Palliativmedizin, IDC-Pal, durch Hausärzte in Deutschland: Eine Pilotstudie, Georg Thieme Verlag KG Stuttgart.

DETSKY A.S., MCLAUGHLIN J.R., BAKER J.P., JOHNSTON N., WHITTAKER S., MENDELSON R.A. & JEEJEEBHOYK N. 1987, What is subjective global assessment of nutritional status?, *J Parenter Enteral Nutr* ,11(1):8-13.

FEICHTNER A. 2014, Lehrbuch der Palliativpflege, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien, 4. Auflage.

FERRELL B. R. (2005), Overview of the Domains of Variables Relevant to End-of-Life Care, *JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE*, Vol. 8, Supplement 1.

GRASSI L, CARUSO R., SABATO S., MASSARENTI S., NANNI M. G., AGUIARI L., BATTISTA S., BONGIOVANNI L., COLLA C., FACCINI A., FUSARO L., GAMBETTI F., MALANCHIN D., MARANGONI D., MARTINO E., NEGRELLI L., PIAZZA G. & PIVELLI A. (2015), Psychosocial screening and assessment in oncology and palliative care settings, *Frontiers in Psychology*, Vol. 5, 1485.

HEYLAND D. K., DODEK P., ROCKER G., GROLL D., GAFNI A., PICHORA D., SHORTT A., TRANMER J., LAZAR N., KUTSOGIANNIS J. & LAM M. (2006), What matters most in end-of-life care: perceptions of seriously ill patients and their family members, *CMAJ*, 174(5).

HUDSON P., COLLINS A., BOSTANCI A., WILLENBERG L., STEPANOV N. & PHILIP J. 2016, Toward a systematic approach to assessment and care planning in palliative care: A practical review of clinical tools, *Palliative and Supportive Care*, 14, 161–173.

KNIPPING C. 2007, Lehrbuch Palliative Care, Verlag Hans Huber, Bern, 2. Auflage.

KWANG A. Y. & KANDIAH M. 2010, Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care, *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(2) 117-126.

MASEL E.K., BERGHOFF A.S., SCHUR S., MAEHR B., SCHRANK B., SIMANEK R., PREUSSER M., MAROSI C. & WATZKE H.H. 2016, The PERSON score for systemic assessment of symptomatology in palliative care: a pilot study, *European Journal of Cancer Care*, 25, 544–550.

MCILFATRICK S. & HASSON F. 2013, Evaluating an holistic assessment tool for palliative care practice, *Journal of Clinical Nursing*, 23, 1064–1075.

MOHER D., LIBERATI A., TETZLAFF J. & ALTMANN D. G. 2010, Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *International journal of surgery*, 8, 336-341.

National Consensus Project for Quality Palliative Care 2013, Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care [Online], Third Edition Available: https://www.nationalcoalitionhpc.org/wp-content/uploads/2017/04/NCP_Clinical_Practice_Guidelines_3rd_Edition.pdf [Accessed 01.03.2018].

NELSON J. E., PUNTILLO K. A., PRONOVOST P. J., WALKER A. S., MCADAM J. L., ILAOA D. & PENROD J. (2010), In their own words: Patients and families define high-quality palliative care in the intensive care unit, *Crit Care Med.*, 38(3): 808–818.

RADBRUCH L , NAUCK F. & AULBERT E. 2007, Lehrbuch der Palliativmedizin: Definition, Entwicklung und Ziele. Schattauer, Stuttgart, 3. Auflage.

REUSCHENBACH B. & MAHLER C. 2011, Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis, Verlag Hans Huber, Bern, 1. Auflage.

STEEL K., LJUNGGREN G., TOPINKOVA E., MORRIS J. N., VITALE C., PARZUCHOWSKI J., NONEMAKER S., FRIJTERS D. H., RABINOWITZ T., MURPHY K. M., RIBBE M. W. & FRIES B. E. 2003, The RAI-PC: An assessment instrument for palliative care in all settings, *American Journal of Hospice & Palliative Care* , Volume 20.

STIEL S., MATTHES M. E., BERTRAM L., OSTGATHE C., ELSNER F. & RADBRUCH L. 2010, Validierung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS²) für Patienten in der Palliativmedizin: Deutsche Version der Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), *Schmerz*, 24:596–604.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 2018, WHO Definition of Palliative Care [Online]. Available: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Accessed 30.01.2018].

7 Anhang

Kritische Bewertung der Literatur anhand Hawker et al. (2002):

STIEL S., MATTHES M. E., BERTRAM L., OSTGATHE C., ELSNER F. & RADBRUCH L. 2010, Validierung der neuen Fassung des Minimalen Dokumentationssystems (MIDOS²) für Patienten in der Palliativmedizin: Deutsche Version der Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS), <i>Schmerz</i>, 24:596–604
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract
Klarer Titel; Forschungsziel fehlt im Abstract.
PUNKTE: 3
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date

literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Detailierter Hintergrund, Ziel der Studie klar definiert.
PUNKTE: 4
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
Der Methodenteil ist genau beschrieben.
PUNKTE: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
PUNKTE: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor Minimal details about analysis.
Very Poor No discussion of analysis.
Klar strukturierte und gut verständliche Datenverarbeitung.
PUNKTE: 4
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very: Poor No mention of issues.
PUNKTE: 3
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Die Ergebnisse sind übersichtlich und klar dargestellt und gehen auf das Forschungsziel der Studie ein.
PUNKTE: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
PUNKTE: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair Two of the above (state what is missing in comments).
Poor Only one of the above.
Very Poor None of the above.

Es wird sowohl eine Forschungsempfehlung als auch eine Praxisempfehlung abgegeben.
PUNKTE: 4
GESAMTPUNKTEZAHL: 34

ASLAKSON R. A, WILSON R. F., WALDFOGEL J., ZHANG A., ISENBERG S. R., BLAIR A., SIXON J., LORENZ K. A. & ROBINSON K. A. 2017, Patient- and caregiver-reported assessment tools for palliative care: Summary of the 2017 agency for healthcare research and quality technical brief, Journal of Pain and Symptom Management, Vol.. 54, No.6
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract
Gut gegliederter Abstract mit allen wichtigen Punkten und vollständiger Titel.
PUNKTE: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Klare Darstellung des Hintergrundes mit den Zielen der Studie.
PUNKTE: 4
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of

data.
Klar strukturierte Beschreibung der systematischen Literaturrecherche.
PUNKTE: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
PUNKTE: /
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
PUNKTE: /
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate

directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Gut übersichtliche Ergebnisse.
PUNKTE: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Vergabe von 4 Punkten obwohl Frage 4 nicht beantwortet wurde. Durch das Design der Studie ergibt sich eine sehr gute Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit, da ein Überblick über eine große Datenmenge geboten wird.
PUNKTE: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor :Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Sehr positiv ist die übersichtliche Forschungsempfehlung anhand einer Tabelle.
PUNKTE: 4
GESAMTPUNKTEZAHL: 24

BUZGOVA R., KOZAKOVA r., SIKOROVA L., ZELENIKOVA R. & JAROSOVA D. 2016, Development and psychometric evaluation of patient needs assessment in palliative care (PNAP) instrument, Palliative and Supportive Care, 14, 129–137.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.

Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract
Sehr schön strukturierter Abstract; klar definierter Titel.
PUNKTE: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Gute Einleitung und Ziel vorhanden.
PUNKTE: 4
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
Übersichtlich und gut verständlich.
PUNKTE: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
PUNKTE: 3
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description

of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
PUNKTE: 4
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
PUNKTE: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
PUNKTE: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Durch Frage 4 (3 Punkte)- auch hier nur fair
PUNKTE: 3

9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor :Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Genauere Informationen zu diesen zwei Bereichen wären wünschenswert.
PUNKTE: 3
GESAMTPUNKTEZAHL: 33

HUDSON P., COLLINS A., BOSTANCI A., WILLENBERG L., STEPANOV N. & PHILIP J. 2016, Toward a systematic approach to assessment and care planning in palliative care: A practical review of clinical tools, Palliative and Supportive Care, 14, 161–173.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract
Klarer eindeutiger Titel; Abstract vollständig.
PUNKTE: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Gute Einleitung; Forschungsziel gegeben.
PUNKTE: 4
3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
PUNKTE: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
PUNKTE: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
PUNKTE: 4
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.

PUNKTE: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Klare und verständliche Übersicht der Ergebnisse.
PUNKTE: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
PUNKTE: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Sehr gute Praxisempfehlung - aber Forschungsempfehlung fehlt.
PUNKTE: 2
GESAMTPUNKTEZAHL: 34

KWANG A. Y. & KANDIAH M. 2010, Objective and subjective nutritional assessment of patients with cancer in palliative care, American Journal of Hospice & Palliative Medicine, 27(2) 117-126.

1. Abstract and title:

Did they provide a clear description of the study?

Good: Structured abstract with full information and clear title.

Fair: Abstract with most of the information.

Poor: Inadequate abstract.

Very Poor: No abstract

Abstract im Fließtext, könnte besser strukturiert sein um Übersichtlicher zu sein.

PUNKTE: 3

2. Introduction and aims:

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

Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.

Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.

Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background

Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.

Gute Einleitung mit Ziel.

PUNKTE: 4

3. Method and data:

Is the method appropriate and clearly explained?

Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.

Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.

Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.

Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.

PUNKTE: 4

4. Sampling:

Was the sampling strategy appropriate to address the aims?

Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.

Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
PUNKTE: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
PUNKTE: 4
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
PUNKTE: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Sehr übersichtliche, gut dargestellt mit Tabellen.
PUNKTE: 4
8. Transferability or generalizability:

Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
PUNKTE: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Praxisempfehlung vorhanden- Forschungsempfehlung fehlt.
PUNKTE: 2
GESAMTPUNKTEZAHL: 33

MASEL E.K., BERGHOFF A.S., SCHUR S., MAEHR B., SCHRANK B., SIMANEK R., PREUSSER M., MAROSI C. & WATZKE H.H. 2016, The PERSON score for systemic assessment of symptomatology in palliative care: a pilot study, European Journal of Cancer Care, 25, 544–550.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract
PUNKTE: 3
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Gute Einleitung und Ziel angegeben
PUNKTE: 4
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
PUNKTE: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
PUNKTE: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.

PUNKTE: 4
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
PUNKTE: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
PUNKTE: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
PUNKTE: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).

Poor :Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Keine Forschungsempfehlung abgegeben.
PUNKTE: 2
GESAMTPUNKTEZAHL: 33

STEEL K., LJUNGGREN G., TOPINKOVA E., MORRIS J. N., VITALE C., PARZUCHOWSKI J., NONEMAKER S., FRIJTERS D. H., RABINOWITZ T., MURPHY K. M., RIBBE M. W. & FRIES B. E. 2003, The RAI-PC: An assessment instrument for palliative care in all settings, American Journal of Hospice & Palliative Care , Volume 20.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract
Abstract im Fließtext verfasst, alle Details vorhanden, Titel klar.
PUNKTE: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Umfangreicher Hintergrund, Ziel vorhanden.
PUNKTE: 4
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little

description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
PUNKTE: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
PUNKTE: 4
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
PUNKTE: 4
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Die Form der Zustimmung der PatientInnen fehlt.
PUNKTE: 3
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if

present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
PUNKTE: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
PUNKTE: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor :Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
Praxis- und Forschungsempfehlung vorhanden.
PUNKTE: 4
GESAMTPUNKTEZAHL: 35

BAUSEWEIN C., DAVESON B. A., CURROW D. C., DOWNING J., DELIENS L., RADBRUCH L., DEFILIPPI K., FERREIRA P. L., CONSTANTINI M., HARDING R. & HIGGINSON I. J. (2016), EAPC White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services – Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC): Task Force on Outcome Measurement, Palliative Medicine, 30(1) 6–22.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract
Gut strukturierter Abstract, alle relevanten Informationen enthalten. Klar definierter Titel.
PUNKTE: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?
Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Umfangreicher Hintergrund.
PUNKTE: 4
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
PUNKTE: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited.

Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
PUNKTE: /
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
PUNKTE: /
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Die 12 Empfehlungen sind gut strukturiert und auf einen Blick aus einer Tabelle ersichtlich.
PUNKTE: 4

8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
Trotzdem die Frage 4 nicht beantwortbar ist- Vergabe von 4 Punkten, da die Empfehlungen durchaus verglichen werden können mit der Realität.
PUNKTE: 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor :Only one of the above.
Very Poor: None of the above.
PUNKTE: 4
GESAMTPUNKTEZAHL: 24

MCILFATRICK S. & HASSON F. 2013, Evaluating an holistic assessment tool for palliative care practice, Journal of Clinical Nursing, 23, 1064–1075.
1. Abstract and title:
Did they provide a clear description of the study?
Good: Structured abstract with full information and clear title.
Fair: Abstract with most of the information.
Poor: Inadequate abstract.
Very Poor: No abstract
Gut strukturierter, vollständiger Abstract und klarer Titel.
PUNKTE: 4
2. Introduction and aims:
Was there a good background and clear statement of the aims of the research?

Good: Full but concise background to discussion/study containing up-to date literature review and highlighting gaps in knowledge. Clear statement of aim AND objectives including research questions.
Fair: Some background and literature review. Research questions outlined.
Poor: Some background but no aim/objectives/questions, OR Aims/objectives but inadequate background
Very Poor: No mention of aims/objectives. No background or literature review.
Zuerst Einleitung dann Hintergrundbeschreibung - sehr umfangreich, Ziele vorhanden.
PUNKTE: 4
3. Method and data:
Is the method appropriate and clearly explained?
Good: Method is appropriate and described clearly (e.g., questionnaires included). Clear details of the data collection and recording.
Fair: Method appropriate, description could be better. Data described.
Poor: Questionable whether method is appropriate. Method described inadequately. Little description of data.
Very Poor: No mention of method, AND/OR Method inappropriate, AND/OR No details of data.
Sehr ansprechend ist die genaue Beschreibung des Mixed Method Designs.
PUNKTE: 4
4. Sampling:
Was the sampling strategy appropriate to address the aims?
Good: Details (age/gender/race/context) of who was studied and how they were recruited. Why this group was targeted. The sample size was justified for the study. Response rates shown and explained.
Fair: Sample size justified. Most information given, but some missing.
Poor: Sampling mentioned but few descriptive details.
Very Poor: No details of sample.
Vor allem Alter und Geschlecht der PartizipantInnen wären noch interessant gewesen.
PUNKTE: 3
5. Data analysis:
Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?
Good: Clear description of how analysis was done. Qualitative studies: Description of how themes derived/ respondent validation or triangulation. Quantitative studies: Reasons for tests selected hypothesis driven/ numbers add up/statistical significance discussed.
Fair: Qualitative: Descriptive discussion of analysis. Quantitative.
Poor: Minimal details about analysis.
Very Poor: No discussion of analysis.
Genaue Beschreibung.

PUNKTE: 4
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?
Good: Ethics: Where necessary issues of confidentiality, sensitivity, and consent were addressed. Bias: Researcher was reflexive and/or aware of own bias.
Fair: Lip service was paid to above (i.e., these issues were acknowledged).
Poor: Brief mention of issues.
Very Poor: No mention of issues.
Sehr ausführlich.
PUNKTE: 4
7. Results:
Is there a clear statement of the findings?
Good: Findings explicit, easy to understand, and in logical progression. Tables, if present, are explained in text. Results relate directly to aims. Sufficient data are presented to support findings.
Fair: Findings mentioned but more explanation could be given. Data presented relate directly to results.
Poor: Findings presented haphazardly, not explained, and do not progress logically from results.
Very Poor: Findings not mentioned or do not relate to aims.
Ergebnisse sind sehr gut aufbereitet und gut strukturiert.
PUNKTE: 4
8. Transferability or generalizability:
Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?
Good: Context and setting of the study is described sufficiently to allow comparison with other contexts and settings, plus high score in Question 4 (sampling).
Fair: Some context and setting described, but more needed to replicate or compare the study with others, PLUS fair score or higher in Question 4.
Poor: Minimal description of context/setting.
Very Poor: No description of context/setting.
PUNKTE: 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?
Good: Contributes something new and/or different in terms of understanding/insight or perspective. Suggests ideas for further research. Suggests implications for policy and/or practice
Fair: Two of the above (state what is missing in comments).
Poor: Only one of the above.

Very Poor: None of the above.
Forschungsempfehlung ungenau definiert.
PUNKTE: 3
GESAMTPUNKTEZAHL: 33