

Bachelorarbeit

Advance Care Planning und die Rolle der Pfleger

eingereicht von

Tanja Maria Wagner

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Schüttengruber Gerhilde, BSc MSc

Graz, am 25.03.2019

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 25.03.2019

Tanja Wagner, eh.

Zusammenfassung

Background: Viele Menschen haben große Bedenken ein Krankenhaus als ruhigen und würdevollen Sterbeort anzusehen. Um den Menschen ihre Zweifel zu nehmen, bedarf es an qualifizierten und vor allem motivierten Fachkräften, die unter angemessenen Rahmenbedingungen ein würdevolles Sterben ermöglichen können. Dabei sollen nicht nur die Bedürfnisse der PatientInnen berücksichtigt werden, sondern auch die Angehörigenbetreuung. Kommunikationsdefizite zwischen PatientInnen und deren Behandlungsteam, bzw. auch innerhalb des Teams, können jedoch die Betreuung erschweren. Aus diesem Grund kann eine umfassende Sensibilisierung der Bevölkerung sowie des Pflegepersonals, bezüglich der Wünsche und Bedürfnisse zum Lebensende, positiv zur Umsetzung von Advance Care Planning beitragen.

Forschungsziel: Das Ziel ist es, die Rolle von Pflegepersonen im Bereich vom Advance Care Planning aufzuzeigen.

Methodik: Es wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed, CINAHL und Web of Science durchgeführt. Die ausgewählten Studien werden anschließend mit dem Beurteilungsbogen von Hawker et al. 2002 kritisch bewertet.

Ergebnisse: Pflegepersonen zählen ACP klar zu deren Aufgabengebiet. Ihre Rolle dabei konnte folgenden Kategorien zugeschrieben werden: Educator, Communicator, Initiator, Facilitator, Advocate, Liaison und ACP coordinator/ programme manager.

Schlussfolgerung: Am häufigsten werden ACP Gespräche von den ÄrztInnen durchgeführt und die Pflegepersonen werden dabei als passive ZuhörerInnen nur teilweise involviert. Obwohl sich im Laufe der Zeit deutlich mehr Pflegepersonen mit dem Konzept ACP beschäftigen, herrscht noch große Unsicherheit bei der Umsetzung. Aus diesem Grund forderten Pflegepersonen in der Literatur ein verbessertes Weiterbildungsangebot im Bereich ACP.

Keywords: Advance Care Planning, role, nurse, task

Abstract

Background: Most people do not consider hospitals to be the right place for a dignified death. In order to create adequate circumstances for the patients, it is necessary to have motivated and qualified professionals. The Focus is not only the preservation from the patient's needs. Being a support for the family is also a central part. Communication deficits between patients and the professionals, or within the team, can build additional barriers in end of life care situations. The complex foresights in terminal care can fall down, because of the slightly willingness about hassling with upcoming questions und problems. Therefor an extensive sensitizing of the population and professionals regarding to needs and wishes of people in the terminal care could be a benefit for the implementation of Advance Care Planning.

Aim: The aim of this literature review is to demonstrate the role and tasks of nurses during implementing Advance Care Planning.

Methods: A literature research in the databases PubMed, CINAHL und Web of Science was undertaken. Subsequently the selected articles were critical valued with the rating sheet of Hawker et al. 2002.

Results: ACP numbers among the task areas of nurses. Their role could be attributed to the following categories: Educator, Communicator, Initiator, Facilitator, Advocate, Liaison und ACP coordinator/ programme manager.

Conclusion: Physicians are mostly the health profession group that conduct ACP discussions and nurses are only present as passive listeners, partially involved in the ACP process. Although, over time, nurses have become more engaged with the ACP concept, a large uncertainty still prevails with the implementation. Because of this, the nurses in the literature demanded better offers in ACP education.

Keywords: Advance Care Planning, role, nurse, task

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	III
Abstract	IV
1. Einleitung	1
1.1 Geschichte vom Advance Care Planning (ACP).....	1
1.2 Was ist Advance Care Planning?	2
1.3 Gesetzeslage in Österreich	2
1.4 Rolle der Pflege im österreichischen Projekt „Vorsorgedialog“	7
1.5 Pflegerrelevanz des Themas	8
1.6 Forschungsziel und Forschungslücke.....	8
2. Methode	10
2.1 Literaturrecherche	10
2.2 Suchstrategien	11
3. Ergebnisse	14
3.1 Charakteristika der Studien	14
3.2 Wer sollte Advance Care Planning ausführen?.....	20
3.3 Entwicklung der Beteiligung am Advance Care Planning.....	21
3.4 Aufgabengebiete von Pflegepersonen.....	22
3.5 Die Rolle der Pflege bei der Implementierung	27
3.6 Erfahrungen mit „Advance directives“ in der Primärversorgung	27
3.7 Erfahrungen mit ACP in Pflegeheimen	29
3.8 „Registered Nurses“ Interesse am Advance Care Planning	30
3.9 Die „Community matron“ im Advance Care Planning.....	30
3.10 ACP Weiterbildungen in der Pflege	32
4. Diskussion	33
5. Schlussfolgerung	36
6. Literaturangaben	38
7. Anhang	43
7.1 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	43
7.3 Kritische Bewertung der Studien	44

Glossar

Begriffe	Definition/ Erklärung
Nurse Practitioner	Eine Pflegeperson mit einem zusätzlichen Expertenwissen und klinischen Kompetenzen in der erweiterten Praxis, welche länderspezifisch geregelt und festgelegt ist (International Council of Nurses 2019).
Registered Nurse	Haben mindestens einen akademischen Abschluss im Bereich Krankenpflege und sind vom Staat zur Durchführung dieser zugelassen (Burger 2016).
Advance directives	Eine legale schriftliche Verfassung über Wünsche und Präferenzen für die zukünftige Gesundheitsversorgung, worin auch ein/e oder mehrere EntscheidungsträgerInnen bestimmt werden kann/können (Government of South Australia o.J.).
Community Matron	Fungieren als Case Manager bei der Betreuung von Menschen mit komplexen Krankheitsbildern und wollen so Krankenhausaufenthalte und negative Auswirkungen auf deren Lebensqualität verhindern (Kazmierski & King 2015).

1. Einleitung

Medizinisches Handeln sollte sich stets am Willen der PatientInnen orientieren, auch in jenem Fall, wenn er oder sie nicht in der Lage ist, seinen/ihren Willen persönlich zu äußern. In der Praxis bringt diese Thematik jedoch einige Probleme mit sich (Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen e.V. 2018).

1.1 Geschichte vom Advance Care Planning (ACP)

Bereits im Jahr 1997 befasste sich das Institut für Medizin (Institute of Medicine) in Washington mit diesem Thema und erwähnte in einem Bericht die Alternative zur Vorsorgevollmacht, das Konzept vom „Advance Care Planning“. Die Erweiterung des Ansatzes vom ACP war nicht neu, nur erreichte es erst zu dieser Zeit Auswirkungen auf die öffentliche Politik. Im Jahr 1998 veröffentlichte Robert Pearlman während der Zusammenarbeit mit Kollegen eines medizinischen Zentrums in Seattle ein erstes Selbsthilfeeinstrument bezüglich Advance Care Planning. Ziel dieses Instrumentes war es, den Fokus auf den Planungsprozess und den damit verbundenen Werten und Zielen zu legen. Außerdem sollen so Diskussionen mit Familienmitgliedern, Freunden oder Angehörigen der Gesundheitsberufe geführt werden (Sabatino 2010). Obwohl ein zunehmendes Interesse im Bereich des Advance Care Planning wahrgenommen werden konnte, existierte im Jahr 2017 noch keine allgemeine Definition, welche auch als Wegweiser für die Praxis bzw. Forschung oder Politik dienen könnte. Deshalb wurde in Amerika eine Delphi Studie mit 10 Runden durchgeführt. Als PartizipantInnen wurden dabei 52 internationale ExpertInnen im Bereich ACP ausgewählt. Schlussendlich konnte folgende allgemeine Definition des Advance Care Planning festgelegt werden (Sudore et al. 2017):

„Advance care planning is a process that supports adults at any age or stage of health in understanding and sharing their personal values, life goals, and preferences regarding future medical care. The goal of advance care planning is to help ensure that people receive medical care that is consistent with their values, goals and preferences during serious and chronic illness.“(Sudore et al. 2017, p. 2).

1.2 Was ist Advance Care Planning?

Der Eintritt der Entscheidungsunfähigkeit betrifft nicht nur Personen im höheren Alter. Auch junge sowie gesunde Menschen können davon betroffen sein. Aus diesem Grund sollten Advance Care Planning Gespräche bereits zuhause mit den Angehörigen beginnen. Das ACP Konzept inkludiert 2 Elemente. Einerseits ist die Ernennung von einer Person, welche als StellvertreterIn für medizinische Belange in solchen Situationen agiert, notwendig. Andererseits müssen die gewünschten und abgelehnten Behandlungsschritte klar in schriftlicher Form festgehalten werden. Somit entfernt man sich vom typischen Bild der „Advance directives“ und tendiert zur Abhaltung von komplexen Gesprächen. Nichtsdestotrotz sind im Gesundheitssystem bei der Berücksichtigung der PatientInnenwünsche verschriftlichte Dokumente unausweichliche Bestandteile. Während der Umsetzung vom ACP kamen neue schriftliche Anordnungen der ÄrztInnen auf. Darunter zählen Abkürzungen wie POLST (physician orders for life – sustaining treatment), MOLST (medical orders for life – sustaining treatment), DNR (do not resuscitate), DNI (do not intubate) und DNH (do not hospitalized). Diese Anordnungen müssen abhängig von der Gesetzeslage von den Ärzten oder Nurse Practitioners unterzeichnet werden. Meist kommen sie bei der Betreuung von PatientInnen mit schweren Erkrankungen in der terminalen Phase zum Einsatz. Sie sollen die Berücksichtigung der PatientInnenwünsche ebenfalls stützen (Izumi 2017).

1.3 Gesetzeslage in Österreich

Im Jahr 2006 trat in Österreich das Bundesgesetz für Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz) in Kraft. Bei einer Patientenverfügung handelt es sich um eine Willenserklärung, mit der PatientInnen die Möglichkeit erhalten, medizinische Behandlungen abzulehnen. Sie kommt vor allem dann zum Einsatz, wenn PatientInnen zu diesem Zeitpunkt entscheidungsunfähig sind. Bei der Errichtung einer Patientenverfügung muss die Entscheidungsfähigkeit jedoch gegeben sein. Bei der persönlichen Willenserklärung wird zwischen der verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügung unterschieden (Bundesgesetz für Patientenverfügungen 2019, §1 - §2).

Die verbindliche Patientenverfügung

Bei der verbindlichen Patientenverfügung müssen alle medizinischen Maßnahmen, die abgelehnt werden, konkret beschrieben und festgehalten werden. Außerdem muss eindeutig hervorgehen, dass sich die PatientInnen über die Folgen des Ablassens der medizinischen Behandlung im Klaren sind und ausführlich ärztlich aufgeklärt wurden. Durch die schriftliche Verfassung vor einem Rechtsanwalt, Notar oder vor einem Mitglied der Patientenvertretung, gilt die Willenserklärung als verbindlich. Dabei muss der/die PatientIn ebenfalls über die Möglichkeit des Widerrufs, welcher jederzeit erfolgen kann, in Kenntnis gesetzt werden. Die verbindliche Patientenverfügung muss innerhalb von 5 Jahren, wenn nicht früher festgelegt, erneuert werden. Ansonsten verliert sie ihre Verbindlichkeit (Bundesgesetz für Patientenverfügungen 2019, §4 - §7).

Die beachtliche Patientenverfügung

Werden die Anforderungen der verbindlichen Patientenverfügung nicht erfüllt, so gilt trotzdem die Ermittlung des Willens der PatientInnen als beachtlich. Dabei sollte vor allem gezielt darauf geachtet werden, ob eine Aufklärung erfolgte, inwiefern der/die PatientIn über die Folgen der Willenserklärung im Klaren war und wie genau die medizinischen Behandlungen, welche unterlassen werden sollen, definiert sind (Bundesgesetz für Patientenverfügungen 2019, §8 - §9).

Mit 01.07.2018 traten neue Gesetze betreffend der Vorsorgevollmacht und der Erwachsenenvertretung in Kraft. Eine Vorsorgevollmacht muss bei vollkommener Urteilsfähigkeit errichtet werden. Sie wird dann wirksam, wenn der/die VollmachtgeberIn seine/ihre Entscheidungsfähigkeit verliert. Die schriftliche Errichtung muss höchstpersönlich mit Hilfe eines Rechtsanwalts, eines/einer VertreterIn des Erwachsenenvertretervereins oder einem Notar erfolgen. Zur Registrierung liegt ein österreichisches zentrales Vertretungsverzeichnis vor (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch 2017, §260 - §263). Im Paragraph 244 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) wird die Erwachsenenvertreter – Verfügung geregelt. Jene bietet die Möglichkeit, eine/n ErwachsenenvertreterIn zu ernennen. Auch die Erwachsenenvertreter – Verfügung muss schriftlich errichtet und im österreichischen zentralen Vertretungsverzeichnis registriert werden. Ein Widerruf ist jederzeit möglich.

Bei einem Erwachsenenvertreter werden folgende 3 Formen voneinander unterschieden:

Gewählte/r ErwachsenenvertreterIn

Ist es einer Person aufgrund des Verlustes ihrer Entscheidungsfähigkeit nicht mehr möglich, ihre Angelegenheiten selbst zu verrichten, hat er/sie keine/n anderen VertreterIn und kann die Person eine Vorsorgevollmacht nicht mehr aufsetzen, so können ein oder mehrere ErwachsenenvertreterInnen ernannt werden. Der Gesetzestext besagt außerdem, dass der bzw. die gewählten ErwachsenenvertreterInnen eine/mehrere dem/der PatientIn nahestehende/n Person/en sein muss/müssen. Dann kommt es zum Abschluss eines Vertrages, in welchem die Vertretungsbefugnisse klar festgelegt werden (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch 2017, §264 - §267).

Gesetzliche/r ErwachsenenvertreterIn

Personen, die volljährig sind, können zur Vollrichtung ihrer Angelegenheiten nächste Angehörige bevollmächtigen. Welche Personen als nächste Angehörigen zählen, wird genau definiert. Die Aufgaben einer gesetzlichen Erwachsenenvertretung reichen von Vertretungen in gerichtlichen Verfahren, bis hin zur Verwaltung von Einkünften und die Änderungen des Wohnortes, die eventuell mit dem Abschluss eines Heimvertrages verbunden sind (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch 2017, §268 - §270).

Gerichtliche/r ErwachsenenvertreterIn (ehem. Sachwalter)

Kommt bei Personen, die ihre Angelegenheiten krankheitsbedingt nicht erledigen können, eine gesetzliche Erwachsenenvertretung nicht in Frage, so wird auf Antrag vom Gericht eine Erwachsenenvertretung (gerichtliche/r ErwachsenenvertreterIn) gestellt. Wenn vorhanden, wird dabei eine Person, welche bereits in einer vorhandenen Vorsorgevollmacht oder gewählten Erwachsenenvertretung bzw. Erwachsenenvertreter - Verfügung genannt wurde, ausgewählt. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung dieser Person. Die Bestellung der gerichtlichen Erwachsenenvertretung ist nur für einzelne gegenwärtige Angelegenheiten gültig. Wurden diese Angelegenheiten erledigt, so muss die Erwachsenenvertretung beendet werden. Auf die Wünsche und Bedürfnisse der volljährigen Personen wird bei der

Auswahl des Erwachsenenvertreters Rücksicht genommen (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch 2017, §271 - §276).

Patientenverfügungen in Österreich

Bei einer Umfrage vom Institut für Ethik und Recht in der Medizin gaben 76 % der österreichischen Bevölkerung an schon einmal von einer Patientenverfügung gehört zu haben. Augenfällig dabei ist die Tatsache, dass nur 4,1 % der ÖsterreicherInnen tatsächlich eine Patientenverfügung errichtet haben. Soziodemographische Daten wie das Alter, die Ausbildung oder das Einkommen haben eine Auswirkung auf die Entscheidung für oder gegen eine Patientenverfügung. Das Geschlecht hingegen nicht. Vor allem im höheren Alter haben viele Menschen bereits eine Verfügung oder denken darüber nach. Auffällig ist zudem, dass auch oft bei Angehörigen der Gesundheitsberufe Unklarheit über das Patientenverfügungsgesetz, die beiden Formen bzw. konkrete Umsetzung, herrscht. Außerdem äußerten Pflegepersonen Wissensdefizite über die Aufbewahrung und Übermittlung (Ulrich Körtner et al. 2014). Oft widmen sie den formalen Kriterien sehr viel Aufmerksamkeit, wobei mündliche Äußerungen der PatientInnen nicht als solche wahrgenommen werden. Die Angst vor rechtlichen Konsequenzen nimmt dabei einen großen Stellenwert im Berufsalltag ein. ÄrztInnen sowie Pflegepersonen auf Intensivstationen hingegen äußerten klar, dass nicht die Form, sondern der Inhalt entscheidend für eine Willenserklärung ist (Ulrich Körtner et al. 2014).

Errichtung einer Patientenverfügung

36 % der österreichischen Bevölkerung gaben an, dass sie über das „Wie?“ und „Wo?“ zur Errichtung einer Patientenverfügung nicht ausreichend Bescheid wissen. Für viele ist der Errichtungsprozess, der mit einem zusätzlichen finanziellen und zeitlichen Aufwand in Verbindung steht, zu kompliziert gestaltet. Eine bewusste Ablehnung der Willenserklärung wurde aufgrund des Wunsches für den Erhalt einer maximalen medizinischen Betreuung ebenfalls erwähnt (Ulrich Körtner et al. 2014).

Beweggründe für die Errichtung einer Patientenverfügung

Menschen, die bereits Erfahrungen im Umgang mit der Thematik „Würdevolles Sterben“ gemacht haben, besitzen meist bereits eine Patientenverfügung bzw. denken über die Errichtung einer nach. Viele Angehörige der Gesundheitsberufe geben ihre berufliche Erfahrung als Beweggrund dafür an. Für viele Menschen rückt auch der Wunsch in den Vordergrund, seinen Angehörigen nicht zur Last zu fallen. Zusammenfassend erkennt man, dass die Selbstbestimmung über das Lebensende der Hauptbeweggrund für eine Patientenverfügung ist (Ulrich Körtner et al. 2014) .

Register für Patientenverfügungen

Derzeit können in Österreich Patientenverfügungen bei zwei Registerstellen eingetragen werden. Zudem bietet das österreichische Notariat in Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz eine 24 - Stunden - Hotline für registrierte Krankenanstalten an, durch die das Vorhandensein einer Verfügung abgefragt werden kann. Viele ÖsterreicherInnen sind der Meinung, dass sie eine registrierte Verfügung besitzen, obwohl dies nicht der Fall ist. Eine Vielzahl der im Gesundheitsberuf Tätigen, haben von einem derartigen Register noch nie gehört (Ulrich Körtner et al. 2014).

Einfluss von Patientenverfügungen auf die Praxis

Studien haben gezeigt, dass sich die Sichtweisen von ÄrztInnen gegenüber Patientenverfügungen deutlich unterscheiden. Die Unterschiede werden bereits bei der Bereitschaft zur Durchführung von Aufklärungsgesprächen erkenntlich. Auch das Setting hat einen großen Einfluss auf den Umgang mit Patientenverfügungen. In Notfallsituationen hat die Verfügung eine andere Bedeutung als in der Palliativbetreuung. Eine weitere große Frage bringt die Angehörigenbetreuung in diesen Situationen mit sich. ÄrztInnen sowie Pflegepersonen sind sich dabei über deren konkreten Verpflichtungen nicht bewusst (Ulrich Körtner et al. 2014). Heindl, Ruppert und Kozon (2014) befragten österreichische Pflegepersonen, welche auf Intensiv- und Normalstationen tätig waren, zum Thema Patientenverfügung. 64 % gaben an, dass sie nicht ausreichend informiert über diese Thematik seien. Bei der Definition des Begriffes „Patientenverfügung“ jedoch, machten die Pflegepersonen genaue Angaben über deren Inhalt und rechtliche Aspekte. Anhand einiger Aussagen

konnte auch festgestellt werden, dass es manchmal im Umgang mit Patientenverfügungen zu Unsicherheiten und potentiellen Konflikten kommen kann. Fehlende Strukturen innerhalb der einzelnen Organisationen können zusätzlich zur Entstehung von interdisziplinären Konflikten beitragen. Laut Ulrich Körtner et al. (2014) ist die Patientenverfügung ohne Zweifel ein geeignetes Mittel zur Selbstbestimmung. Im Ernstfall kann es als Entscheidungshilfe für PatientInnen, aber auch für Angehörige der Gesundheitsberufe verwendet werden. Nichts desto trotz gibt es noch einen großen Kommunikationsbedarf zwischen den PatientInnen und ihrem Behandlungsteam. Obwohl eine Patientenverfügung vorliegt, wissen ÄrztInnen sowie Pflegepersonen oft nicht was zu tun ist. PatientInnen und ExpertInnen tätigten bereits Äußerungen über die Notwendigkeit eines größeren und umfangreicheren Vorsorgekonzeptes. Dieses Konzept sollte bereits bei gesunden PatientInnen ansetzen und sich dann über einen längeren Zeitraum erstrecken.

1.4 Rolle der Pflege im österreichischen Projekt „Vorsorgedialog“

2004/2005 wurde in Vorarlberg mittels Zusammenarbeit zwischen der österreichischen Hospiz- und Palliativbewegung und den Alten- bzw. Pflegeheimen das Projekt „Hospizkultur und Palliative Care in Alten- und Pflegeheimen“ (HPCPH) durchgeführt. Es handelt sich dabei um einen Organisationsentwicklungsprozess bezüglich der Hospiz- und Palliativpflege (Dachverband HOSPIZ Österreich 2019). Bei der Umsetzung dieses Projektes werden 2 MitarbeiterInnen zu „Palliativbeauftragten“ ernannt, welche als berufliche Voraussetzung für diese Position den Nachweis über ein gültiges Pflegediplom erbringen müssen. Neben den Funktionen als BeraterIn und BegleiterIn für ArbeitskollegInnen und Angehörigen, wird auch die Erstellung von ACP Dokumenten gefordert. Dabei liegt die Aufgabe der Pflegepersonen darin, zu einem adäquaten Zeitpunkt einen Plan zu erstellen (Tiroler Hospiz Gemeinschaft 2016). Im Vorsorgedialog (VSD) fungieren Pflegepersonen als KoordinatorInnen für die Durchführung von Erstgesprächen sowie Evaluierungsgesprächen. Im Rahmen des VSD tätigt die Pflege eine Ersteinschätzung des derzeitigen Gesundheitszustandes und verknüpft diese Informationen während des Gesprächs mit der ärztlichen Einschätzung. Der Implementierungsprozess des Vorsorgedialoges in bestimmten

österreichischen Pflegeheimen, verläuft derzeit in einer Pilotphase und soll bis Dezember 2020 abgeschlossen sein (Dachverband HOSPIZ Österreich 2017).

1.5 Pflegerelevanz des Themas

Um die Wünsche sowie Bedürfnisse von Menschen in der terminalen Phase erheben zu können, bedarf es einer vorausschauenden Planung. Advance Care Planning zählt gemäß §22b Ziff. 2 GuKG zur Hospiz- und Palliativversorgung und ist somit bereits im Berufsbild bzw. Kompetenzbereich von österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen festgelegt. Ziel dabei ist es, das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen zu bewahren und deren Lebensqualität zu verbessern (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2018 , §22b Ziff. 2). Die „American Academy of Nursing on Policy“ veröffentlichte 2010 ein Policy Brief, worin das Konzept vom ACP als vorrangiges Anliegen der öffentlichen Gesundheit bezeichnet wird. Grund dafür ist nicht nur das Altern der Gesellschaft, sondern vor allem die steigende Anzahl an Menschen, die sich in der terminalen Phase befinden. Ihre Wünsche und Bedürfnisse sollen somit berücksichtigt werden (Tilden et al. 2012, p. 418).

1.6 Forschungsziel und Forschungslücke

Wie bereits zuvor erwähnt, wird das Thema „Advance care planning“ nicht nur im österreichischen Gesetzestext, sondern auch im Rahmen des Pilotprojektes „Der Vorsorgedialog“ angesprochen, woran sich die Pflegefachkräfte aktiv beteiligen. (Dachverband HOSPIZ Österreich 2017).

Laut Coors, Jox und In der Schmitt (2015, p. 17) hat das Konzept vom ACP das Potential, auf nationaler, aber auch internationaler Ebene fest in Gesundheitssystemen verankert zu werden. Um dieses Vorhaben umsetzen zu können, ist jedoch die gesundheitspolitische Zustimmung für die Qualifizierung von Fachkräften im Gesundheitswesen notwendig. Unumgänglich ist dieser Schritt bei jenen Personen, welche die Vermittlungsrolle als so genannten „facilitator“ übernehmen. Dazu müssen die Rollen und Aufgabengebiete aller am ACP Prozess beteiligten Personen klar dargestellt werden. Im Hinblick auf deutschsprachige Länder wird dieses Konzept meist mit den Begriffen „Vorausschauende Versorgungsplanung“ übersetzt und ist für die meisten Personen eher fremd. Um diesen neuen Entscheidungsfindungsprozess in

deutschsprachige Gesundheitssysteme implementieren zu können, soll das Gesundheitssystem überdacht werden. Das bedeutet, dass der Fokus aller Behandlungen patientenorientiert gesetzt werden muss. Nur so ist es möglich, diesen Prozess auch innerhalb der Gesundheitsberufe zu verankern (Coors, Jox & In der Schmitt 2015, pp. 11-14).

Aus diesem Grund befasst sich diese Arbeit mit dem Thema Advance Care Planning und welche Rolle speziell die Pflege dabei einnimmt. Das Ziel dabei ist es, die Rollen und Aufgabengebiete von Pflegepersonen im Bereich Advance Care Planning international betrachtet aufzuzeigen.

Aus diesem Ziel ergibt sich schlussendlich folgende Forschungsfrage:

„Welche Rolle haben Pflegekräfte im Bereich vom Advance Care Planning?“

2. Methode

Für die genaue Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview ausgewählt. Dabei handelt es sich um eine aufgezeichnete Zusammenfassung von verschiedener evidenzbasierter Literatur zu einem vorliegenden Forschungsproblem (Polit & Beck 2017, p. 114).

2.1 Literaturrecherche

Eine systematische Literaturrecherche fand Anfang Oktober bis Ende November 2018 statt. Dabei wurde in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online), CINAHL (Comulative Index to Nursing and Allied Health Literature) und Web of Science mit Hilfe von Keywords nach aktueller Literatur gesucht. Anhand der Forschungsfrage ergaben sich folgende Suchbegriffe: „Advance Care Planning“, „role“, „nurse“ und „task“. Diese wurden mit den boolschen Operatoren „AND“ bzw. „OR“ während der Literatursuche verbunden. Mittels Trunkierungen konnte die Suche außerdem präziser gestaltet werden.

PubMed

In der Datenbank PubMed erfolgte die Hauptliteratursuche. Zuerst wurde mit Hilfe von Medical Subject Headings (MeSH Terms) gesucht. Diese wurden durch Boolsche Operatoren mit anderen Keywords verknüpft.

CINAHL

Mit Hilfe von Keywords und CINAHL Headings, welche von der Datenbank entsprechend zu den Schlüsselwörtern vorgeschlagen werden, wurde nach relevanter Literatur gesucht.

Web of Science

In der Datenbank Web of Science erfolgte eine zusätzliche Literatursuche mittels Keywords. Auch hier wurden die Schlüsselbegriffe mit den Boolschen Operatoren und Trunkierungen zu einer Suchstrategie verknüpft.

2.2 Suchstrategien

Die angewandten Suchstrategien, welche bezüglich des Erscheinungsdatums auf die letzten 10 Jahre sowie nach englischer und deutscher Sprache limitiert wurden, werden folgend durch eine Tabelle grafisch dargestellt. Mittels Handsuche in Referenzlisten konnten weitere Artikel ausfindig gemacht werden. Einer davon, wurde im Jahr 2006 verfasst und aufgrund seines passenden Inhaltes, trotz der festgelegten Limitation, inkludiert.

Tabelle 1: Suchstrategie in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Web of Science

Datenbank	Suchstrategie mit Keywords, MeSH Terms und CINAHL Headings
PubMed	((((("advance care planning"[Title/Abstract]) AND (((task*) OR nurs*) OR role)) AND "last 10 years"[PDat])) AND ((((((role*[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat])) OR (task*[Title/Abstract] AND "last 10 years"[PDat])) OR (nurs*[Title/Abstract] AND "last 10 years" [PDat])) AND "last 10 years"[PDat])
CINAHL	TI "advance care planning" AND TI role OR TI task AND TI nurs*
Web of Science	TITLE: ("advance care planning") AND TITLE: (role) OR TITLE: (task) AND TITLE: (nurs*)

Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden ausschließlich Artikel verwendet, die das Rollenverständnis und die Aufgabengebiete von Pflegekräften im Bereich Advance Care Planning genauer untersuchten. Das Setting wurde dabei im Vorhinein nicht festgelegt. Inkludiert wurden auch Artikel, welche subjektive Sichtweisen einer Pflegeperson über ACP in ihrem Arbeitsalltag aufzeigten. Die zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogene Literatur, konnte sowohl dem qualitativen, als auch dem quantitativen Forschungsansatz zugeordnet werden. Literaturreviews wurden ausschließlich dann

verwendet, wenn sie eine hohe inhaltliche Übereinstimmung mit dem Forschungsthema hatten. Außerdem wurden deren Referenzlisten zur weiteren Literaturrecherche herangezogen.

Literatúrauswahl

Die Literatúrauswahl erfolgte computergestützt mit dem Literaturverwaltungsprogramm Endnote X8.2. Die Ergebnisse der Datenbanken wurden in das Programm systematisch eingefügt und anschließend wurden die Duplikate entfernt. Mit Hilfe eines Titelscreenings sowie eines darauffolgenden Abstractscreenings, konnten jene Ergebnisse, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage nicht relevant waren, ausgeschlossen werden. Von 20 Artikeln konnte der Volltext eruiert werden, wobei 6 Artikel auf Grund von Inhalt, Ergebnis bzw. Qualität ausgeschlossen wurden. Schlussendlich verblieben 13 Volltexte, die einer kritischen Bewertung unterzogen wurden. Das genaue Vorgehen bei der Literatúrauswahl ist in Abbildung 1 grafisch dargestellt.

Kritische Bewertung

Mittels des Bewertungsbogens nach Hawker et al. (2002), wurde eine Qualitätsermittlung der schließlich ausgewählten 13 Artikel durchgeführt. Das Bewertungsinstrument inkludiert 9 Items, welche mittels eines Punktesystems beurteilt wurden. Jedes Item kann eine maximale Anzahl an 4 Punkten erhalten. Dadurch ist es möglich, dass eine Studie bis zu 36 Punkte erreichen kann. Anhand der Punkteanzahl kann die Qualität einer Studie folgenden Kategorien zugeordnet werden: Good, Fair, Poor, Very Poor. Die Beurteilung der 13 Studien ist dieser Arbeit am Ende beigefügt.

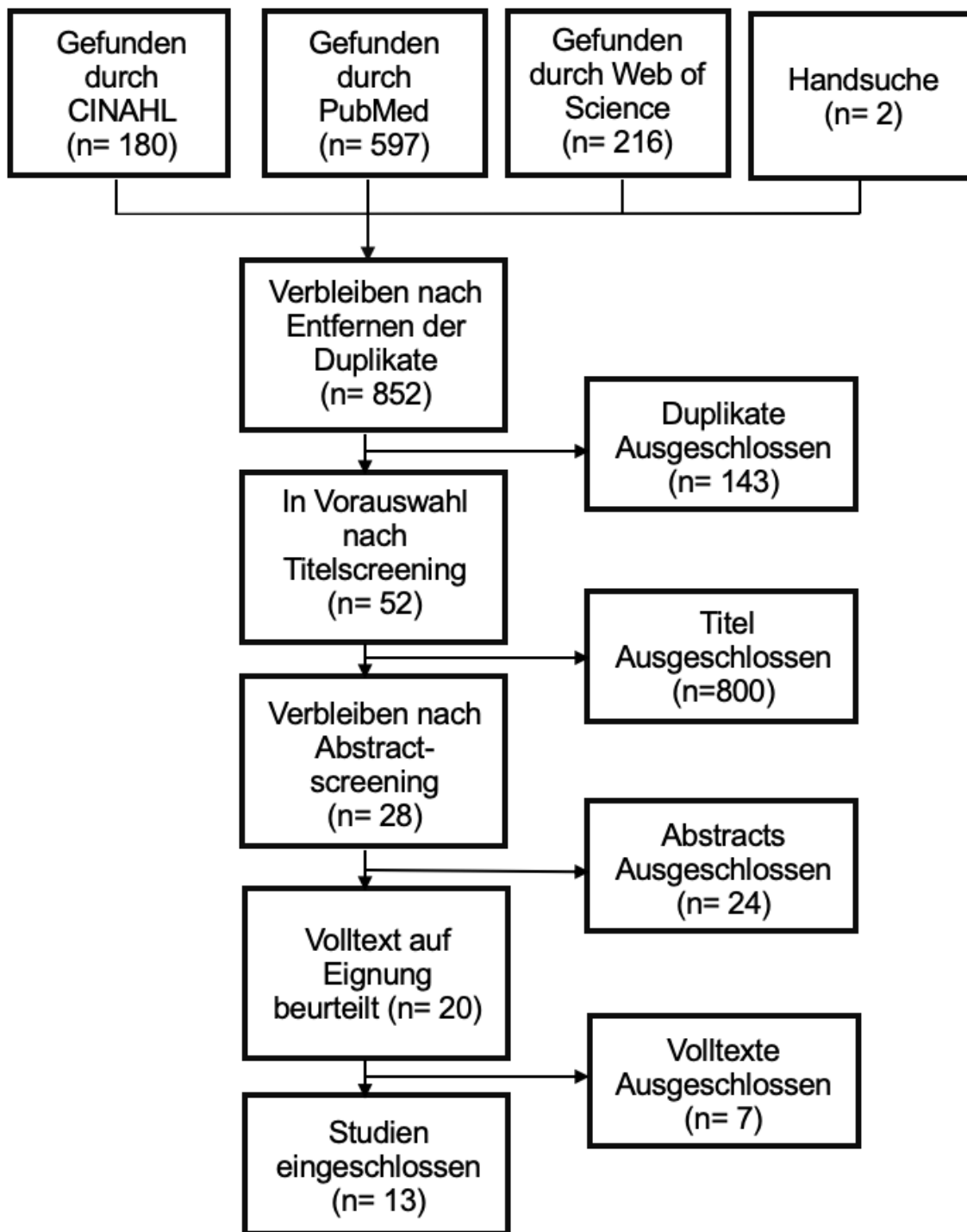


Abbildung 1: Flowchart über Vorgehensweise der Literatursuche

3. Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden die Ergebnisse der ausgewählten Studien zusammengefasst dargestellt. Die Rollen der Pflegepersonen wurden in einzelne Tätigkeitsbereiche gegliedert. Außerdem wurde dabei zwischen den unterschiedlichen Berufsbildern Nurse Practitioner, Community Matron und Registered Nurse unterschieden. Bezüglich der Gesundheitseinrichtungen konnten Differenzen in den Bereichen Akutpflege, Langzeitpflege, Primärversorgung aber auch Community Care festgestellt werden.

Datenextraktion

Angeschlossen an der kritischen Bewertung folgte die Extraktion der Daten. Um die Datensynthese möglichst genau durchführen zu können, wurden vorerst folgende Kategorien festgelegt: Autor/en & Land, Titel, Forschungsziel, Design, Setting & Sample, Datenerhebung und Ergebnisse. Die Daten wurden anschließend anhand dieser Kategorien systematisch aufgelistet. Somit war es möglich, Charakteristika der einzelnen Studien zu formulieren.

3.1 Charakteristika der Studien

Die 13 ausgewählten Studien fanden in folgenden Ländern statt: Australien, Neuseeland, USA, Taiwan, Kanada, England. Als Datenerhebungsmethode wurde dabei die Durchführung von Umfragen bzw. Fragebögen hergenommen. In den Stichproben aller Studien waren Pflegepersonen inkludiert. 10 Studien hatten die Schilderung der Sichtweisen und Erfahrungen von Pflegepersonen im Bereich ACP als Ziel. Zwei Artikel lieferten zusätzliche Informationen, indem sie die Meinungen der Angehörigen bzw. PatientInnen oder BewohnerInnen ermittelten. Die Tatsache, dass neun Artikel Weiterbildungsbedürfnisse aufzeigten gab Grund zur zusätzlichen Inkludierung dieser Thematik. In Tabelle 2 werden die erworbenen Charakteristika der Studien mittels des Datenextraktionsvorgangs strukturiert dargestellt.

Tabelle 2: Vorgang der Datenextraktion mit den Charakteristika der Studien

Autor/en - Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Black Kathy USA	Advance Directive Communication: Nurses' and Social Workers' Perceptions of Roles	Es soll das Rollenverständnis von Pflegepersonen und Sozialarbeitern bei der Durchführung von „Advance directive“ Gesprächen aufgezeigt werden.	Qualitative Studie	Setting: Akuteinrichtungen im Nordosten der Vereinigten Staaten mit 450 – 600 Betten. Sample: Registered nurses und Social Worker aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen	Es wurden 2 Fokusgruppen zu den Berufsgruppen Pflegepersonen und Sozialarbeiter gebildet. Interviews der Fokusgruppen Dauer: ca. 60 Minuten	Pflegende übernehmen folgende Funktionen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Educator 2. Communicator 3. Initiator 4. Facilitator 5. Advocate 6. Liaison
Boyd, D. Merkh, K. Rutledge, D. N. Randall, V. USA	Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care	Mit dieser Studie sollen Sichtweisen und Erfahrungen von onkologischen Pflegepersonen im Bereich EOL care charakterisiert werden.	Descriptive correlational survey study	Setting: Ein Magnet®-designated hospital im Süden von Kalifornien mit einer Anzahl von min. 500 Betten. Sample: 31 Pflegepersonen aus dem onkologischen Tätigkeitsbereich	Umfrage (Caring for Terminally Ill Patients Nurse Survey) <ul style="list-style-type: none"> • Für Forschungsfrage modifiziert 	Befasste sich 2011 erneut mit dem Thema der Involvierung von Pflegepersonen in den Bereich ACP. 23 % der Befragten versuchen in deren Praxis EOL Gespräche durchzuführen.
Colville, E. Kennedy, C. Schottland	ACP conversations in clinical practice: impact of an education initiative	Erfahrungen von Pflegepersonen bei der Umsetzung von ACP und ACP Gesprächen nach der Teilnahme an einem „Study Day“ sollen ermittelt werden.	Qualitative Small-scale exploratory study	Setting: Akuteinrichtungen, Community Care Sample: 6 Pflegepersonen die an diesem „study day“ teilnahmen.	Qualitative semi strukturierte Einzelinterviews <ul style="list-style-type: none"> • Hauptsächlich offene Fragen • Dauer: 20 – 60 min. 	Der Workshop bestärkte die Pflege in ihrem Handeln bezüglich ACP. Nicht nur die persönliche Einstellung, sondern auch die pflegerischen Tätigkeiten haben sich deutlich verändert.

Autor/en - Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Davidson R. Banister E. de Vries K. New Neuseeland	Primary healthcare NZ nurses' experiences of v: understanding their potential role	Ziel dieser Studie ist es, das Verständnis von Senior Primary healthcare nurses bezüglich deren Rolle im Umgang mit Vorsorgevoll-machten aufzuzeigen.	Qualitativ Studie mit einem deskriptiv explorativen Forschungsdesign	Setting: Primary healthcare in Neuseeland Sample: 13 Senior Primary healthcare registered nurses mit mehr als 5 Jahren Berufs-erfahrung	Semi strukturierte Interviews Dauer: 45 Minuten <ul style="list-style-type: none"> Übersetzt von Fachkraft Vertraulichkeit und Anonymität gegeben durch Verwendung von Pseudonymen auf den transkribierten Daten	Pflegepersonen sind der Meinung, dass Glaubensvorstellungen die Sichtweise über deren potentiellen Rollen beeinflussen und sehen die Primärversorgung als ideales Setting für ACP Gespräche an.
Dixon J. Knapp M. USA	Whose job? The staffing of advance care planning support in twelve international healthcare organizations	Forschungsziele: <ul style="list-style-type: none"> Überblick über ACP geben Aufzeigen von Chancen und Barrieren für Gesundheitsberufe bei der Bereitstellung von ACP <ul style="list-style-type: none"> Inwiefern Gesundheitsberufe Unterstützungshilfen in deren Rollenbild integrieren 	Predominantly exploratory (contextual) qualitative interview study	Setting: 12 internationale Gesundheitseinrichtungen in den USA Sample: ManagerInnen, ÄrztInnen, Pflegepersonen, SozialarbeiterInnen, freiwillige MitarbeiterInnen, weitere Angestellte	Interviews bei Feldforschungen vor Ort. <ul style="list-style-type: none"> Gruppeninterviews Dauer: 20 – 180 Minuten 	Pflegepersonen haben eine wichtige Rolle bei der Unterstützungshilfe für ACP, da sie mehr ganzheitlich arbeiten und den Fokus auf die Prävention legen. Das Pflegeheim wird dabei als schwieriges Setting angesehen.
Fan Emilia Joel Rhee Australien	A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South wales practice nurses on conducting ACP initiatives in the general-practice setting	Ziel war es, die Überzeugungen und Einstellungen sowie edukative Trainingsbedürfnisse von Pflegepersonen beim ACP zu beschreiben.	Quantitative Querschnittstudie	Setting: New South Wales Sample: Practice Nurses und Registered Nurses welche in New South Wales arbeiten	Online survey tool <ul style="list-style-type: none"> 18 questions Five – point Likert scale Pilotumfrage mit 3 Fachkräften durchgeführt 	Pflegepersonen sollten ebenfalls bei der Durchführung von ACP Gesprächen involviert und durch Weiterbildungsmaßnahmen gefördert werden.

Autor/en - Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Kazmierski M. King N. United Kingdom	Role of the community matron in advance care planning and 'do not attempt CPR' decision-making: a qualitative study	Das Ziel dieser Studie ist es, die Erfahrungen von Community Matrons in der Entscheidungsfindung am Lebensende bei PatientInnen mit Langzeiterkrankungen aufzuzeigen.	Qualitative Studie – interpretative Phänomenologie	Setting: United Kingdom Sample: 6 Community matrons mit einem Masterabschluss in "Advanced practitioner skills".	Semi strukturierte Interviews Guide führte die Interviews und orientierte sich dabei an bestimmte Themen	Alle äußerten Sicherheitsgefühl mit dem Konzept von ACP und DNACPR – insbesondere wenn sie ein gutes Verhältnis zu PatientInnen und Angehörigen haben und schon länger in Kontakt stehen.
Rietze L, Heale R, Roles S, Hill L. Kanada	Identifying the Factors Associated With Canadian Registered Nurses' Engagement in Advance Care Planning.	Anhand dieser Studie soll herausgefunden werden, inwieweit Registered Nurses im Prozess ACP involviert sind und welche Faktoren bei Entscheidungen in der Praxis eine Rolle spielen.	Deskriptive Querschnittstudie	Setting: Ontario (Kanada) Sample: Berufstätige, registrierte Pflegepersonen in Ontario	Ein Umfrage – Tool wurde neu erstellt und per E-Mail an die PartizipantInnen übermittelt <ul style="list-style-type: none"> • Demographische Fragen • 35 weitere unterschiedliche Fragetypen 	92,4 % gaben an, dass Diskussionen über Wertvorstellungen am Lebensende eine wichtige Arbeit von registered nurses ist. Außerdem sind Pflegepersonen sehr häufig an Meetings über Gespräche am Lebensende involviert.
Rietze, L. Stajduhar, K. England	Registered nurses' involvement in advance care planning: an integrative review	Ziel war es, ein besseres Verständnis über das Ausmaß der Involvierung von Pflegepersonen im ACP Prozess zu erlangen.	Integrative Review	Setting: nichtzutreffend Sample: Registered Nurses	Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, Medline, Ovid, ProQuest <ul style="list-style-type: none"> • 182 Artikel wurden mit vorerst festgelegter Suchstrategie ermittelt • 9 Artikel in Review inkludiert 	2011: 23 % der Pflegepersonen versuchen ACP Gespräche einzuleiten

Autor/en - Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Rietze, L. Heale, R. Hill, L. Roles, S. Kanada	Advance Care Planning in Nurse Practitioner Practice: A Cross-Sectional Descriptive Study	Dieser Artikel soll für ein verbessertes Verständnis über Wissensstand und der Arbeitserfahrung von NPs im Umgang mit ACP sorgen.	Deskriptive Querschnittstudie	Setting: Primärversorgungszentren, Akuteinrichtungen, Langzeiteinrichtungen, Community Care, andere Gesundheitseinrichtungen Sample: Nurse Practitioners	Online Umfrage <ul style="list-style-type: none"> • Unterschiedliche Kategorien an Fragen • 42 Items • 9 Short answers 	NPs in Akuteinrichtungen setzen das ACP Konzept häufiger um als ihre Kollegen in der Primärversorgung. Als Grund dafür werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen, aber auch die Erwartungshaltung unter den Kollegen genannt.
Stone, L, Kinley, J & Hockley, J United Kingdom	Advance care planning in care homes: the experience of staff, residents, and family members',	Mittels dieser Studie sollen Erfahrungen von Angehörigen, PflegeheimbewohnerInnen und Angestellten im Umgang mit ACP Gesprächen im Langzeitbereich dargestellt werden.	Qualitativ beschreibendes Interview Design	Setting: 3 Pflegeheime mit dem Programm „Gold Standards Framework in Care Homes“ im Südosten von England Sample: 6 Pflegepersonen, 11 BewohnerInnen, 6 Angehörige	<ul style="list-style-type: none"> • Semi strukturierte Interviews • Kopien von den ACP Dokumenten der BewohnerInnen 	Gespräche über das Lebensende werden meist erst dann geführt, wenn sich der Gesundheitszustand der BewohnerInnen verschlechtert. Der Kommunikationsprozess dient auch zur Offenbarung von Emotionen oder Schmerzen und kann somit Pflegepersonen zum Handeln bringen.

Autor/en - Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesign	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Thoresen, L. Ahlzen, R. Solbraekke, K. N. Norwegen	Advance Care Planning in Norwegian nursing homes- Who is it for?	Anhand dieser Studie soll das Wissen über ACP in norwegischen Pflegeheimen verbessert werden.	Qualitative Studie	Setting: Pflegeheime in Norwegen Sample: BewohnerInnen, Angehörige, Pflegepersonal, Ärzte/Ärztinnen	<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtung der durchgeführten ACP Gespräche • Feldnotizen • Gruppen Interviews 	Bei der Durchführung von ACP Gesprächen geben Pflegepersonen persönliche Informationen und Wünsche der BewohnerInnen wieder, halten sich jedoch bei gezielten Fragen über das Lebensende im Hintergrund.
Li-Shan Ke, Xiaoyan Huang, Margaret O'Connor and Susan Lee Taiwan	Nurses' views regarding implementing advance care planning for older people: a systematic review and synthesis of qualitative studies	Ziel dieses Reviews war es, die Erfahrungen von Pflegepersonen bei der Implementierung von ACP für ältere Menschen zu ermitteln.	Systematic Review	Setting: Nicht zutreffend Sample: Pflegepersonen mit Erfahrungen bei der Implementierung von ACP für ältere Personen	In den Datenbanken CINAHL plus, Medline [EBSCOhost], EMBASE and PsycINFO wurden mittels Suchstrategien passende Artikel gesucht und anschließend kritisch bewertet.	Aus Sicht der Pflege bringt das Konzept vom ACP viele Vorteile mit sich. Dieser Bereich könnte eventuell in der Praxis neue Positionen für die Pflege bereitstellen.

3.2 Wer sollte Advance Care Planning ausführen?

Fan und Rhee (2017) führten eine Online - Befragung (bestehend aus 18 Fragen) durch, um die Überzeugungen und Einstellungen von praktizierenden Pflegepersonen in New South Wales bei der Involvierung in Advance Care Planning Prozessen zu beschreiben. Dabei wollten sie in erster Linie herausfinden, wer aus Sicht der Pflegepersonen ACP durchführen sollte und wie genau sie ihr eigenes Kompetenzlevel dabei einschätzen. 73,2 % der befragten Pflegepersonen stimmten der Aussage, dass ausschließlich Ärzte ACP Prozesse ausführen sollen, nicht zu. Pflegepersonen sollten am Beginn von Advance Care Planning Gesprächen sowie im weiteren Verlauf der Durchführung involviert werden. Die PartizipantInnen waren der Meinung, dass die PatientInnen davon profitieren würden. Die Berufserfahrung der Pflegepersonen jedoch zeigt, dass PatientInnen ACP Gespräche mit ÄrztInnen bevorzugen. Bei der genaueren Befragung bezüglich dem Kompetenzgefühl zum Thema ACP, gab die Mehrheit der Pflegepersonen an, ein gutes Gefühl im Umgang mit dieser Thematik zu haben. Auffällig war, dass das Selbstbewusstsein im Arbeitsalltag von bestimmten Faktoren abhängig ist.

Das Vertrauensverhältnis

Das Selbstbewusstsein der Pflegepersonen hängt mit dem Vertrauensverhältnis zu den PatientInnen zusammen. Je geringer die Vertrautheit ist, desto niedriger schätzen die Pflegekräfte ihr Selbstbewusstsein für die Umsetzung von ACP Gesprächen mit ihren PatientInnen ein.

Positive Erfahrungen

Ein weiterer signifikanter Zusammenhang lässt sich zwischen den positiven Erfahrungen und dem angegebenen Konfidenzgefühl von den Pflegepersonen erkennen. Pflegepersonen mit überwiegend positiven Erfahrungen im Umgang mit dem Thema ACP, gaben an, dass sie sich dadurch selbstsicherer bei der Durchführung von Gesprächen am Lebensende fühlen.

Die befragten Pflegepersonen bestätigten schlussendlich, dass sie sich in einer idealen Position zur Durchführung von Advance Care Planning Gesprächen sehen. Dies wurde von einer, in den USA durchgeführten, qualitativen Interview - Studie von Dixon und Knapp (2018), welche ebenfalls die Rolle der Pflege beim ACP aufzeigt, bestätigt. Dabei wurden während Feldbesuchen in 12 ausgewählten internationalen Gesundheitsorganisationen Gruppeninterviews mit unterschiedlichen Berufsgruppen durchgeführt. Die Ergebnisse zeigten, dass vor allem Nurse Practitioners und Pflegepersonen, welche in der Betreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen tätig sind, eine bedeutende Rolle bei der Bereitstellung von ACP haben. Grund dafür soll deren ganzheitliche Arbeitsweise mit dem Fokus auf die Prävention sein. Allgemein lässt sich auch erkennen, dass Pflegepersonen regelmäßig über einen längeren Zeitraum engen Kontakt zu ihren PatientInnen haben.

3.3 Entwicklung der Beteiligung am Advance Care Planning

Rietze und Stajduhar (2015) veröffentlichten einen „Integrative Review“ zur Involvierung von Pflegepersonen in den ACP Prozess. Dabei wollten sie herausfinden, welche Beiträge die Pflege in der Akutpflege bei der Umsetzung von ACP leistet und welche Faktoren dabei auf sie einwirken.

Im Jahr 1996 wussten 50 % der Pflegepersonen nicht über die Präferenzen von PatientInnen in der terminalen Phase Bescheid. 68 % bestätigten, dass sie in ihrem Berufsalltag mit den PatientInnen nicht über deren Prognose sprechen (Kennard et al. 1996, pp. 199 – 219 zit. In Rietze & Stajduhar 2015, p. 497).

2007 konnten diesbezüglich ebenfalls keine bedeutenden Veränderungen wahrgenommen werden. 44 % der Pflegepersonen im Akutbereich leisteten deren PatientInnen keine Unterstützung im Umgang mit ACP (Duke und Thompson 2007, pp. 109 – 115 zit. In Rietze & Stajduhar 2015, p. 497).

Im Jahr 2011 befassten sich (Boyd et al.) erneut mit der Bereitschaft von Pflegepersonen zur Beteiligung am ACP. Dabei gaben 23 % der Registered Nurses an, dass sie versuchen, Gespräche bezüglich der Palliativ- und Hospizpflege aufzunehmen. Sie bemerkten aber, dass die Angehörigen ihrer PatientInnen nur selten Schritte zur Einleitung von ACP Gesprächen tätigen. Angesichts der Kompetenzen, sehen Pflegepersonen die Betreuung von PatientInnen in der terminalen Phase sowie

die Gesprächsführung bezüglich der Hospizpflege in ihrem Zuständigkeitsbereich. Dabei nehmen sie meist die Funktion als aktive/r oder passive/r ZuhörerIn ein.

3.4 Aufgabengebiete von Pflegepersonen

Im Jahr 2006 führte Kathy Black, eine Professorin an der Universität in Südflorida, eine Studie über die Unterschiede im Rollenverständnis von Pflegepersonen und Sozialarbeitern bei der Durchführung von „Advance directive“ Gesprächen durch. Dabei wurden Interviews mit Angehörigen beider Berufsgruppen im Akutbereich durchgeführt. Die Rollen wurden anhand der Tätigkeiten, Funktionen und Verantwortlichkeiten bezüglich der Durchführung von Advance Care Planning Gesprächen mit den PatientInnen definiert. Mittels der Datenanalyse konnten 5 Rollenzuschreibungen für die Pflege ermittelt werden (Black 2006). Diese werden vorerst genauer erklärt und anschließend in der Tabelle 3 kurz zusammengefasst dargestellt.

Educator

In den geführten Gesprächen gaben die Pflegepersonen an, dass sie ihre primäre Rolle im Bereich ACP Kommunikation als „Educator“ (BeraterIn) sehen. Dazu zählen die Beratung und Edukation der PatientInnen über dieses komplexe Thema. Die befragten Pflegepersonen machten in ihrer Praxis die Erfahrung, dass viele Menschen mit dem Thema ACP noch nicht konfrontiert wurden bzw. nur wenige Informationen für sie frei zugänglich sind. Aus diesem Grund ist es auch Aufgabe von Pflegepersonen, Missverständnisse und fälschlicherweise verbreitete Informationen zu beseitigen. Dabei ist es wichtig, dass die Informationsvermittlung situationsgerecht an die Wünsche der PatientInnen angepasst wird. In der Kommunikationsart unterscheiden sich Pflegepersonen von anderen Berufsgruppen, da sie den Fokus auf die Weitergabe von pragmatischen Informationen legen. Dabei müssen zahlreiche medizinische Informationen in einfacher verständlicher Laiensprache wiedergegeben werden. Ziel dieses Kommunikationsprozesses ist es, ein besseres Verständnis über die Persönlichkeit der PatientInnen zu erhalten (Black 2006).

Initiator

Zu den Aufgaben als „Initiator“ (ImpulsgeberIn) zählt das genaue Screening von PatientInnen. Die befragten Pflegepersonen identifizierten die Durchführung von ACP Gesprächen als ein Prinzip der in Krankenanstalten geltenden Richtlinien und des von Pflegepersonen durchgeführten Beurteilungsprozesses der PatientInnen. Dabei wird das Thema ACP routinemäßig im Rahmen des Aufnahmegesprächs mit den PatientInnen besprochen. Darunter fällt ebenfalls die Aufklärung über die geltenden Rechte der PatientInnen. Laut Black waren die Pflegepersonen der Meinung, dass ACP Gespräche im Rahmen von Assessmentprozessen angemessener seien, als beim Aufnahmegespräch. Vor allem Veränderungen des Gesundheitszustandes können eine Ausgangssituation für Gespräche über weitere Wünsche und Bedürfnisse darstellen. Während des gesamten Pflegeprozesses, können somit Behandlungsmöglichkeiten interdisziplinär besprochen werden. Des Weiteren bemerkten Pflegepersonen, dass sich das Alter der PatientInnen nur gering auf den ACP Prozess auswirkt. Meistens werden ACP Gespräche mit Personen abhängig von deren Gesundheitszustand und nicht von deren Alter durchgeführt. In manchen Fällen treten gesundheitliche, aber auch psychologische Faktoren auf, welche Grund dafür geben, dass Pflegepersonen ACP Gespräche durchführen sollten. Dazu zählt ein verschlechterter funktioneller Status, bestimmte medizinische Diagnosen, wie Erkrankungen am Herzen, oder ein Insult. Auch die Krankheitseinsicht sowie der Krankheitsverlauf müssen von den Pflegepersonen beobachtet werden. Während der gesamten Betreuung ist eine enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen dringend erforderlich (Black 2006).

Facilitator

Pflegepersonen sollen als „Facilitator“ (VermittlerIn) tätig sein, indem sie die PatientInnen dazu ermutigen, ACP Gespräche mit ihren Angehörigen durchzuführen. Somit sind diese über die Wünsche und Bedürfnisse informiert. Zu den Vermittleraufgaben zählen jedoch zwei weitere zentrale Aspekte. Einige Pflegepersonen gaben an, dass sie des Öfteren die Betroffenen über ACP Abkürzungen wie zum Beispiel CRP informieren. PatientInnen wissen somit, welche gesundheitlichen Veränderungen auf Grund von ihren Entscheidungen eintreten

können. Außerdem spiegelt die genaue Darstellung des Behandlungsverlaufes, welcher nach einer ACP Entscheidung eintritt, die Realität wider und hilft den PatientInnen dabei medizinische Gedankenbilder von derartig möglichen Situation zu schaffen. Aus diesem Grund zählt die Erfassung von grafischen Schilderungen oder Beschreibungen ebenfalls zum Aufgabengebiet der Pflegepersonen. Zusätzlich sollen PatientInnen dazu ermutigt werden, ihre Entscheidungen auch zu reflektieren (Black 2006). Auch Dixon und Knapp (2018) erwähnten in ihrer Studie das Aufgabengebiet des „facilitators“. In australischen und amerikanischen Gesundheitsorganisationen werden diese bereits als unterstützende Berufsgruppe zur Durchführung von ACP Gesprächen eingesetzt. Diese unterstützen sie mit ihren Fachkenntnissen in der Pflege und Sozialarbeit. Zu ihren Aufgaben zählt nicht nur die Betreuung der PatientInnen, sondern auch die Mitarbeiterschulung.

Advocate

Im Rahmen des komplexen ACP Prozesses werden Pflegepersonen ebenfalls als „Advocate“ (VertreterIn) für die Autonomie der PatientInnen angesehen. Dabei werden Vor- aber auch Nachteile von „Advance directives“ im Zusammenhang mit der Patientenautonomie erwähnt. Entscheidungen gegen die Errichtung von „Advance directives“ haben das fehlende Wissen von Angehörigen und medizinischem Fachpersonal über die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Personen als Konsequenz. Die befragten Pflegepersonen berichteten über Fälle in der Praxis, wo sie mit weiteren Angehörigen des Gesundheitssystems zu Gunsten des/der PatientIn einstanden. Außerdem sehen sie die Informationen über den Willen der PatientInnen als großen Vorteil für beide Seiten, Personal wie aber auch PatientInnen, an (Black 2006).

Liaison

Pflegepersonen agieren im Bereich ACP als „Liaison“ (Kontaktperson) zwischen PatientInnen und deren Angehörigen. Bei der Auswahl eines/einer ErwachsenenvertreterIn sprechen Pflegepersonen mit PatientInnen über die vorherrschende Familienkonstruktion. Wurde eine vertrauenswürdige Person von dem/der PatientIn bestimmt, so liegt die Aufgabe des Pflegepersonals darin, diese

wichtige Entscheidung zu untermauern. Deshalb sollte der/die InteressensvertreterIn mittels des Kommunikationsprozesses bestärkt und über den Gesundheitsstatus des/der PatientIn informiert werden. Bei fehlender Krankheitseinsicht des/der PatientIn, können Gespräche mit Pflegepersonen für die Familie allgemein und speziell für den Erwachsenenvertreter unterstützend sein, damit sie die Situation realistisch betrachten können. Da die Aufgabe als Kontaktperson in bestimmten Fällen viel Zeit beanspruchen kann, ist auch hierbei die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen, wie zum Beispiel Sozialarbeitern, von großer Bedeutung. Die Pflege gilt nicht nur als Schlüsselstelle für ACP Gespräche zwischen PatientInnen und deren Angehörigen, sondern auch innerhalb des Teams. Vor allem bei multidisziplinären Zusammentreffen bezüglich ACP Gesprächsprozessen, bringen Pflegepersonen eine andere Sichtweise der Thematik ein. Somit wird die Pflege als Verbindungsstelle zwischen den verschiedenen Akteuren angesehen (Black 2006).

ACP coordinator/ programme manager

Obwohl in kanadischen und australischen Systemen die Koordination mehrheitlich von ÄrztInnen und in Neuseeland von Forschungsteams geleitet wird, so wird in neueren Konzepten auch die Pflege vermehrt erwähnt. Es gibt bereits Gesundheitsorganisationen, in denen ein „ACP coordinator“ (ACP KoordinatorIn) oder „programme manager“ (ProgrammmanagerIn) aus dem Bereich der Pflege beschäftigt ist. Zu deren Aufgabengebiet zählt die gesamte Koordination sowie die Unterstützung im Bereich ACP. Um diese Tätigkeit ausüben zu können, bedarf es an spezifischen Fachwissen im Bereich Pflege, Gesundheitserziehung, Spiritual Care und Sozialarbeit (Dixon & Knapp 2018).

Tabelle 3: Rollenzuschreibungen der Pflege im Bereich ACP: In Anlehnung an (Black 2006, p. 179)

Rollenzuschreibung	Disziplinen
Educator	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Informationen bereitstellen • Informationen abstimmen auf: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gesundheitszustand der PatientInnen 2. Sozialer Status der PatientInnen • Informationen anschaulich erklären • Grundliegende Belange ansprechen • Dokumentationsanforderungen beachten
Initiator	<ul style="list-style-type: none"> • PatientInnen beraten und untersuchen • Bei den meisten PatientInnen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Während des Aufnahmeverfahrens 2. Während des PatientInnen - Assessments
Facilitator	<ul style="list-style-type: none"> • PatientInnen dazu ermutigen Verfahren ins Auge zu fassen und Entscheidungen zu reflektieren • Förderung des Dialoges innerhalb der Familie
Advocate	<ul style="list-style-type: none"> • Vor- und Nachteile von „Advance directives“ besprechen • Wünsche von PatientInnen innerhalb des Gesundheitsteams und der Familie unterstützen
Liaison with family Liaison with health care team	<ul style="list-style-type: none"> • Auswahl von EntscheidungsträgerInnen diskutieren • Die Familie als Entscheidungsträger festlegen • Informieren der EntscheidungsträgerInnen • Unterstützung der Familie bei der Stressbewältigung (Coping) • Fachkenntnisbezogenes Input geben • Zwischen PatientInnen, Familie und Team vermitteln
ACP coordinator/ programme manager	<ul style="list-style-type: none"> • Tägliche Koordination • Unterstützung im Bereich ACP • Weiterbildung und Coaching • Beantwortung von Fragen • Prozesse und Ressourcen entwickeln • Qualitätskontrolle <ul style="list-style-type: none"> ○ ACP Dokumente überarbeiten • Aufklärungsarbeit

3.5 Die Rolle der Pflege bei der Implementierung

Ein systematic Review aus Taiwan beschäftigte sich mit Sichtweisen von Pflegepersonen, die zur Implementierung von ACP bei älteren Personen beitragen. Dabei wurden 4 Datenbanken (CINAHL, Medline, EM-BASE und PsycINFO) nach qualitativen Ergebnissen zu dieser Thematik durchsucht. Von 1844 ausgewählten Artikeln, wurden 18 anschließend kritisch bewertet und zusammengefasst. Die Artikel führten zum Ergebnis, dass Pflegepersonen unterschiedliche Auffassungen davon haben, wer für die Implementierung von ACP verantwortlich ist. Einige von ihnen wollten damit nicht in Verbindung gebracht werden, andere jedoch sahen die Implementierung klar in ihrem Verantwortungsbereich, wenn auch nicht mit dem höchsten Stellungswert in der Praxis. Sie waren der Meinung, dass die Ermutigung von PatientInnen zur Durchführung von ACP Gesprächen mit Familienmitgliedern in deren Aufgabengebiet fällt. Dazu zählt ebenfalls die Unterstützung von PatientInnen mit „Advance directives“. Die genaue Betrachtung und Erarbeitung der ACP Dokumente mit den PatientInnen hingegen nicht (Seymour et al. 2010, p. 4, Baughman et al. 2012, pp. 721-737 zit. In Ke et al. 2015, p. 2066). Manchmal kann es bei der Implementierung zu überlappenden Rollenaufteilungen zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen kommen. Diese können Unklarheiten bezüglich des Verantwortungsgebietes jedes Einzelnen aufbringen. Einige Pflegepersonen halten es für möglich, dass die Durchführung von ACP Prozessen innerhalb des Gesundheitssystems neue Positionen für den Pflegesektor mit sich bringen könnte (Jezewki et al. 2003, pp. 105-112, Robinson et al. 2013, pp. 401-408, Seymour et al. 2010, p. 4 zit. In Ke et al. 2015, p. 2066).

3.6 Erfahrungen mit „Advance directives“ in der Primärversorgung

Eine Studie aus Neuseeland beschäftigte sich mit dem Rollenverständnis von Pflegepersonen im Bereich ACP. Als Zielgruppe wurden 13 Pflegepersonen, tätig in der Primärversorgung, ausgewählt. Von den 13 PartizipantInnen waren zwölf männlich und eine weiblich. Mit Hilfe von semi strukturierten Interviews, welche aufgezeichnet wurden, konnte das Verständnis von Pflegepersonen bezüglich ACP erhoben werden. Obwohl die meisten PartizipantInnen mehr als 16 Dienstjahre aufweisen konnten,

hatten sie nur geringe professionelle Erfahrungen mit „Advance directives“. Die Pflegepersonen verglichen das Rollenverständnis ihrer Profession im Bereich ACP mit einem dynamischen Prozess. Dieser inkludiert einerseits die persönlichen Erfahrungen im Umgang mit „Advance directives“, andererseits fließen auch ethische Wertvorstellungen gegenüber Gesprächen am Lebensende in diesem mit ein. Als drittes Element gilt die Reflexion über die Professionalität bei der Konfrontation mit dem Thema Wünsche am Lebensende. Laut den PartizipantInnen können sich „Advance directives“ positiv auf die Berücksichtigung von terminalen Wünschen auswirken. Die Gesamtheit der Pflegepersonen bestätigte, dass die Primärversorgung einen idealen Raum zur Durchführung von Advance Care Planning Gesprächen bietet. Bei derartig sensiblen Themen ist eine vertrauensvolle Umgebung sowie ein gutes Timing notwendig. Auch die Entwicklung von therapeutischen Beziehungen zwischen den PatientInnen und deren Familien wird als zentrales Element in solchen Gesprächen angesehen. Obwohl die PartizipantInnen nur eingeschränkte Erfahrungen mit ACP aufweisen konnten, sind sie der Meinung, dass „Advance directives“ den PatientInnen ihre Stimme zurückgeben können, vor allem in den Momenten, wo ihre physikalische Sprache erlischt. Und aus diesem Grund sehen sie ihr Mitwirken beim ACP als eine Verpflichtung an (Davidson, Banister & de Vries 2013).

“Most participants were in favour of advance directives. They discussed the role of enabling patients to maintain a "voice when they don't have a physical voice anymore (Davidson, Banister & de Vries 2013, p. 29).”

Die Studie von Rietze et al. (2016) zeigte ebenfalls, dass Nurse Practitioners in Akuteinrichtungen häufiger ACP Gespräche durchführen, als ihre KollegInnen in der Primärversorgung. Als Grund dafür werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen angegeben. Jene sind in Kliniken klarer geregelt als in Primäreinrichtungen. Außerdem erwarten KollegInnen in Akuteinrichtungen voneinander die Beteiligung an der Umsetzung von ACP im Stationsalltag. In Primärversorgungseinrichtungen war dieser Aspekt nicht gegeben.

3.7 Erfahrungen mit ACP in Pflegeheimen

Stone, Kinley und Hockley (2013) führten zum Thema „Umsetzung des ACP Prozesses in Pflegeheimen“ eine Studie in Großbritannien durch. Beim Verständnis der ACP Definition, tätigten Pflegepersonen, PflegeheimbewohnerInnen sowie deren Angehörige unterschiedlichste Aussagen. Die Tatsache, dass Pflegepersonen das Konzept ACP nicht genau definieren bzw. erklären konnten, kam während der Durchführung der Interviews auf. BewohnerInnen und Familienangehörige dagegen waren der Meinung, dass ACP im Arbeitsalltag der Pflege regulär enthalten ist. Als Grund zur Durchführung von Gesprächen am Lebensende, welche zu den Aufgaben der Pflege zählt, wurde meist die Verschlechterung des Gesundheitszustandes eines Pflegeheimbewohners oder einer Pflegeheimbewohnerin genannt. Der genaue Zeitpunkt für die Durchführung variiert jedoch deutlich. Abhängig ist er einerseits von den PatientInnen selbst, aber andererseits auch von deren Angehörigen. Das Timing ist sehr wichtig, denn Gespräche über das Lebensende können schnell erdrückend für Betroffene sein, wenn sie zeitnah mit der Aufnahme in ein Pflegeheim erfolgen. Ein weiterer Vorteil der Durchführung dieses Kommunikationsprozesses, ist die Befähigung der Pflegefachkräfte zur Ermittlung von Ängsten und Schmerzen. Somit können sie anschließend auf diese Emotionen eingehen und gezielt handeln (Stone, Kinley & Hockley 2013). Der Artikel von Thoresen, Ahlzen und Solbraekke (2016) beschäftigt sich ebenfalls mit ACP Gesprächen in norwegischen Pflegeheimen. Die Forscher nahmen an ACP Gesprächen teil und befragten die einzelnen Akteure anschließend mittels Gruppeninterviews. Dabei fielen vor allem Unterschiede zwischen den ÄrztInnen und Pflegepersonen bei der Beteiligung an den Gesprächen auf. In manchen Gesprächen wurden persönliche Informationen, wie die ehemalige Berufstätigkeit, Hobbies, die vorherrschende Familienstruktur aber auch Wünsche dem Aussehen und der Körperhygiene betreffend ausgetauscht. Diese Themen wurden ausschließlich von der Pflege angesprochen. Zusätzlich folgten Informationen über den Alltag der BewohnerInnen auf der jeweiligen Station des Pflegeheims. Bei den anschließenden Fragen zum Thema ACP nehmen die Pflegepersonen in den meisten Fällen jedoch die passive Rolle als zuhörendes Mitglied ein. Eine aktive Beteiligung am Gespräch blieb ihrerseits aus. Aussagen bestätigten jedoch, dass sie diese passive

Rolle beabsichtigt einnehmen und sich dabei auch wohl fühlen. Trotz der Tatsache, dass Pflegepersonen den meisten Kontakt zu den BewohnerInnen haben.

3.8 „Registered Nurses“ Interesse am Advance Care Planning

Anhand einer, in Kanada (Ontario) durchgeführten, Studie wurde erforscht inwiefern „Registered Nurses“ im ACP Prozess involviert sind und welche Faktoren ihre Entscheidungen in der Praxis beeinflussen. Dabei wurde ein online Tool an in unterschiedlichen Formen von Gesundheitseinrichtungen beschäftigten, registrierten Pflegepersonen in Ontario mittels E-Mail übermittelt. 40,5 % der 125 PartizipantInnen gaben an, dass sie sehr oft bzw. oft an ACP Prozessen beteiligt sind. Die TeilnehmerInnen hatten bereits positive Erfahrungen mit Gesprächen am Lebensende und sehen deren Durchführung als Aufgabe der Pflegepersonen an. Bei genauer Betrachtung des Arbeitsplatzes wurde klar, dass Pflegepersonen auf Akutstationen am häufigsten mit dem Thema ACP konfrontiert werden. Derzeit werden ACP Gespräche meist von den ÄrztInnen eingeleitet, aber die Pflege ist oft an darauffolgenden interdisziplinären Meetings über Gespräche am Lebensende beteiligt. In ihrem Arbeitsalltag mussten jedoch 47,6 % feststellen, dass von ihnen die Umsetzung des ACP Konzeptes nicht erwartet und eine strukturelle Unterstützung durch deren Arbeitsplatz nicht klar vermittelt wird. Außerdem würden sie gerne mehr darüber erfahren, wie sie ihre PatientInnen in diese Thematik effizienter involvieren können. Nichtsdestotrotz zählen 93 % aller befragten Pflegepersonen ACP eindeutig zu ihren Aufgabengebiet (Rietze et al. 2018).

“Data from this study also showed that the majority of respondents (93 %) believed that ACP is part of their role” (Rietze et al. 2018, p. 234).

3.9 Die „Community matron“ im Advance Care Planning

Im Vereinten Königreich gibt es seit 2005 das Konzept der „Community matron“. Dabei werden Menschen, die an einer Langzeiterkrankung leiden, innerhalb einer Gesellschaft unterstützt. Es handelt sich bei der Community matron um eine Schlüsselperson für PatientInnen mit umfangreichen sozialen, aber auch gesundheitlichen Bedürfnissen. Im Jahr 2015 wurde eine Studie durchgeführt, welche

als Ziel die Ermittlung der Rolle der Community matron beim Advance Care Planning und bei der Umsetzung von „DNRCPR“ (DoNotResuscitate/Cardio Pulmonary Resuscitation) Anordnungen hatte. Die Datenerhebung erfolgte mittels semi strukturierte Interviews. Als Zielgruppe wurden 6, an der Studie interessierte, Community matrons mittels eines zielgerichteten Samplings ausgewählt. Dabei wurden die Community matrons im Rahmen eines monatlichen Meetings über die Forschungsziele informiert. Bei bekanntgegebenen Interesse gegenüber einer Teilnahme erfolgte eine Einladung. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Gesprächsleitfadens auf bestimmte Themen fokussiert. Die Community matron hat eine zentrale Rolle bei der Unterstützung von PatientInnen und deren Angehörigen betreffend Entscheidungen am Lebensende. Alle 6 PartizipantInnen gaben an, dass sie mit dem Konzept ACP und DNACPR vertraut sind. Jedoch wurden Unsicherheiten bei den Unterzeichnungen von DNACPR Formen geäußert, welche den Bedarf an Weiterbildungen in diesem Bereich aufzeigen. Zusätzlich wären Schulungen und Trainingseinheiten zum Thema ACP von Vorteil. Die PartizipantInnen gaben an, dass die Tätigkeitsfelder der Community matron hauptsächlich in der Palliativpflege liegen und dabei die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen sehr wertvoll ist. Die Bedürfnisse von Menschen mit Langzeiterkrankungen und Krebserkrankungen unterscheiden sich deutlich. Bei beiden Patientengruppen wird oft das Eintreten der palliativen Lebensphase nicht erkannt. Gesundheitliche Veränderungen können aufgrund eines langen und guten Verhältnisses zu den PatientInnen jedoch frühzeitig festgestellt werden. Außerdem bilden solche besonderen Beziehungen eine Grundlage für die Durchführung von Gesprächen über Wünsche am Lebensende. Die PartizipantInnen schilderten auch negative Erfahrungen, bei denen PatientInnen mit DNACPR Anordnungen nachhause entlassen wurden, ohne dass diese neue Situation mit ihnen ausführlich besprochen wurde. Somit können Community matrons in die Position kommen, auf erzürnte und aufgeregte PatientInnen sowie Angehörige zu treffen. Nichtsdestotrotz fühlen sie sich mit dem Konzept ACP vertraut, vor allem dann, wenn die Betroffenen sowie deren Angehörige mit dem Entscheidungsprozess einverstanden sind (Kazmierski & King 2015).

3.10 ACP Weiterbildungen in der Pflege

In neun von den dreizehn ausgewählten Artikeln, forderten Pflegepersonen Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich ACP. Dabei stellt sich die Frage, wie effektiv diese sind und welche Auswirkungen sie auf den Arbeitsalltag haben können. Im Jahr 2012 untersuchten (Colville & Kennedy) diese Frage und spezialisierten sich dabei auf die ACP Kommunikation. Es wurde ein „study day“, mit dem Ziel, die Durchführung von ACP Gesprächen für die teilnehmenden Personen zu erleichtern, in Schottland durchgeführt. 10 – 12 Monate nach der Durchführung, wurden 16 Pflegepersonen dazu befragt. Einige der PartizipantInnen bemerkten, dass der Workshop sie in ihrem anschließenden Tun und Handeln bestärkt hat. Ihr Bewusstsein im Bereich ACP wurde deutlich erhöht und dieser Aspekt wirkte sich auch positiv auf die Pflgetätigkeiten aus. Dabei hoben sie besonders den Aspekt der Kommunikation hervor. Mittels des Workshops wurde nicht nur das Selbstvertrauen der Pflegepersonen gestärkt, sondern auch die persönliche Einstellung zum Thema. Der Zeitfaktor für die Durchführung von ACP Gesprächen rückte deutlich in den Mittelpunkt. Pflegepersonen passten sich dem Tempo und Level der PatientInnen an. Des Weiteren wurde die Sichtweise der Dokumentation von ACP Gesprächen in eine andere Richtung gelenkt. Pflegepersonen waren sich einig, dass die Dokumentation ein unumgängliches Instrument bei der effektiven Zusammenarbeit des gesamten Teams ist (Colville & Kennedy 2012). Weitere Forderungen der Pflege wurden hinsichtlich der Bereitstellung von Vorlagen und Guidelines getätigt. Diese sollen Informationen und Beispiele für die Aufnahme von ACP Gesprächen beinhalten. Als praktisch beschrieben die Pflegepersonen die Darstellung von Szenarien mittels Rollenspielen und das Erlernen von Techniken zur Diskussionsführung (Fan & Rhee 2017).

4. Diskussion

Beim Konzept vom ACP handelt es sich nicht um ein einmaliges Gespräch, sondern um einen gezielten sich wiederholenden Prozess. Die Verbreitung dieses Konzeptes wurde durch das Fehlen einer genauen Definition deutlich erschwert. Zusätzlich waren die Rollenzuschreibungen für, am Prozess beteiligte, Gesundheitsberufe nicht festgelegt. Im Rahmen dieses Literaturreviews konnte gezeigt werden, dass sich der Großteil der Pflegepersonen in unterschiedlichen Berufsfeldern selbst als Initiator für die Durchführung von ACP Gesprächen sieht. Zusätzlich konnten weitere 5 Rollenzuschreibungen für den Bereich der Pflege festgelegt werden: Educator, Facilitator, Advocate, Liaison, ACP coordinator/programme manager. Während der Bearbeitung dieser Forschungsfrage konnten die Ergebnisse unterschiedlicher Settings wie der Primärversorgung, der Langzeitbetreuung, der stationären Pflege aber auch dem Bereich der „Community matron“ zugeordnet werden.

Laut Fan und Rhee (2017) machten Pflegepersonen die Erfahrung, dass PatientInnen ACP Gespräche mit ÄrztInnen bevorzugen. Prozentuelle Angaben zeigen, dass ÄrztInnen im Vergleich zu anderen Berufsgruppen am häufigsten Gespräche über das Lebensende mit Betroffenen und deren Angehörigen führen (Arnett et al. 2017). Im Arbeitsalltag wird aber ersichtlich, dass die Pflege auf Grund der regelmäßigen Kontaktaufnahme als erste Bezugsperson für die PatientInnen bzw. BewohnerInnen gilt und somit den Großteil der Kommunikationsarbeit übernimmt. Befragungen aus unterschiedlichen Studien bezüglich der Verantwortung im ACP Prozess haben gezeigt, dass sich die Pflegepersonen als geeignete Berufsgruppe für die Durchführung und Umsetzung sehen. Somit konnte die Verantwortung der Pflegepersonen für diesen umfangreichen Kommunikationsprozess aufgezeigt werden (Boyd et al. 2011; Dixon & Knapp 2018; Fan & Rhee 2017). Eine deskriptive Studie von Rietze et al. (2018) zeigte, dass die Mehrheit der Pflegepersonen die Durchführung vom ACP und die damit verbundene Angehörigenbetreuung bereits zu ihrem Aufgabengebiet zählt, auch wenn dies in einzelnen Fällen nicht klar von den ArbeitgeberInnen gefordert wird.

Deutliche Unklarheiten innerhalb der Pflege lassen sich hinsichtlich des Implementierungsprozesses erkennen. Ein Teil möchte für die Implementierung nicht verantwortlich sein, während andere diesen Schritt klar in ihrem Tätigkeitsbereich sehen (Seymour et al. 2010, p. 4, Baughman et al. 2012, pp. 721-737 zit. In Ke et al. 2015, p. 2066). Unterschiedliche Ansichtsweisen, die bereits den Grundstein dieses Prozesses betreffen, erschweren eine Umsetzung in der Praxis deutlich und können den Zusammenhalt innerhalb eines Teams schwächen. Laut (Jezewki et al. 2003, pp. 105-112, Robinson et al. 2013, pp. 401-408, Seymour et al. 2010, p. 4 zit. In Ke et al. 2015, p. 2066) bringen Rollenaufteilungen, welche sich innerhalb der Berufsgruppen überlappen, zusätzliche Hürden mit sich. Jene Pflegepersonen, welche sich für die ACP Umsetzung verantwortlich fühlen, sehen auf Grund des Kommunikationsprozesses innerhalb des Gesundheitssystems neue Positionen für ihre Berufsgruppe.

Eine Studie von Black (2006) befasste sich mit konkreten Rollenzuschreibungen der Pflegepersonen und fasste folgende in Bezug auf deren Tätigkeiten und Verantwortungen zusammen: Educator, Facilitator, Advocate, Liaison. In der Rolle als Facilitator übernimmt eine speziell geschulte Fachkraft des Gesundheitsberufes die Bestärkung zum ACP Konzept und fördert auch den Dialog innerhalb der Familie. In der Literatur wird der Facilitator auch mit einem Moderator verglichen, welcher den gesamten Kommunikationsprozess lenkt (Coors, Jox & In der Schmitt 2015, p. 13). Die Rolle des Educators wird von den Pflegekräften als wichtigste angesehen. PatientInnen, BewohnerInnen und Angehörige sollen so in einer leicht verständlichen Sprache über das komplexe Thema ACP aufgeklärt werden (Black 2006). Die Wichtigkeit der Angehörigenbetreuung wird in der Studie von Stone, Kinley und Hockley (2013) bestätigt. Befragungen zeigten, dass sich Angehörige vor allem dann Gedanken über die Zukunft machen, wenn die Aufnahme in ein Krankenhaus erfolgt oder sich der Gesundheitszustand verschlechtert. Im Rahmen von ACP Gesprächen können sie über diese Gedanken sprechen und in Erfahrung bringen, was die Wünsche ihrer Liebsten sind. Ängste von Angehörigen, welche das berufliche Handeln der Pflegepersonen beeinflussen, können so minimiert werden. In das Aufgabengebiet eines Initiators fallen einerseits die Aufklärung über geltende Rechte der PatientInnen

und andererseits das Thema ACP im Rahmen des Aufnahmegesprächs. Pflegepersonen haben jedoch erkannt, dass die Durchführung von ACP Gesprächen im Rahmen des Assessments angemessener wären (Black 2006). Stone, Kinley und Hockley (2013) bestätigten, dass ACP Gespräche erdrückend für Betroffene sein können, wenn sie zeitnah mit der Aufnahme erfolgen. Der richtige Zeitpunkt variiert jedoch stark. In amerikanischen sowie australischen Gesundheitssystemen wird die Rolle des Facilitators im Zusammenhang mit ACP erwähnt. Dabei sollen Betroffene zur Durchführung von ACP Gesprächen mit ihren Angehörigen ermutigt werden. In manchen Gesundheitseinrichtungen leisten sie eine wichtige Unterstützungsfunktion hinsichtlich des ACP Konzeptes und übernehmen auch Mitarbeiterschulungen (Black 2006; Dixon & Knapp 2018). Die Vor- und Nachteile vom ACP werden mit betroffenen Personen und deren Angehörigen in der Funktion als Advocate besprochen. Laut Pflegepersonen ist die genaue Dokumentation der Wünsche und Bedürfnisse am Lebensende nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für alle Personen, die in einem Gesundheitsberuf tätig sind, sehr wichtig (Black 2006). Die Vorteile von festgehaltenen Wünschen, die das Lebensende betreffen, konnten in einer weiteren Studie von ÄrztInnen, Pflegepersonen, Angehörigen und den PatientInnen selbst bestätigt werden (Bull & Mash 2012). In der Rolle als Liaison fungiert die Pflege einerseits als Kontaktperson zwischen PatientInnen und deren Angehörigen sowie auch innerhalb des Teams einer Gesundheitseinrichtung. Multidisziplinäre ACP Treffen können von den Sichtweisen der Pflege profitieren und geben Anlass dazu, dass die Pflege als ideale Verbindungsstelle zwischen den einzelnen Akteuren des Gesundheitsberufes gilt. Dieser Aspekt konnte mittels einer Studie von Rietze et al. (2018), worin Pflegepersonen über eine vermehrte Anteilnahme an interdisziplinären Zusammenkünften über Gespräche am Lebensende berichteten, belegt werden. Die Studie von Dixon und Knapp (2018) zeigte bei der Umsetzung vom ACP eine weitere Rollenzuschreibung für den Bereich der Pflege, jene als ACP coordinator/ programme manager. Diese Funktion wird in unterschiedlichen Ländern bereits vermehrt von der Pflege durchgeführt. In einer australischen Studie wird das Berufsbild eines ACP coordinators, welcher für ein gesamtes Krankenhaus zuständig ist, ebenfalls erwähnt

und von Pflegepersonen zur Verbesserung der Koordination innerhalb des gesamten Krankenhauses auch gefordert (Samara et al. 2013).

Um ACP Gespräche konstruktiv gestalten zu können, bedarf es an spezifischen persönlichen und fachlichen Kompetenzen. Um die fachlichen Kompetenzen für die Durchführung von ACP Gesprächen zu erlangen, benötigt es an zusätzlichen Weiterbildungsmöglichkeiten. In der Literatur haben Pflegepersonen des Öfteren derartige Möglichkeiten gefordert (Colville & Kennedy 2012; Rietze et al. 2018; Rietze & Stajduhar 2015). Für Pflegepersonen sind Weiterbildungsprogramme bei der systematischen Umsetzung von ACP unumgänglich. Die Effizienz von Weiterbildungsangeboten konnte mittels der Studie von Aasmul et al. (2018) erhoben werden. Darin wird bestätigt, dass mit der Hilfe eines Weiterbildungsprogrammes für Pflegepersonen die Anzahl der durchgeführten ACP Gespräche erhöht werden konnte.

Abschließend lässt sich erkennen, dass mit einer klaren Definition vom ACP bereits ein Grundstein für die Zukunft gelegt wurde. Auch wenn das Konzept und die damit verbundenen Ziele klar festgelegt sind, werden die einzelnen Rollenzuschreibungen aller beteiligten Berufsgruppen nicht deutlich vermittelt. Dies wurde auch im Rahmen der Literaturrecherche sichtbar. In den meisten Artikeln wurden Einstellungen, Erfahrungen und Sichtweisen von Pflegepersonen erforscht, jedoch keine klaren Rollenzuschreibungen aufgezeigt. Befragungen von Pflegepersonen aus unterschiedlichsten Gesundheitseinrichtungen haben deren Verantwortungsgefühl gegenüber der Umsetzung vom ACP aufgezeigt. Klare Rollenzuschreibungen und Aufgabengebiete sind daher unumgänglich um dieses Konzept effizient in die Praxis inkludieren zu können.

5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Literaturreviews haben gezeigt, dass Pflegepersonen die Umsetzung von ACP Gesprächen sowie die damit verbundene Angehörigenbetreuung klar in ihrem Aufgabengebiet sehen. In der Praxis unterstützen sie ACP Gespräche jedoch eher als passive ZuhörerInnen bzw. sind an den ACP Gesprächen nur teilweise involviert. Hauptsächlich werden ACP Gespräche von ÄrztInnen durchgeführt. Als besonders schwieriges Setting zur Umsetzung des ACP Prozesses wurde das

Pflegeheim genannt. Gründe dafür sind neben dem erschwerten Zugang zum gesamten Gesundheitssystem die limitierten Qualifikationen einiger MitarbeiterInnen. Obwohl die geschichtliche Entwicklung gezeigt hat, dass sich heute deutlich mehr Pflegepersonen mit dem Thema ACP beschäftigen und dieses auch versuchen umzusetzen, spielt das Gefühl der Unsicherheit eine große Rolle im Berufsalltag vieler Pflegepersonen. Durch Weiterbildungsmaßnahmen können fehlende Informationen und Fähigkeiten erlernt und somit Unsicherheiten beseitigt werden. In der Praxis wurde ersichtlich, dass die Pflege nicht nur eng mit Betroffenen und deren Angehörigen zusammenarbeitet, auch innerhalb des Teams übernimmt sie viele wichtige Aufgaben bzw. Funktionen und vor allem interdisziplinäre Meetings zum Thema ACP profitieren von der Sichtweise der Pflege.

Empfehlungen für die Praxis

Obwohl die Umsetzung vom ACP Konzept innerhalb von Österreich noch in den Startlöchern steht, gibt die Gesetzeslage einen festen Grund zur Bewusstseinsveränderung bezüglich diesem Thema. Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegepersonen und die Bereitstellung von genaueren Informationen, über die Möglichkeiten der Willensäußerungen für die Allgemeinheit, stellen eine wichtige Ausgangslage dafür dar.

Empfehlung für die Forschung

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Literaturrecherche zeigte, dass es nur wenige evidenzbasierte Daten zum Rollenverständnis der Pflege im Bereich ACP gibt. Dies gibt Anlass, ein umfangreicheres Wissen verbunden mit internationalen Vergleichen zu schaffen. Außerdem bedarf es an weiteren Daten über die genaue Anzahl aller bereits vorhandenen Formen der Willensäußerungen. Mittels des vorhandenen Wissens, können Guidelines und Fachrichtlinien entwickelt werden, um die Berücksichtigung des Patientenwillens bei der Therapie am Lebensende zu bewahren.

6. Literaturangaben

Aasmul, I, Husebo, BS, Sampson, EL & Flo, E 2018, 'Advance Care Planning in Nursing Homes - Improving the Communication Among Patient, Family, and Staff: Results From a Cluster Randomized Controlled Trial (COSMOS)', *Front Psychol*, vol. 9, p. 2284, doi:10.3389/fpsyg.2018.02284.

Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch 2017, In: *BGBI. I Nr. 59/2017*, <https://www.ris.bka.gv.at/MarkierteDokumente.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Kundmachungsorgan=&Index=&Titel=&Gesetzesnummer=&VonArtikel=&BisArtikel=&VonParagraf=260&BisParagraf=276&VonAnlage=&BisAnlage=&Typ=&Kundmachungsnummer=&Unterzeichnungsdatum=&FassungVom=04.02.2019&VonInkrafttredatum=&BisInkrafttredatum=&VonAusserkrafttredatum=&BisAusserkrafttredatum=&NormabschnittnummerKombination=Und&ImRisSeitVonDatum=&ImRisSeitBisDatum=&ImRisSeit=Undefined&ResultPageSize=100&Suchworte=allgemeines+b%C3%BCrgerliches+Gesetzbuch&WxeFunctionToken=9dd82bd9-8eaf-4b95-a0e9-0551daaa6dd9>, viewed 04.02.2019.

Arnett, K, Sudore, RL, Nowels, D, Feng, CX, Levy, CR & Lum, HD 2017, 'Advance Care Planning: Understanding Clinical Routines and Experiences of Interprofessional Team Members in Diverse Health Care Settings', *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, vol. 34, no. 10, pp. 946-953, doi:10.1177/1049909116666358.

Black, K 2006, 'Advance directive communication: nurses' and social workers' perceptions of roles', *Am J Hosp Palliat Care*, vol. 23, no. 3, pp. 175-184, doi:10.1177/1049909106289080.

Boyd, D, Merkh, K, Rutledge, DN & Randall, V 2011, 'Nurses' perceptions and experiences with end-of-life communication and care', *Oncol Nurs Forum*, vol. 38, no. 3, pp. 229-239, doi:10.1188/11.Onf.E229-e239.

Bull, A & Mash, B 2012, 'Advance directives or living wills: reflections of general practitioners and frail care coordinators in a small town in KwaZulu-Natal', *South African Family Practice*, vol. 54, no. 6, pp. 507-512, doi:10.1080/20786204.2012.10874284.

Bundesgesetz für Patientenverfügungen 2019, *In: BGBl. I Nr. 55/2006 idF BGBl. I Nr. 12/2019*, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723>, viewed 04.02.2019.

Burger, C 2016, *Working as a Registered Nurse (RN)*, <https://www.registerednursing.org/guide/working-rn/>, viewed 08.02.2019.

Colville, E & Kennedy, C 2012, 'ACP conversations in clinical practice: impact of an education initiative', *Br J Community Nurs*, vol. 17, no. 5, pp. 230-234, doi:10.12968/bjcn.2012.17.5.230.

Coors, M, Jox, R & In der Schmitt, J 2015, 'Internationale Advance-Care-Planning-Projekte', in *Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung*, Kohlhammer Verlag, Stuttgart, p. 17.

Dachverband HOSPIZ Österreich 2017, *VSD Vorsorgedialog® Vorausschauende Planung in Alten- und Pflegeheimen in Österreich* https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/11/VSD_15.03.2017_Ansichtsexemplar.pdf, viewed 14.01.2019.

Dachverband HOSPIZ Österreich 2019, *HOSPIZKULTUR UND PALLIATIVE CARE IN ALTEN- UND PFLEGEHEIMEN (HPCPH)*, <https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/hospiz-und-palliativecare-in-der-grundversorgung/hpc-in-alten-und-pflegeheimen/>, viewed 14.01.2019.

Davidson, R, Banister, E & de Vries, K 2013, 'Primary healthcare NZ nurses' experiences of advance directives: understanding their potential role', *Nurs Prax N Z*, vol. 29, no. 2, pp. 26-33.

Deutschsprachige interprofessionelle Vereinigung – Behandlung im Voraus Planen e.V. 2018, *Was ist BVP? Patient im Fokus: Patientenverfügung 2.0* <https://www.div-bvp.de/die-div-bvp-2/>, viewed 18.11.2018.

Dixon, J & Knapp, M 2018, 'Whose job? The staffing of advance care planning support in twelve international healthcare organizations: a qualitative interview study', *Bmc Palliative Care*, vol. 17, pp. 1-16, doi:10.1186/s12904-018-0333-1.

Fan, E & Rhee, JJ 2017, 'A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting', *Aust J Prim Health*, vol. 23, no. 1, pp. 80-86, doi:10.1071/py15174.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2018 *IN: BGBl. I Nr. 59/2018*, <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026>, viewed 19.02.2019.

Government of South Australia o.J. , *About What is an Advance Care Directive?*, <https://advancecaredirectives.sa.gov.au/about>, viewed 08.02.2019.

Hawker, S, Payne, S, Kerr, C, Hardey, M & Powell, J 2002, 'Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically', *Qual Health Res*, vol. 12, no. 9, pp. 1284-1299, doi:10.1177/1049732302238251.

Heindl, P, Ruppert, S & Kozon, V 2014, '[Experiences of Austrian nursing staff in dealing with advance directives]', *Pflege*, vol. 27, no. 5, pp. 337-346, doi:10.1024/1012-5302/a000380.

International Council of Nurses 2019, *Definition and Characteristics of the Role*, <https://international.aanp.org/Practice/APNRoles>, viewed 08.02.2019.

Izumi, S 2017, 'Advance Care Planning: The Nurse's Role', *American Journal of Nursing*, vol. 117, no. 6, pp. 56-61, doi:10.1097/01.Naj.0000520255.65083.35.

Kazmierski, M & King, N 2015, 'Role of the community matron in advance care planning and 'do not attempt CPR' decision-making: a qualitative study', *British Journal of Community Nursing*, vol. 20, no. 1, pp. 19-24., doi:10.12968/bjcn.2015.20.1.19.

Ke, LS, Huang, X, O'Connor, M & Lee, S 2015, 'Nurses' views regarding implementing advance care planning for older people: a systematic review and synthesis of qualitative studies', *J Clin Nurs*, vol. 24, no. 15-16, pp. 2057-2073, doi:10.1111/jocn.12853.

Polit, D & Beck, C 2017, *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, Wolters Kluwer Health, Philadelphia.

Rietze, L, Heale, R, Hill, L & Roles, S 2016, 'Advance Care Planning in Nurse Practitioner Practice: A Cross-Sectional Descriptive Study', *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, vol. 29, no. 3, pp. 106-119, doi:10.12927/cjnl.2016.24897.

Rietze, L, Heale, R, Roles, S & Hill, L 2018, 'Identifying the Factors Associated With Canadian Registered Nurses' Engagement in Advance Care Planning', *J Hosp Palliat Nurs*, vol. 20, no. 3, pp. 230-236, doi:10.1097/njh.0000000000000423.

Rietze, L & Stajduhar, K 2015, 'Registered nurses' involvement in advance care planning: an integrative review', *Int J Palliat Nurs*, vol. 21, no. 10, pp. 495-503, doi:10.12968/ijpn.2015.21.10.495.

Sabatino, CP 2010, 'The evolution of health care advance planning law and policy', *Milbank Q*, vol. 88, no. 2, pp. 211-239, doi:10.1111/j.1468-0009.2010.00596.x.

Samara, J, Larkin, D, Chan, CW & Lopez, V 2013, 'Advance care planning in the oncology settings', *Int J Evid Based Healthc*, vol. 11, no. 2, pp. 110-114, doi:10.1111/1744-1609.12011.

Stone, L, Kinley, J & Hockley, J 2013, 'Advance care planning in care homes: the experience of staff, residents, and family members', *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 19, no. 11, pp. 550-557, doi:10.12968/ijpn.2013.19.11.550.

Sudore, RL, Lum, HD, You, JJ, Hanson, LC, Meier, DE, Pantilat, SZ, Matlock, DD, Rietjens, JAC, Korfage, IJ, Ritchie, CS, Kutner, JS, Teno, JM, Thomas, J, McMahan, RD & Heyland, DK 2017, 'Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel', *J Pain Symptom Manage*, vol. 53, no. 5, pp. 821-832.e821, doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331.

Thoresen, L, Ahlzen, R & Solbraekke, KN 2016, 'Advance Care Planning in Norwegian nursing homes-Who is it for?', *J Aging Stud*, vol. 38, pp. 16-26, doi:10.1016/j.jaging.2016.04.003.

Tilden, V, Corless, I, Dahlin, C, Ferrell, B, Gibson, R & Lentz, J 2012, 'Advance care planning as an urgent public health concern', *Nurs Outlook*, vol. 60, no. 6, pp. 418-419, doi: doi:10.1016/j.outlook.2012.09.003.

Tiroler Hospiz Gemeinschaft 2016, *Palliativbeauftragte/r im Rahmen des Projekts Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim (HPCPH) Profil, Ziele, Aufgaben*, https://www.hospiz-tirol.at/wp-content/uploads/2016/09/2016_01_28-Palliativbeauftragte.pdf, viewed 05.01.2019.

Ulrich Körtner, Christian Kopetzki, Maria Kletecka-Pulker, Lukas Kaelin, Stefan Dinges & Katharina Leitner 2014, *Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG)*, https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/4/0/1/CH4042/CM_S1418680524597/studie_patientenverfuegung_patvgii_15.12.2014.pdf, viewed 30.11.2018.

7. Anhang

7.1 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungen

ABBILDUNG 1: Flowchart über Vorgehensweise der Literatursuche	13
---	----

Tabellen

TABELLE 1: Suchstrategie in den Datenbanken PubMed, CINAHL, Web of Science	11
TABELLE 2: Vorgang der Datenextraktion mit den Charakteristika der Studien	15
TABELLE 3: Rollenzuschreibungen der Pflege im Bereich ACP: In Anlehnung an (Black 2006, p. 179)	26

7.3 Kritische Bewertung der Studien

Die kritische Bewertung der Studien erfolgte mit dem Beurteilungsinstrument nach Hawker et al. (2002). Diese Bewertung inkludiert 9 Items, welche jeweils eine maximale Punkteanzahl von 4 erreichen kann. Die Bewertung ergibt folgende Qualitätskriterien: Good (4 Punkte), Fair (3 Punkte), Poor (2 Punkte), Very Poor (1 Punkt). Neben den erreichten Punkten in den einzelnen Kategorien wird schlussendlich die Gesamtpunkteanzahl sowie deren prozentuelle Aussagekraft angegeben.

Kritische Bewertung von: Black, K 2006, 'Advance directive communication: nurses' and social workers' perceptions of roles', *American Journal of Hospice and Palliative Care*, vol. 23, no. 3, pp. 175-184, doi:10.1177/1049909106289080.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study? Titel gibt Auskunft über das Thema enthält jedoch nicht das Studiendesign. Abstract ist in Form eines Fließtextes und könnte besser strukturiert sein.</p>	3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? Die Einleitung umfasst viele Hintergrundinformationen und führt die Leser in das Thema gut ein.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained? Der Methodenteil ist mit Unterüberschriften gegliedert und die einzelnen Absätze sind ausführlich beschrieben. Der qualitative Forschungsansatz passt zum explorativen Forschungsdesign.</p>	4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims? Die Samplemethode wurde ausreichend beschrieben. Das Sample passt zur Beantwortung der Forschungsfrage und deren Charakteristika werden im Fließtext sowie in einer Tabelle zusammengefasst.</p>	4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous? Das Vorgehen bei der Datenanalyse war nachvollziehbar und wurde mit Zusatzinformationen ergänzt.</p>	4

<p>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?</p> <p>Die Genehmigung zur Durchführung der Studie wurde erteilt und ein Informed Consent wurde ebenfalls eingeholt. Die Limitationen des Artikels werden angeführt, jedoch nicht klar ersichtlich.</p>	3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Der Ergebnisteil ist mittels Unterüberschriften gut strukturiert und fasst die wichtigsten Elemente einerseits dadurch und andererseits mittels einer Tabelle zusammen.</p>	4
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Generalisierbarkeit bezüglich beider Berufsgruppen ist auf Grund fehlender internationaler Vergleiche sowie weiterer Angaben außerhalb des Akutbereiches nur begrenzt möglich.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Praxis sowie die Forschung profitieren von den Ergebnissen, denn es wurde die Wichtigkeit dieses Themas sowie damit verbundenen neuen Erkenntnissen aufgezeigt.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	33 Punkte (91,67 %)

Kritische Bewertung von Boyd, D, Merkh, K, Rutledge, DN & Randall, V 2011, 'Nurses' perceptions and experiences with end-of-life communication and care', Oncology Nursing Forum, vol. 38, no. 3, pp. E229-239, doi:10.1188/11.Onf.E229-e239.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel gibt Auskunft über das Thema enthält jedoch nicht das Studiendesign. Abstract ist gut strukturiert und enthält die wichtigsten Informationen (Purpose, Design, Setting, Sample, Methods, Research Variables, Findings, Conclusion, Implications for Nursing).</p>	3
--	---

<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung ist umfassend gestaltet und behandelt das Thema sehr umfassend. Informationen aus anderen Artikeln werden angegeben und Zahlen stützen die Aussagen. Es werden mehrere Probleme im Zusammenhang mit der Thematik angesprochen. Das Forschungsziel geht am Ende klar hervor.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist mit Unterüberschriften gegliedert. Zum Design wurden nur wenige Informationen gegeben. Die Datenerhebung mit den dazugehörigen Instrumenten wurde genau erklärt.</p>	4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Sample wurde zuerst im Methodenteil kurz im Zusammenhang mit dem Setting erklärt. Genauere Informationen (Anzahl, Rücklaufquote, Herkunft, Ausbildung, Berufserfahrung) wurden erst im Ergebnisteil gegeben. Tabelle ergänzte Fließtext und war ebenfalls übersichtlich gestaltet.</p>	3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Das Vorgehen bei der Datenanalyse war nachvollziehbar aber mit wenig Zusatzinformationen versehen. Am Absatze wurde das Signifikanzlevel schnell ersichtlich angeführt.</p>	3
<p>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?</p> <p>Es wurden keine ethischen Fragen der Bias angesprochen. Das Vorliegen eines Votums wurde kurz im Methodenteil genannt. Genaue Angaben zu einem Informed Consent gab es nicht. Der Consent erfolgte beim Entschluss zur Teilnahme an der Studie.</p>	2
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Der Ergebnisteil ist mittels Unterüberschriften gut strukturiert und fasst wichtige Elemente zusammen. Die vorhandenen Tabellen werden im Fließtext genauer beschrieben, sind jedoch teilweise sehr umfangreich bzw. erst im Diskussionsteil platziert.</p>	3

<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Um die Ergebnisse dieser Studie bestätigen zu können ist die weitere Forschungsarbeit mit einer größeren PartizipantInnen Anzahl notwendig. Außerdem könnte dieses Thema auch bei Pflegepersonen außerhalb des onkologischen Settings betrachtet werden um auf die Gesamtheit Rückschluss ziehen zu können.</p>	2
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Empfehlungen für die Praxis werden angeführt. Dabei werden nicht nur spezielle Vorschläge für den onkologischen Fachbereich, sondern für die Pflege allgemein angeführt. Gibt es bezüglich Dokumentation oder Datenerhebung bereits angewandte Instrumente, so wird darauf verwiesen. Die Forschungsempfehlungen werden eher kurz gehalten.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	28 Punkte (77,77 %)

Kritische Bewertung von Colville, E & Kennedy, C 2012, 'ACP conversations in clinical practice: impact of an education initiative', British Journal of Community Nursing, vol. 17, no. 5, pp. 230-234, doi:10.12968/bjcn.2012.17.5.230.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel fasst das Thema auf enthält jedoch keine Angaben zum Studiendesign sowie Sample. Der Abstract ist als Fließtext aufgebaut, enthält jedoch ebenfalls keine genauen Informationen zum Design. Die Keywords werden am Ende angeführt.</p>	3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung ist eher kurz gibt jedoch vorerst allgemeine Informationen zum Thema inklusive Begriffserläuterungen. Jedoch wird kein klares Forschungsziel angeführt.</p>	2
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist nicht sehr umfassend, beinhaltet jedoch die wichtigsten Informationen. Begründungen für die Designauswahl werden angeführt. Die Datenerhebung wird beschrieben und die Interviewfragen werden separat tabellarisch angeführt.</p>	3

<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Die Sample Größe ist angemessen für das Studiendesign und inkludiert Pflegepersonen aus dem akut sowie häuslichen Bereich, jedoch wurden keine genaueren Angaben zu den PartizipantInnen gegeben. Das Vorgehen beim Sampling wurde genau beschrieben.</p>	2
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Das genaue Vorgehen bei der Datenanalyse wurde nicht erklärt. Auf die Intention, Vertrauenswürdigkeit und Validation des Prozesses wurde eingegangen.</p>	2
<p>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?</p> <p>Die ethischen Fragen wurden in einem eigenen Absatz angeführt. Genaue Angaben zum Votum wurden gemacht. Ein Informed Consent, sowie ein weiterer Consent bei der Interview Durchführung wurden eingeholt.</p>	4
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Der Ergebnisteil ist in 3 Themen gegliedert (werden am Anfang gelistet) und inkludiert Aussagen von den Interviews, welche auch deutlich als solche erkennbar sind.</p>	4
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Eine Ausweitung der Ergebnisse ist schwierig, jedoch brachten die Ergebnisse ein neues Verständnis über dieses Thema in der Praxis auf.</p>	2
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse bringen in der Praxis zahlreiche Vorteile für die PartizipantInnen mit sich. Genaue Empfehlungen für die Forschung bzw. Praxis werden nicht gegeben, nur dass weitere Untersuchungen notwendig sind.</p>	3
<p>Gesamt:</p>	25 Punkte (69,44 %)

Kritische Bewertung: Fan, E & Rhee, JJ 2017, 'A self-reported survey on the confidence levels and motivation of New South Wales practice nurses on conducting advance-care planning (ACP) initiatives in the general-practice setting', *Aust J Prim Health*, vol. 23, no. 1, pp. 80-86, doi:10.1071/py15174.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel enthält alle Informationen (Design, Sample, Setting, Keywords) jedoch könnte er etwas kürzer gestaltet sein. Der Abstract ist als Fließtext aufgebaut, enthält alle wichtigen Informationen. Außerdem gehen Forschungsproblem sowie Ziel klar hervor.</p>	4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung geht vom Allgemeinen zum Spezifischen und inkludiert anfangs Begriffserklärungen zum Thema. Außerdem wurde eine Infobox über den bereits vorhandenen Wissensstand sowie eine Zusammenfassung der neuen Erkenntnisse eingefügt.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist nicht in Unterüberschriften gegliedert. Die Methode ist zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Umfrage Tool wurde genau beschrieben und es wurden auch Informationen zu den Forschern gegeben.</p>	4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Im Fließtext wurden Angaben zur Rücklaufquote, Geschlecht, Herkunft, und Arbeitsfeld gemacht, welche im Absatz der Limitationen jedoch als ungenau angegeben werden. Zusätzlich werden alle gesammelten Daten zum Sampling tabellarisch dargestellt. Da die Rekrutierung auf 2 Absätze aufgeteilt wurde, wirkt es beim Lesen unstrukturiert.</p>	2
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Der Vorgang bei der Datenanalyse und die dabei verwendeten Tests wurden genau beschrieben.</p>	4
<p>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?</p> <p>Es liegt ein positives Ethik Votum vor jedoch gibt es keine klaren Aussagen über einen Informed Consent. Bias werden erst in den Limitationen erwähnt. Außerdem werden</p>	

Informationen bezüglich des Berufes des Forschungsteams gegeben, welche ebenfalls dem Gesundheitsberuf angehören.	3
7. Results: Is there a clear statement of the findings? Unterüberschriften sorgen für eine gute Struktur der Ergebnisse. Der Aufbau ist logisch und nachvollziehbar. Außerdem bezieht sich der Fließtext auf die Tabelle im Ergebnisteil.	4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population? Es handelt sich um eine nationale Studie und um die Generalisierbarkeit gewährleisten zu können, würde es an einer internationalen Ausweitung bedürfen.	3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice? Die Forschungsergebnisse sind durchaus relevant für die Praxis (Gesundheitsberufe sowie Arbeitgeber), könnten jedoch durch internationale Vergleiche aussagekräftiger gestaltet werden.	4
Gesamt:	32 Punkte (88,89 %)

Kritische Bewertung: Davidson, R, Banister, E & de Vries, K 2013, 'Primary healthcare NZ nurses' experiences of advance directives: understanding their potential role', *Nursing Praxis in New Zealand*, vol. 29, no. 2, pp. 26-33

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study? Titel ist kurz und enthält alle Keywords jedoch keine Angaben zum Design. Abstract ist als Fließtext aufgebaut und enthält viele Zusatzinformationen, fokussiert sich dabei jedoch nicht auf den Inhalt bzw. die Ergebnisse der Studie.	2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research? Die Einleitung beginnt zuerst sehr allgemein und inkludiert das Forschungsziel. Im Anschluss befindet sich der Background mit spezifischen Informationen welche auf Neuseeland speziell zutreffen.	4

<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist nicht in Unterüberschriften gegliedert enthält jedoch Absätze mit Schlagwörtern am Beginn. Begriffsdefinitionen zum internationalen Verständnis fehlen im Text.</p>	3
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Das Sampling wurde genau erklärt inkl. den Einschlusskriterien. Außerdem werden Informationen über Geschlecht, Alter, Herkunft, Berufserfahrung und Ausbildung angeführt.</p>	4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Der Vorgang der Datenanalyse sowie damit verbundene Fachbegriffe wurden erwähnt bzw. genauer erklärt.</p>	4
<p>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?</p> <p>Vorgang zum Einholen eines positiven Ethik Votums wurde erklärt. Außerdem gibt es Angaben über einen Informed Consent.</p>	4
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Unterüberschriften sorgen für eine gute Struktur der Ergebnisse. Der Aufbau ist logisch und nachvollziehbar. Die Ergebnisse wurden von den PartizipantInnen nochmals beurteilt.</p>	4
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Ergebnisse geben einen nationalen Überblick im Bereich der Primärversorgung dar. Zur Generalisierbarkeit sollten internationale Vergleiche diesbezüglich durchgeführt werden.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Forschungsergebnisse sind durchaus relevant für die Praxis, da dieses Thema auf nationaler Ebene noch nicht untersucht wurde.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	32 Punkte (88,89 %)

Kritische Bewertung: Dixon, J & Knapp, M 2018, 'Whose job? The staffing of advance care planning support in twelve international healthcare organizations: a qualitative interview study', *BMC Palliative Care*, vol. 17, doi:10.1186/s12904-018-0333-1.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel enthält alle wichtigen Informationen und Key Words.</p> <p>Abstract ist gut strukturiert und gegliedert (Background, Methods, Results, Conclusion, Keywords) und enthält alle wichtigen Informationen.</p>	4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung inkludiert zuerst allgemeine Informationen und Begriffserklärungen. Am Ende sind 4 Forschungsziele deutlich erkennbar aufgelistet.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist sehr umfassend beschrieben und logisch aufgebaut. Der Vorgang der Datensammlung ist genau erklärt und mit Tabellen ergänzt.</p>	4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Die Samplingmethode ist sehr ausführlich beschrieben und könnte etwas kürzer und auf die wichtigsten Informationen basierend sein.</p>	3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Der Vorgang der Datenanalyse wurde ausreichend beschrieben und die Rollenaufteilungen der Befragten in einer Tabelle statistisch aufgelistet.</p>	4
<p>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?</p> <p>Die Ethischen Fragestellungen werden am Ende des Artikels in einem separaten Absatz klar erkenntlich aufgelistet. Außerdem wurde ein Informed Consent aller beteiligten Organisationen und deren MitarbeiterInnen eingeholt. Stärken und Limitationen werden keine angegeben.</p>	3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse wurden den einzelnen Berufsgruppen zugeordnet und sind deshalb gut strukturiert. Außerdem beantworten sie die Forschungsfrage und sind durch Aussagen der PartizipantInnen gestützt.</p>	4

<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Es handelt sich um eine nationale Studie wobei verschiedene Berufsgruppen inkludiert wurden. Eine Ausweitung auf andere Länder und den dort vorliegenden Berufsgruppen wäre somit größtenteils möglich.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse zeigen internationale Vergleiche auf, wovon viele Gesundheitseinrichtungen profitieren können.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	33 Punkte (91,67 %)

Kritische Bewertung: Kazmierski, M & King, N 2015, 'Role of the community matron in advance care planning and 'do not attempt CPR' decision-making: a qualitative study', British Journal of Community Nursing, vol. 20, no. 1, pp. 19-24

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel enthält alle wichtigen Informationen und gibt Aufschluss über den Forschungsansatz (qualitative study), könnte jedoch etwas kürzer formuliert sein. Abstract ist nicht sehr übersichtlich und eher kurz. Zusätzliche Informationen zu den Ergebnissen hätten angeführt werden können.</p>	2
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung beinhaltet viele Hintergrundinformationen sowie Begriffsdefinitionen. Die Forschungsziele werden anschließend in einem eigenen Absatz aufgelistet und ausführlich beschrieben.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist ausreichend beschrieben, strukturiert gegliedert und gibt Auskunft über das angewandte Design.</p>	4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Grund für das kleine Sample und der Vorgang der Rekrutierung wurden genannt. Hintergrundinformationen zu den PartizipantInnen werden im Fließtext ebenfalls erwähnt.</p>	4

<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Es wurde ausführend geschildert warum die Datenanalyse in diesen Schritten erfolgte. Diese wurden darauf den Autoren, welche dafür zuständig waren, zugeordnet. Der Analysevorgang verlief thematisch und ist somit für die phänomenologische Forschungsmethode geeignet.</p>	4
<p>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?</p> <p>Ein positives Ethik Votum wurde eingeholt. Informationen zu einem Informed Consent werden nicht angeführt. Jedoch erfolgte eine Zustimmung für die Aufzeichnung der Interviews.</p>	3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Der Ergebnisteil ist mittels Unterüberschriften gut strukturiert. Die Tabelle zum Sample wäre vor den Ergebnissen übersichtlicher platziert. Aussagen von den Interviews werden farblich vom Text abgehoben.</p>	4
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Generalisierbarkeit ist auf Grund des kleinen Samples und der phänomenologischen Forschungsmethode nicht gegeben. Somit ist die Ausweitung auf anderen Settings erschwert. Trotzdem erweiterten die Ergebnisse den derzeitigen Wissensstand.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse sind für das gesamte Gesundheitssystem sowie für Arbeitgeber und betroffene Mitarbeiter im Bereich „Community Care“ wichtig.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	32 Punkte (88,89 %)

Kritische Bewertung: Rietze, L & Stajduhar, K 2015, 'Registered nurses' involvement in advance care planning: an integrative review', *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 21, no. 10, pp. 495-503, doi:10.12968/ijpn.2015.21.10.495.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel ist kurz und enthält alle wichtigen Informationen.</p> <p>Abstract ist innerhalb des Fließtextes gut gegliedert und fasst die Ergebnisse zu 4 Hauptkategorien zusammen.</p>	4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung beinhaltet trotz ihrer Kürze die wichtigsten Informationen und gibt eine Forschungslücke an. Abschließend wird die Forschungsfrage genannt.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist klar gekennzeichnet und mittels Unterüberschriften gut strukturiert aufgebaut. Das Design wird ausführlich mittels weiterführender Literatur, welche auch gekennzeichnet ist, beschrieben.</p>	4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Das Sampling bezog sich wegen des Designs (integrative review) auf die Literatur. Ein- und Ausschlusskriterien wurden genannt. Die genaue Anzahl aller in den Studien erwähnten PartizipantInnen wurde jedoch nicht genannt.</p>	3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Die Daten Evaluation sowie die Datenanalyse wurden in separaten Absätzen genau beschrieben und in tabellarischer Form dargestellt. Vor allem die Evaluation der Daten ist sehr ausführlich zusammengefasst.</p>	4
<p>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?</p> <p>Auf Grund des Designs sind keine Angaben zu ethischen Fragen angegeben. Limitationen und Stärken werden nicht angeführt.</p>	2
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse wurden in 4 Kategorien zusammengefasst und ebenfalls tabellarisch dargestellt. Mittels Unterüberschriften ist der Ergebnisteil übersichtlich gestaltet.</p>	4

<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Da Ergebnisse zeigen Vergleiche zwischen 2 Ländern, spezialisieren sich dabei jedoch lediglich auf den Akutbereich. Dies erschwert die Generalisierbarkeit für andere Settings.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse sind für den Arbeitsalltag von Pflegepersonen aber auch für die Arbeitgeber zur Gestaltung passender Rahmenbedingungen erforderlich.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	32 Punkte (88,89 %)

Kritische Bewertung: Rietze, L, Heale, R, Hill, L & Roles, S 2016, 'Advance Care Planning in Nurse Practitioner Practice: A Cross-Sectional Descriptive Study', Nursing Leadership (Toronto, Ont.), vol. 29, no. 3, pp. 106-119

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel ist kurz und enthält alle wichtigen Informationen. Abstract ist innerhalb des Fließtextes gut gegliedert.</p>	4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung ist nicht als solche gekennzeichnet, enthält jedoch viele Hintergrundinformationen, welche mittels Überschriften gegliedert sind. Fließtext wird mittels Abbildungen ergänzt.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist knapp und nur mittels Absätzen strukturiert. Die angewandte Methode und das Design sind aber angegeben.</p>	3
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Das Sample ist passend für die Beantwortung der Forschungsfrage. Die Charakteristika werden nur in einer Tabelle aufgezeigt, welche nicht bei dem dazugehörigen Text platziert wurde.</p>	3
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Vorgang der Datenanalyse wurde kurz aber informativ gestaltet. Daten wurden anschließend tabellarisch in den Ergebnisteil inkludiert.</p>	4

<p>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?</p> <p>Ein positives Ethikvotum liegt vor und wurde auch erwähnt. Informationen zu einem Informed Consent wurden jedoch nicht angegeben.</p>	3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse sind auf Grund der Anzahl der Tabellen unübersichtlich und könnten mittels Überschriften besser strukturiert werden. Informativ war jedoch die Tabelle mit den Ergebnissen der Umfrage.</p>	2
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Da verschiedene Settings aufgegriffen wurde ist die Generalisierbarkeit möglich, jedoch auf Grund der geringen Rücklaufquote und fehlender internationaler Vergleiche erschwert.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse können vielseitig positive Auswirkungen haben. Die Praxis aber auch die Forschung profitiert von diesem Wissen.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	30 Punkte (83,33 %)

Kritische Bewertung: Rietze, L, Heale, R, Roles, S & Hill, L 2018, 'Identifying the Factors Associated With Canadian Registered Nurses' Engagement in Advance Care Planning', *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, vol. 20, no. 3, pp. 230-236, doi:10.1097/njh.0000000000000423.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel ist kurz und enthält die wichtigen Keywords gibt jedoch keine Auskunft über das angewandte Design. Der Abstract ist als Fließtext konzipiert und auf Grund der Kürze trotzdem sehr übersichtlich.</p>	3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung geht vom Allgemeinen in das Spezifische und inkludiert sowohl die Forschungslücke als auch das Forschungsziel.</p>	4

<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist gut strukturiert und gibt alle wichtigen Informationen zum Forschungsdesign wieder.</p>	4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Die Samplemethode wurde ausführlich beschrieben. Die genauen Charakteristika wurden in einer separaten Tabelle aufgelistet.</p>	4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Die Datenerhebung mit dem anschließenden Analysevorgang wurde ausführlich und logisch beschrieben. Dabei wurden die qualitative und quantitative Analyse extra aufgezeigt.</p>	4
<p>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?</p> <p>Ein positives Ethikvotum wurde erwähnt. Angaben zu einem Informed Consent oder etwaigen Bias wurden nicht gemacht.</p>	3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse sind mittels einer Überschriften gegliedert und werden durch eine Tabelle, mit den Ergebnissen der Umfragen, ergänzt.</p>	4
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Generalisierbarkeit ist auf Grund fehlender internationaler Vergleiche nur bedingt möglich.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse erweitern den Wissenstand und bringen neuen Erkenntnisse für den Akut- sowie Langzeitbereich.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	33 Punkte (91,67 %)

Kritische Bewertung: Stone, L, Kinley, J & Hockley, J 2013, 'Advance care planning in care homes: the experience of staff, residents, and family members', *International Journal of Palliative Nursing*, vol. 19, no. 11, pp. 550-557

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel ist kurz und enthält die wichtigen Keywords gibt jedoch keine Auskunft über das angewandte Design. Der Abstract ist innerhalb des Fließtextes gegliedert und enthält alle wichtigen Informationen.</p>	4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung beginnt mit allgemeinen Begriffserklärungen und dann in das Spezifische über. Das Forschungsziel wird darauffolgend in einem eigenen Absatz angeführt.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist mittels Absätzen und Unterüberschriften klar strukturiert und logisch aufgebaut. Das Forschungsdesign wird zu Beginn angegeben.</p>	4
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Die Angaben zum Setting und dem Samplevorgang waren sehr ausführlich. Genauere Informationen bezüglich den Charakteristiken wurden zu Beginn des Ergebnisteils gegeben und tabellarisch ergänzt.</p>	4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Die Datenerhebung mit dem anschließenden Analysevorgang wurde ausführlich und logisch beschrieben. Dabei wurde auf die einzelnen Aufgabengebiete den/der jeweiligen AutorIn zugeordnet.</p>	4
<p>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?</p> <p>Ein positives Ethikvotum wurde erwähnt. Außerdem wurde ein Infoblatt bezüglich des „Informed Consent“ ausgeteilt. Auch die Berücksichtigung der Anonymität hinsichtlich des Forschungsprozesses wurde erwähnt. Da die Mitarbeiter jedoch als Gatekeeper fungierten, könnten eventuell weitere geeignete BewohnerInnen nicht informiert worden sein.</p>	3

<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse wurden klar formuliert in Hauptkategorien zusammengefasst. Der Aufbau ist somit logisch und wird von Aussagen der PartizipantInnen ergänzt.</p>	4
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Generalisierbarkeit ist auf Grund fehlender internationaler Vergleiche und Spezialisierung auf ein Setting nur erschwert möglich.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse haben den vorliegenden Wissenstand deutlich erweitert und neue Informationen mit sich gebracht. Nicht nur die Mitarbeiter, sondern auch die Pflegeheimleitung sowie BewohnerInnen und deren Angehörigen können davon profitieren.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	34 Punkte (94,44 %)

Kritische Bewertung: Thoresen, L, Ahlzen, R & Solbraekke, KN 2016, 'Advance Care Planning in Norwegian nursing homes-Who is it for?', *Journal of Aging Studies*, vol. 38, pp. 16-26, doi:10.1016/j.jaging.2016.04.003.

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel ist kurz gestaltet, gibt jedoch keine Auskunft über das angewandte Design. Abstract enthält alle wichtigen Informationen, könnte zur Übersicht jedoch in Unterüberschriften gegliedert sein.</p>	3
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung ist sehr ausführlich beschrieben und auch gut strukturiert. Verweise auf andere Quellen werden deutlich als solche gekennzeichnet. Das Forschungsziel wird angeführt und anschließend mit dem derzeitigen Wissensstand verknüpft.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist mittels Absätzen und Unterüberschriften klar strukturiert und logisch aufgebaut, hätte jedoch etwas kürzer gestaltet werden können. Das Forschungsdesign wird zu Beginn angegeben.</p>	3

<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Genaue Einschlusskriterien wurden aufgelistet. Missglückte Samplmethoden wurden im Zusammenhang mit neuen Vorgehensweisen trotzdem angegeben. Die Charakteristika der PartizipantInnen wurden in einer Tabelle zusammengefasst angeführt.</p>	4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Der Analyseprozess wurde logisch erklärt, hätte jedoch etwas kürzer und mit weniger ausschweifenden Hintergrundinformationen formuliert werden können.</p>	3
<p>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?</p> <p>Ein positives Ethikvotum wurde erwähnt. Außerdem wurde ein Informed Consent schriftlich eingeholt. Weitere ethische Fragestellungen wurden in einem eigenen Absatz behandelt. Die Stärken und Limitationen wurden am Ende ebenfalls erwähnt.</p>	4
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse werden mittels Unterüberschriften klar aufgezeigt. Verweise auf weitere Literaturangebote wurden eindeutig ersichtlich getätigt.</p>	4
<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Generalisierbarkeit ist auf Grund fehlender internationaler Vergleiche und Spezialisierung auf ein Setting nur erschwert möglich.</p>	3
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse sorgen für ein besseres Verständnis der vorliegenden Gegebenheiten in der Praxis und erweitern so den Wissensstand aller beteiligten Personen innerhalb des Langzeitbereiches.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	32 Punkte (88,89 %)

Kritische Bewertung von Ke, LS, Huang, X, O'Connor, M & Lee, S 2015, 'Nurses' views regarding implementing advance care planning for older people: a systematic review and synthesis of qualitative studies', Journal of Clinical Nursing, vol. 24, no. 15-16, pp. 2057-2073, doi:10.1111/jocn.12853

<p>1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?</p> <p>Titel ist umfangreich gestaltet und enthält alle wichtigen Informationen. Abstract enthält alle wichtigen Informationen und ist mittels Unterüberschriften gut strukturiert.</p>	4
<p>2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?</p> <p>Die Einleitung ist eher kurz, geht jedoch vom Allgemeinen in das Spezifische und gibt die wichtigsten Begriffsdefinitionen wieder.</p>	4
<p>3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?</p> <p>Der Methodenteil ist knapp, für das verwendete Design jedoch angemessen. Der Aufbau ist sehr strukturiert und erfolgt logisch.</p>	3
<p>4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?</p> <p>Der Sampling Prozess bezieht sich auf die Suchstrategie und gibt klare Ein- und Ausschlusskriterien wieder. Der Vorgang dabei wird nachvollziehbar für den Leser beschrieben.</p>	4
<p>5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?</p> <p>Der Analyseprozess verläuft als kritische Bewertung. Dieser Vorgang wird anhand der Aufgabengebiete von den Autoren erklärt. Der Vorgang sowie die daraus resultierenden Daten werden anschließend mittels Abbildungen und Tabellen dargestellt.</p>	4
<p>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?</p> <p>Alle verwendeten Studien haben ein positives Ethikvotum. Weitere ethische Fragestellungen werden auf Grund des Designs nicht angeführt.</p>	3
<p>7. Results: Is there a clear statement of the findings?</p> <p>Die Ergebnisse wurden zu 4 große Themen zusammengefasst und mittels Unterüberschriften klar aufgezeigt.</p>	4

<p>8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?</p> <p>Die Generalisierbarkeit ist durch den internationalen Vergleich unterschiedlichster Ergebnisse bezüglich dieses Themas gegeben.</p>	4
<p>9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?</p> <p>Die Ergebnisse sorgten für die Erweiterung des aktuellen Wissenstandes und haben vor allem für die Praxis neue Erkenntnisse mit sich gebracht.</p>	4
<p>Gesamt:</p>	34 Punkte (94,44 %)