

Bachelorarbeit

Unterstützung der Entscheidungsfindung von
Patientinnen/Patienten durch Pflegefachkräfte
im Setting der Palliative Care

–

ein Literaturreview

eingereicht von

Hanna Rametsteiner

zur Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von

Gerhilde Schüttengruber, BSc MSc

Graz, 29. März 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, 29. März 2019

Hanna Rametsteiner, eh

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
1.1	Hintergrund	7
1.2	Pflegerelevanz des Themas.....	8
1.3	Definitionen	9
1.4	Forschungslücke und Forschungsziel	16
2	Literaturrecherche.....	17
2.1	Methode	17
2.2	Auswahlprozess	18
2.3	Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien	19
2.4	Kritische Bewertung der Studien	19
3	Ergebnisse	21
3.1	Charakteristika der Studien	21
3.2	Pflegeteam	25
3.3	Patientin/Patient	27
3.4	Familie.....	31
4	Diskussion.....	33
5	Schlussfolgerung.....	38
6	Stärken und Limitationen	38
7	Praxis und Forschungsempfehlungen.....	38
8	Literaturangabe	40
9	Anhang.....	45
9.1	Abbildungsverzeichnis.....	45
9.2	Tabellenverzeichnis.....	45
9.3	Bewertung der analysierten Studien.....	45

Zusammenfassung

Hintergrund: Die demografische Entwicklung zeigt ein stetiges Bevölkerungswachstum und damit einhergehend auch eine Zunahme chronischer Erkrankungen. Menschen mit chronischen Erkrankungen benötigen an ihrem Lebensende oft Palliative Care. Ziel der Palliative Care ist die Erhaltung der Lebensqualität. Dazu zählt auch der Prozess der Entscheidungsfindung. Pflegefachkräfte verbringen die meiste Zeit nahe am Patienten. Sie sind daher oft die Ansprechpersonen für Patientinnen/Patienten, wenn diese Entscheidungen über kurative oder palliative Maßnahmen zu treffen haben.

Ziel: Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, welche Möglichkeiten es für Pflegefachkräfte gibt, die Entscheidungsfindung von Patientinnen/Patienten mit einer fortschreitenden, chronischen, nicht heilbaren Erkrankung zu unterstützen.

Methode: Es wurde eine Literatursuche in den Datenbanken PubMed und CINAHL im Zeitraum von Oktober 2018 bis Jänner 2019 durchgeführt. Es wurden acht Studien aus den Jahren 2014 – 2019 eingeschlossen. Fünf qualitative Studien, zwei mixed-method Studien und eine quantitative Studie wurden kritisch bewertet und analysiert.

Ergebnisse: Das Erkennen, Wahrnehmen und Berücksichtigen der Wünsche und Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten durch Pflegefachkräfte ist wichtig, damit die/der Patientin/Patient eine angemessene und autonome Entscheidung treffen kann. Durch ein qualifiziertes Kommunikationsverhalten können diese Wünsche und Bedürfnisse von den Pflegefachkräften wahrgenommen werden. Kommunikation ist daher der wichtigste Faktor, um die/den Patientin/Patienten in der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Weitere Unterstützungsfaktoren sind zeitliche Ressourcen, die Familienstruktur und Entscheidungshilfen sowie Entscheidungscoaching.

Schlussfolgerung: Pflegefachkräfte benötigen erweiterte Kommunikationsfähigkeiten, um die Entscheidungsfindung der Patientinnen/Patienten angemessen unterstützen zu können. Sie benötigen zusätzlich zu ihren pflegerischen Kernkompetenzen entsprechende fachliche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen. Das Kennen und Anwenden von Entscheidungscoaching und Entscheidungshilfen kann Pflegefachkräften als Unterstützung dienen. Eine stärkere Einbeziehung der Pflegefachkräfte in die gemeinsame Entscheidungsfindung im interdisziplinären

Bereich wäre empfehlenswert. Es benötigt Forschung, wie sich der Einbezug der Pflege in den Shared Decision Making Prozess auf die Entscheidungsfindung der Patientinnen/Patienten auswirkt und eine Überprüfung der Auswirkungen neuer Kommunikationsfähigkeiten auf die Entscheidungsfindung.

Abstract

Background: Demographic developments show an increase in population as well as a rise in chronic diseases. People suffering from a chronic disease are likely to need palliative care at the end of their life. The goal of palliative care is to preserve the quality of life. One instrument to achieve this is the process of decision-making. Caregivers are working and spending their time close to the patient and are therefore one of the most important influences for the patient's decision-making process regarding curative and palliative actions.

Goal: The aim of this thesis is to find out what possibilities a caregiver has, to support a patient with a terminal illness in his or her decision-making process.

Method: A research of literature was conducted through databases, such as PubMed and CINAHL, from October 2018 to January 2019. Eight studies were found, from 2014 till 2019, including five qualitative studies, two mixed-method studies and one quantitative study. They were critically rated and analyzed.

Findings: It is crucial that caregivers not only recognize, identify and takes the patient's wishes, preferences and needs into account, but also support him or her in his decision-making process so that he or she can decide accurately and autonomously. Caregivers can identify these wishes and preferences through qualified communication techniques. Therefore, communication is the most important asset to support a patient in his/her decision-making process. Further supporting assets are time resources, family structure, decision-aid and decision-coaching.

Conclusion: Caregivers need advanced communication skills to support patients in their decision-making process adequately. In addition to their core competencies, they need further education regarding decision-aid and decision-coaching. A stronger implementation of caregivers into the decision-making process in the interdisciplinary area is advisable. Research and studies regarding the impact of the implementation of caregivers into the decision-making process are needed as is an examination of the effect of advanced communication skills on decision-making.

1 Einleitung

In diesem Kapitel werden die Hintergründe und warum dieses Thema von Relevanz ist genauer erläutert. Anschließend werden die zentralen Begrifflichkeiten definiert und ein Überblick gegeben, wie diese in der Entscheidungsfindung Anwendung finden.

1.1 Hintergrund

Die demografische Entwicklung zeigt, dass die Weltbevölkerung immer älter wird und in Folge auch immer mehr Menschen an chronischen Erkrankungen leiden (National Center for Health 2013). Auch in Österreich zeigt die demografische Entwicklung eine zunehmende Alterung der Gesellschaft auf. Das Wachstum der Gruppe der alten Menschen geht auf die Boom-Generationen der 40er und 60er Jahre zurück. Die Lebenserwartung der Österreicher und Österreicherinnen stieg 2014 bei Männern auf 78,9 und bei Frauen auf 83,7 Jahre an. Die häufigsten Todesursachen in Österreich sind Herzkreislauferkrankungen, gefolgt von Krebserkrankungen. Sie machten 2014 68,5% der Sterbefälle aus (Statistik Austria 2014). Menschen mit chronischen Erkrankungen wie Herzkreislauf- und Krebserkrankungen haben, wenn ihre Erkrankung fortgeschritten und nicht mehr zu heilen ist, ein Recht auf palliative Behandlung und Betreuung (Palliative Care) (Feichtner 2014). Spricht eine Erkrankung also nicht mehr auf kurative Behandlungen an, stehen die Kontrolle von Schmerzen und anderen Symptomen, sowie das Erkennen und Behandeln von sozialen, psychischen und spirituellen Problemen im Vordergrund. In der Palliative Care geht es darum, die bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod zu bewahren (Steffen-Bürgi 2017). Das Treffen von Entscheidungen ist gemäß dem Österreichischen Bundesministerium für Gesundheitswesen ein wesentliches Merkmal der Palliative Care: *„Die Entscheidung über Therapien und Maßnahmen erfolgt unter Abwägen von Nutzen und Belastung im Hinblick auf die Lebensqualität der Betroffenen (Vermeidung von „Übertherapie“) und in einem gemeinsamen, informierten Entscheidungsfindungsprozess unter Einbeziehung von Patientin/Patient, Angehörigen und Team (shared decision making)“* (Nemeth & Rottenhofer 2004, p. 11). Feichtner (2014) erwähnt die Bedeutung der Beteiligung der Pflegefachkräfte am Entscheidungsprozess, da sie durch die Nähe zur/zum Patientin/Patienten ihre/seine Wünsche und Bedürfnisse kennen. Zusammen mit dem Team, der/dem

Patientin/Patienten und den Angehörigen können Pflegefachkräfte eine Entscheidung treffen, die die Lebensqualität der/des Patientin/Patienten wahrt.

1.2 Pflegerelevanz des Themas

Wie sich aus den Hintergründen zum Thema Entscheidungsfindung in der Palliative Care feststellen lässt, gibt es drei wichtige Gründe, die eine Relevanz zur Bearbeitung dieses Themas darlegen:

1. Die demografische Entwicklung und die Zunahme an chronischen Erkrankungen lassen das Thema Palliative Care immer mehr in den Mittelpunkt der Pflege rücken (Statistik Austria 2018).
2. Die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortgeschrittenen, unheilbaren beziehungsweise lebensbedrohlichen Erkrankung ist Teil des Berufsbildes des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Setting der Palliative Care (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2018).
3. Die Pflegefachkraft steht der/dem Patientin/Patienten in der Palliative Care am Nächsten und übernimmt daher eine wichtige Rolle im Prozess der Entscheidungsfindung, der Teil der Palliative Care ist (Aucoin & Giroux 2000). Es muss hervorgehoben werden, dass die Palliative Care eine Möglichkeit zur Förderung der Autonomie der/des Patientin/Patienten bei der Entscheidungsfindung sein kann (Zalonis & Slota 2014). Da die Pflegefachkräfte die nächsten Ansprechpersonen für die Patientinnen/Patienten in der Palliative Care sind, bauen sie ein Vertrauen zur Pflegeperson auf (King et al. 2010).

Mit einer unterstützten Entscheidungsfindung kann das Ziel der Palliative Care, nämlich der Erhalt der Lebensqualität, gewährleistet werden (Feichtner 2014).

1.3 Definitionen

1.3.1 Palliative Care

Die World Health Organisation (WHO) definiert den Begriff „Palliative Care“ wie folgt: Die Palliativmedizin verschreibt sich der Verbesserung der Lebensqualität hinsichtlich der/dem betroffenen Patientin/Patienten, die/der mit einer lebensbedrohlichen Krankheit konfrontiert ist und ihren/seinen Angehörigen. Ziel ist die Vermeidung und Linderung von Leid durch frühzeitiges Erkennen, einwandfreie Beurteilung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen körperlichen, psychosozialen und seelischen Problemen (World Health Organization 2017, Übersetzung der Autorin).

Der Begriff „palliativ“ leitet sich von „pallium“ ab und bedeutet aus dem Lateinischen übersetzt „Mantel“, „Hülle“. Der Begriff „Care“ wird aus dem Englischen als „Versorgung“ im Sinne der Pflege übersetzt. Der deutschsprachige Begriff „Palliativpflege“ wird in Österreich nur selten verwendet. Meistens wird der englische Begriff „Palliative Care“ verwendet. Unter diesem Begriff sind auch die Disziplinen Palliativmedizin und Palliativpflege vereint. Die Palliative Care besteht aus einem interdisziplinären Team, welches mit gemeinsamer Absicht zusammenarbeitet. Zu einem interdisziplinären Team zählen: Medizinerinnen/ Mediziner, Ergotherapeutinnen/Ergotherapeuten, Physiotherapeutinnen/Physio-therapeuten, Seelsorgerinnen/Seelsorger, Logopädinnen/Logopäden, Pflegefachkräfte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Sozialarbeiterinnen /Sozialarbeiter sowie Diätologinnen/Diätologen (Feichtner 2014). Palliative Pflege wird von allen Menschen benötigt, die an einer schweren, unheilbaren oder chronischen, lebensbegrenzenden Erkrankung leiden. Dazu zählen unter anderem nicht heilbare Herz-Kreislauf-erkrankungen, terminale Niereninsuffizienz, chronische neurologische Erkrankungen, Demenzerkrankungen, Aids und Tumorerkrankungen. Die Palliative Care beginnt dann, wenn die Heilung nicht mehr das Behandlungsziel sein kann (Feichtner 2014). Palliative Care bedeutet ganzheitliche Betreuung und stellt die Lebensqualität in den Mittelpunkt. Auch Angehörige spielen eine wesentliche Rolle in der Palliative Care und werden zusammen mit der/dem Patientin/Patienten beraten und unterstützt. Palliative Care bedeutet nicht, dass keine Therapien oder Behandlungen stattfinden, vielmehr soll mittels invasiver Therapien, aktivierender Pflege und Rehabilitation das Leiden verringert werden (Schleger et al. 2012). Die

Dimensionen der Palliativversorgung beziehen sich auf alle Ebenen der körperlichen, psychologischen, spirituellen und transzendentalen Bedürfnisse. Ziel der Palliative Care ist der Erhalt und die Verbesserung der Lebensqualität der/des betroffenen Patientinnen/Patienten, wenn keine Aussicht auf Heilung mehr gegeben ist (Kayser et al. 2018). Wenn die Heilung einer Erkrankung nicht mehr möglich ist, wird die Lebensqualität zum bedeutendsten Entscheidungskriterium (Kayser et al. 2018).

1.3.2 Entscheidungsfindung

Entscheidungen in der Palliativ Care können im Rahmen von medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen getroffen werden (Schleger et al. 2012). Dazu zählen zum Beispiel die palliative Chemotherapie, Medikation, künstliche Ernährung, Antikoagulation, eine Teilnahme an klinischen Studien und die Entscheidung, von kurativen Maßnahmen zu unterstützenden Maßnahmen zu wechseln (Bakitas et al. 2017; Belanger et al. 2016; Walker & Breitsameter 2015). Die Entscheidungen und deren Durchführung müssen dem Willen der/des Patientin/Patienten entsprechen, die/der darüber Bescheid wissen muss, welche Entscheidungen überhaupt getroffen werden können (Schleger et al. 2012).

Entscheidungen der Patientinnen/Patienten können autonom oder inautonom getroffen werden. Autonom bedeutet, dass Patientinnen/Patienten das Recht auf Selbstbestimmung haben. Alle Handlungen und Therapien werden nur dann legitimiert, wenn die/der Patientin/Patient ausdrücklich zustimmt. Damit eine Entscheidung als autonom angesehen werden kann, muss dies bewusst und absichtlich erfolgen. Die/Der Patientin/Patient muss einsichts-, urteils- und entscheidungsfähig sein. Sie/Er muss verstehen, worum es geht und frei von beeinflussenden Faktoren sein. Inautonome Entscheidungen für die/den Patientin/Patienten werden getroffen, wenn die/der Patientin/Patient noch nicht, nicht jetzt, nicht mehr oder nie autonom Entscheidungen fällen konnte oder kann (Zernikow et al. 2013).

Das Paternalistische Modell, das Informative Modell und die Partizipative Entscheidungsfindung sind unterschiedliche Modelle der Entscheidungsfindung in der Arzt-Patienten-Beziehung. Beim Paternalistischen Modell kommuniziert die/der Ärztin/Arzt der/dem Patientin/Patienten nicht alle notwendigen Informationen, sondern

bietet ihr/ihm die aus Sicht der/des Ärztin/Arztes beste Behandlung an. Dadurch hat die/der Patientin/Patient kaum Informationen oder Optionen, um selbst eine Entscheidung zu treffen. Beim Informativen Modell präsentiert die/der Ärztin/Arzt alle Optionen und die/der Patientin/Patient kann, beziehungsweise muss, daraus wählen. Persönliche Erfahrungen, Ängste oder auch Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten werden hier aus Sicht der Arzt-Patienten-Beziehung außer Acht gelassen. Bei der Partizipativen Entscheidungsfindung, im Englischen auch „Shared Decision Making“ (SDM), werden mit der/dem Patientin/Patienten und allen weiteren Beteiligten alle Möglichkeiten durchgesprochen und es wird auch auf Emotionen, Erlebnisse, Ängste und Bedürfnisse eingegangen (Charles et al. 1999). SDM wird definiert als Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten, Familie und einem oder mehreren Angehörigen der Gesundheitsberufe, bei der die Teilnehmerinnen/Teilnehmer die zu treffende Entscheidung klar festlegen. Optionen (einschließlich der Ergebnisse der Optionen) werden diskutiert, es werden Werte und Präferenzen der Patientinnen/Patienten im Zusammenhang mit diesen Optionen hervorgerufen und Patientinnen/Patienten oder ihre Stellvertreter werden, soweit gewünscht, in die Entscheidungsfindung und -umsetzung miteinbezogen (Bakitas et al. 2011).

Da sich Pflegefachkräfte stets an der Seite der/des Patientin/Patienten befinden, haben sie ein einzigartiges Verständnis für die Patientinnen/Patienten. Pflegefachkräfte gewinnen das Vertrauen der Patientinnen/Patienten und von ihren Angehörigen, wodurch es den Patientinnen/Patienten und Angehörigen leichter fällt, sich gegenüber den Pflegefachkräften zu öffnen. Pflegefachkräfte spielen daher eine wesentliche Rolle bei der Entscheidungsfindung und sind somit auch die Schlüsselpersonen im Entscheidungsfindungsprozess (McMillen 2008).

1.3.3 Kommunikation

Kommunikation leitet sich aus dem lateinischen „communicare“ ab und bedeutet „verbinden“. Kommunikation bedeutet, dass zwischen mindestens zwei Personen, dem sogenannten Sender der Nachricht und dem Empfänger, an den die Nachricht gerichtet ist, ein Austausch von Informationen stattfindet. Das Überbringen von Nachrichten und Informationen kann in zwei Formen stattfinden, verbal und nonverbal (Menche et. al. 2011). Kommunikation in der Pflege kann als interpersonale oder

zwischenmenschliche Sprache definiert und zum Austausch von Nachrichten und Informationen verwendet werden. Es wird dadurch ermöglicht, Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse zu kommunizieren und Sachinformationen weiterzuleiten, wie die Bedeutung und das Recht, autonom Entscheidungen zu treffen. Autonomie ist ein wesentliches Prinzip der ethischen Entscheidungsfindung (Lauber 2012; Dillworth et al. 2016).

1.3.4 Autonomie

Der Begriff „Autonomie“ bedeutet „Selbst-Gesetz“ und leitet sich von den altgriechischen Wörtern „autos“ und „nomos“ ab. Es bedeutet, dass das Gesetz des Handelns im Individuum liegt (Pott 2007).

Immanuel Kant definierte den Begriff Autonomie 1785 folgendermaßen: *„Autonomie des Willens ist die Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit der Gegenstände des Wollens) ein Gesetz ist. Das Prinzip der Autonomie ist also: nicht anders zu wählen, als so, dass die Maximen seiner Wahl in demselben Wollen zugleich als allgemeines Gesetz mitbegriffen seien.“* (Kraft & Schönecker 2016, p. 68)

Der Begriff Autonomie ist eines der vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress. Sie haben das Modell der ethisch-moralischen vier Prinzipien für Heilberufe entwickelt, welche zu den klassischen medizinisch-ethischen Prinzipien zählen. Diese vier Prinzipien setzen sich zusammen aus Benefizprinzip, Non-Malefizprinzip, Autonomie und Gerechtigkeit. Sie bilden die Grundlage für ethische Entscheidungen. Das Prinzip der Autonomie richtet sich gegen die wohlwollende Bevormundung. Es gesteht jeder Person das Recht auf Entscheidungsfreiheit und das Recht auf Förderung der Entscheidungsfähigkeit zu. Es fordert die Berücksichtigung der Wünsche, Bedürfnisse, Ziele und Wertvorstellungen der/des Patientin/Patienten (Beauchamp & Childress 2013).

1.3.5 Bedürfnis und Wunsch

Bedürfnis leitet sich aus dem Althochdeutschen von „bidurfan“ (nötig haben) ab und bedeutet so viel wie Verlangen, Wunsch, Benötigtes, Mangel, Dürftigkeit (Drodowski

1989). Ein Bedürfnis ist „das Verlangen oder der Wunsch, einem empfundenen oder tatsächlichen Mangel Abhilfe zu schaffen“ (Stangl 2019). Die Bedürfnispyramide nach Maslow ist ein Modell, um Bedürfnisse zu beschreiben und zu klassifizieren. Es kategorisiert und ordnet hierarchisch die menschlichen Bedürfnisse in aufsteigender Reihenfolge (Maslow 1981):

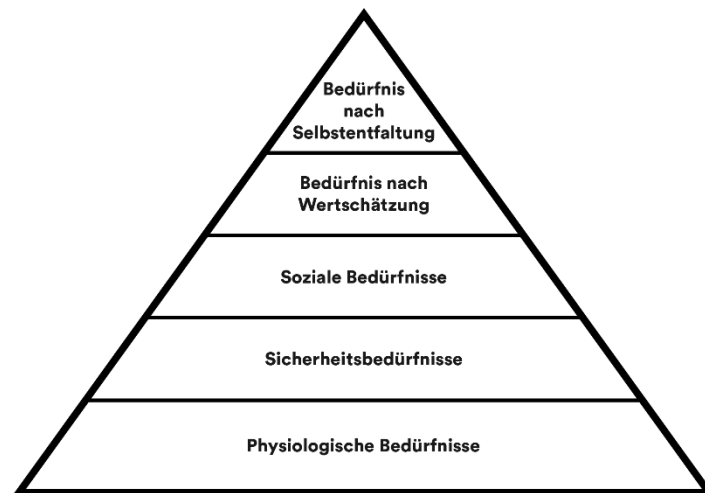


Abbildung 1 - Bedürfnispyramide nach A. Maslow (Maslow 1981)

Virginia Henderson, eine amerikanische Pflegetheoretikerin, gilt als erste Pflegetheoretikerin, die eine bedürfnisorientierte Pflege Theorie formulierte, die auf der Grundlage von Abraham Maslow's Bedürfnispyramide der Menschen aufgebaut ist. Sie entwickelte die Theorie der 14 Grundbedürfnisse:

- | | |
|---|---|
| 1. „Normal atmen | Veränderung der Umwelt im |
| 2. Ausreichend essen und trinken | Normbereich halten |
| 3. Abfallprodukte des Körpers ausscheiden | 8. Den Körper reinigen, pflegen und die Haut schützen |
| 4. Sich bewegen und eine gewünschte Körperhaltung beibehalten | 9. Gefahren für sich und andere meiden |
| 5. Ruhen und Schlafen | 10. Kommunikation durch das Ausdrücken von Emotionen, Bedürfnissen, Ängsten und Meinungen |
| 6. Passende Kleidung auswählen und sich an- und auskleiden | 11. Seine Religion ausüben |
| 7. Körpertemperatur durch passende Kleidung und | |

12. So arbeiten, dass sich ein Gefühl der Erfüllung einstellt

13. Zu spielen oder an verschiedenen Formen der Erholung teilnehmen

14. Lernen, entdecken und Neugierde befriedigen zur normalen Entwicklung und Gesundheit sowie Gesundheitsvorsorgeeinrichtung nutzen“ (Menche 2011).

Henderson stellte fest, dass es für Pflegefachkräfte von entscheidender Bedeutung sei, die Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten zu erkennen und diese zu erfüllen beziehungsweise sie bei der Erfüllung dieser zu unterstützen (Henderson 2006).

Der Begriff „Wunsch“ wird im Duden folgendermaßen definiert: *„Begehren, das jemand bei sich hegt oder äußert, dessen Erfüllung mehr erhofft als durch eigene Anstrengungen zu erreichen gesucht wird“* (Duden 2019). Im Lexikon der Psychologie auf spektrum.de heißt es: „Wunsch, ein ersehnter Erlebniszustand, der im Unterschied zum Wollen die Realisierung eines Ziels nicht verfolgen muss.“ (Lexikon der Psychologie 2000). Oft fällt es Patientinnen/Patienten schwer, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu kennen und auszudrücken (Dillworth et al. 2016). Es gibt jedoch Entscheidungscoaching und Entscheidungshilfen, um sie dabei zu unterstützen (Bakitas et al. 2011).

1.3.6 Entscheidungscoaching

Entscheidungscoaching unterstützt Patientinnen/Patienten, ihre Wünsche und Bedürfnisse zu berücksichtigen. Entscheidungstrainerinnen/Entscheidungstrainer erkennen Patientinnen/Patienten, die sich in einem Entscheidungskonflikt befinden und intervenieren, indem sie sie durch den Entscheidungsprozess führen. Das übergeordnete Ziel von Entscheidungscoaching ist es, Patientinnen/Patienten dabei zu unterstützen, sich an der Entscheidungsfindung zu beteiligen und Qualitätsentscheidungen zu treffen. Entscheidungscoaching kann von Angehörigen der Gesundheitsberufe durchgeführt werden ((Kennedy et al. 2002); Stacey et al. 2008). Nach dem Ottawa Decision Support Framework bedeutet Entscheidungscoaching erstens die Verbesserung der Entscheidungsqualität, wenn Patientinnen/Patienten und Angehörige der Gesundheitsberufe gemeinsam an der

Entscheidungsfindung beteiligt sind. Zweitens erleichtert Entscheidungscoaching die Einbeziehung und Befähigung der Patientinnen/Patienten bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung (Stacey et al. 2008).

1.3.7 Entscheidungshilfen

Entscheidungshilfen sind Werkzeuge, die dabei helfen, persönliche Werte zu klären und Informationen über die verfügbaren Optionen zu vermitteln. Sie leiten Patientinnen/Patienten bei der Entscheidungsfindung und helfen, die Zweckmäßigkeit des Nutzens im Verhältnis zu den Schäden zu klären. Die Beratung durch Ärztinnen/Ärzte soll dadurch aber nicht ersetzt werden. Entscheidungshilfen raten den Patientinnen/Patienten nicht, eine Option über eine andere zu stellen, sondern alle verfügbaren Optionen in Betracht zu ziehen und abzuwägen (O'Connor et al. 2003). Entscheidungshilfen und Entscheidungscoaching unterstützen den Entscheidungsprozess, welcher wiederum dem Erhalt der Lebensqualität dient (Nemeth & Rottenhofer 2004).

1.3.8 Lebensqualität

Die WHO definiert Lebensqualität wie folgt: „Lebensqualität ist die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertesystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen“ (WHOQOL 1998).

Der Begriff Lebensqualität bezieht sich nicht nur auf die körperliche Gesundheit oder das körperliche Wohlbefinden. Vielmehr ist es ein mehrdimensionaler Begriff, der auch die psychologischen, ökonomischen und kulturellen Aspekte miteinbezieht (Kayser et al. 2018).

1.4 Forschungslücke und Forschungsziel

Es gibt zwar Modelle, die für die Entscheidungsfindung in der Arzt-Patienten-Beziehung entwickelt wurden (Schleger et al. 2012), die Schlüsselpersonen in der Entscheidungsfindung sind aber die Pflegefachkräfte, die die/den Patientin/Patienten näher kennen und deren Vertrauen haben (McMillen 2008). Sie sind auch diejenigen, welche die getroffenen Entscheidungen umsetzen (Feichtner 2014). Es gibt Studien die sich mit der Entscheidungsfindung von nicht urteils- und handlungsfähigen Patientinnen/Patienten oder mit einer zukünftigen Urteils- und Handlungsunfähigkeit, wie etwa die Studie von Einterz et al. (2014), befassen. Andere Arbeiten beschäftigen sich mit dem Thema Entscheidungsfindung zur Sterbehilfe, wie zum Beispiel Arevalo et al. (2013), oder der Entscheidungsfindung bei Kindern im Palliative Care zusammen mit den Eltern (Atout et al. 2017).

Ziel dieses Literaturreviews ist es, herauszufinden, welche Möglichkeiten es für Pflegefachkräfte gibt, die Entscheidungsfindung von Patientinnen/Patienten mit einer fortschreitenden, chronischen, nicht heilbaren Erkrankung zu unterstützen.

Daraus ergibt sich die Forschungsfrage: Welche Möglichkeiten haben Pflegefachkräfte, die Entscheidungsfindung der Patientinnen/Patienten im Setting Palliative Care zu unterstützen?

2 Literaturrecherche

Diese Arbeit wurde in Form eines Literaturreviews durchgeführt, welcher eine Zusammenfassung und Bewertung des aktuellen Forschungsstandes zu einem spezifischen Forschungsproblem darstellt (Polit & Beck 2017). Es wurde nur nach Literatur gesucht, die ausschließlich der Beantwortung der Forschungsfrage dient.

2.1 Methode

Die Literaturrecherche wurde von Oktober bis Dezember 2018 durchgeführt. Die Datenbanken PubMed (Public Medical Literature OnLine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) wurden mithilfe von Suchbegriffen und MeshTerms (Medical Subject Headings) durchsucht. Die Suchbegriffe (engl.: Keywords) wurden in englischer Sprache angegeben und in unterschiedlichen Kombinationen verwendet: palliative care, end of life, terminally ill, nurs*, decision making, personal autonomy. Während der Suche wurden die Suchbegriffe auch als MeshTerm eingesetzt und mit booleschen Operatoren (AND, OR) verbunden. MeSH Term sind Schlagwörter, die einem Inhalt hierarchisch zugeordnet werden (Kleibel & Mayer 2011). AND und OR sind Wörter, die in dieser Suchstrategie verwendet wurden und logische Verknüpfungen zwischen den Suchbegriffen darstellen. Bei der endgültigen Auswahl der Suchanfrage wurde auf MeSHTerms verzichtet, da durch mehrmaliges Probieren unterschiedlichster Suchstrategien ohne MeSHTerm die präziseren Ergebnisse erzielt werden konnten. Um alle Ergebnisse im Zusammenhang mit Pflegefachkräften zu erzielen wurden Trunkierungen (*) gesetzt.

Tabelle 1 – Suchanfrage in PubMed und Cinahl

PubMed	("decision making"[Title/Abstract] OR "autonomy"[Title/Abstract]) AND ("palliative care"[Title/Abstract]) AND (nurs*[Title/Abstract]) AND ("last 5 years"[PDat] AND (English[lang] OR German[lang]))
Cinahl	AB (decision making or autonomy) AND AB palliative care AND AB nurse

2.2 Auswahlprozess

In PubMed konnten nach der Literaturrecherche 199 Ergebnissen und in Cinahl 111 Ergebnisse erzielt werden. Im Programm Endnote X8 wurden die insgesamt 310 Studien auf Duplikate überprüft. Nach der Überprüfung wurden 74 Duplikate entfernt und es blieben 236 Studien übrig. Mittels Titel- und Abstract-Screening wurden 192 Studien, die nach dem Titel oder der Zusammenfassung nicht zur Forschungsfrage passten, gestrichen. Dabei blieben 44 Studien eingeschlossen. Zusammen mit den Ein- und Ausschlusskriterien wurde ein Fulltext-Screening durchgeführt. Es blieben 8 Studien übrig, die sich zur Erarbeitung des Themas eigneten. Ebenso wurde eine Handsuche in Google Scholar durchgeführt, welche keine geeigneten Treffer ergab. Für eine visuelle Verdeutlichung wurde ein Flowchart der Literaturrecherche nach dem Schema des PRISMA-Statements angelegt.

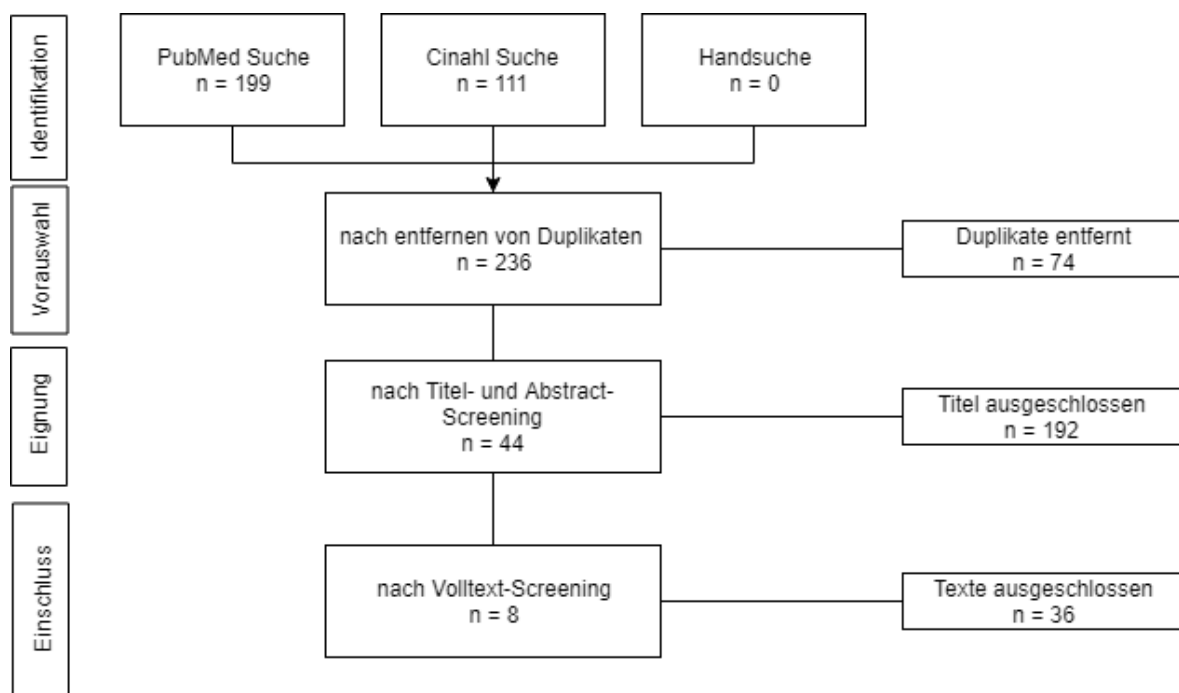


Abbildung 2- Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011).

2.3 Inhaltliche Ein- und Ausschlusskriterien

Zu den Einschlusskriterien zählten Patientinnen/Patienten jeglichen Geschlechts, die an einer unheilbaren, schweren Krankheit litten und sich am Ende ihres Lebens befanden. Ebenso mussten die Patientinnen/Patienten im Setting der Palliative Care betreut werden. Dies bezog sich auf alle Bereiche der Palliative Care, nämlich Palliativstationen, Hospize, mobile Palliativteams und Pflegeheime. In den Studien musste immer mindestens eine Pflegefachkraft miteinbezogen worden sein. Es wurden quantitative, qualitative und mixed-method Studien miteinbezogen. Artikel, Paper, Editoriale, Systematic Reviews sowie eigene Meinungen wurden ausgeschlossen. Wegen der besonderen Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten mit Demenz und kognitiven Einschränkungen wurden diese bei der Erhebung des Themas ausgeschlossen. Zu weiteren Ausschlusskriterien zählten minderjährige Patientinnen/Patienten. Bei der Recherche wurden Filter auf Sprache und Veröffentlichungsdatum gesetzt. Es wurden nur Studien in den Sprachen Englisch und Deutsch ausgewählt und die Veröffentlichung der Artikel wurde auf die letzten fünf Jahre limitiert.

2.4 Kritische Bewertung der Studien

Die Bewertung der Studien wurde mit dem Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) geprüft. Dieser kann zur Bewertung von sowohl qualitativen Studien als auch quantitativen Studien herangezogen werden. Der Bewertungsbogen umfasst neun Kapitel, die den Abschnitten einer wissenschaftlichen Publikation entsprechen:

- Abstract and title
- Introduction and aim
- Method and Data
- Sampling
- Data Analysis
- Ethics and bias
- Results
- Transferability or generalizability
- Implications and usefulness

Jede relevante Studie dieser Arbeit konnte in den einzelnen Kategorien mit Good = 4, Fair = 3, Poor = 2, Very poor = 1 and Lower scores = poor quality bewertet werden. Damit Studien in das Review eingeschlossen wurden, mussten sie 60% der maximalen Punkteanzahl erreichen. Es konnten alle acht Studien, die der

kritischen Bewertung unterzogen wurden, in diese Arbeit inkludiert werden. Die Bewertung der acht Studien ist im Anhang zu finden.

Im nachstehenden Kapitel werden nun die Ergebnisse dieses Reviews präsentiert.

3 Ergebnisse

In diesem Teil der Arbeit werden nun die Ergebnisse der ausgewählten Studien präsentiert. Zuerst wird ein Überblick über die Charakteristika der Studien gegeben und anschließend werden die Ergebnisse analysiert. Die Studie von Hernandez-Marrero et al. (2018) hebt drei Hauptakteure hervor, die am Entscheidungsprozess beteiligt sind. Diese sind *das Pflegeteam, die/der Patientin/Patient und die Familie*. Nach diesen drei Hauptakteurinnen/Hauptakteuren wird auch dieser Ergebnisteil gegliedert. Im Kapitel *Pflegeteam* zeigen die Ergebnisse, wie die Rolle der Pflege unterstützend wirkt, auf welche Werte die Pflegefachkräfte in der Entscheidungsfindung achten sollten und wie Ressourcenförderung Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben kann. Im Kapitel *Patientin/Patient* werden Möglichkeiten zur Unterstützung der Entscheidungsfindung der/des Patientin/Patienten dargestellt. Im Kapitel *Familie* wird schließlich darauf Bezug genommen, wie stark die Familie eine Rolle in der Entscheidungsfindung spielt.

3.1 Charakteristika der Studien

Das Design der Studien teilt sich in fünf qualitative Studien, zwei Studien mixed-method (qualitatives und quantitatives Design) und eine quantitative Studie auf. Die qualitativen Studien wurden in Deutschland, Portugal, Norwegen und Kanada durchgeführt, die mixed-method Studien und die quantitative Studie in den USA. Die Veröffentlichung der Studien fand in den letzten fünf Jahren, also im Zeitraum 2014–2019, statt. Die Studien wurden in unterschiedlichsten Bereichen von Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Krankenhäuser, Ambulanzen und Hospize waren die häufigsten Einrichtungen. Eine Studie wurde in öffentlichen sowie privaten Pflegeheimen durchgeführt. Die Erhebung der Studien fand immer mittels Interviews statt, vereinzelt zusätzlich mit Beobachtungen.

Tabelle 2 - Charakteristika der ausgewählten Studien

Autoren, Land	Titel	Forschungsziel	Studiendesig n	Setting, Stichprobe	Erhebung	Hauptergebnisse
Bakitas, M.; Dionne-Odom, J. N.; Jackson, L.; Frost, J.; Bishop, M. F. & Li, Z. 2017 USA	“There were more decisions and more options than just yes or no”: Evaluating a decision aid for advanced cancer patients and their family caregivers	Ziel war herauszufinden ob Patientinnen/Patienten durch das Ansehen von Videos und Broschüren einen Nutzen in der Entscheidungshilfe, genannt Looking Ahead, sehen, wenn diese direkt bei einer Neudiagnose angewendet wird.	Mixed- Method Study	Krankenhaus und Krebszentrum 57 Patientinnen/Patienten 20 Pflegerbetreuerinnen/ Pflegerbetreuer	Semistrukturierte Interviews über Telefon (Patientinnen/Patienten hatten 13 offene und 20 geschlossene Fragen. Care Givers hatten 11 geschlossene und 5 offene Fragen; digital aufgenommen)	Die Teilnehmerinnen/Teilnehmer gaben an, durch die Entscheidungshilfe (Looking Ahead), die mittels ansehen von Videos und Broschüren gegeben wurde, mehr Wissen über die Art erhalten zu haben, wie sie Entscheidungen treffen können.
Belanger, E. Rodriguez, C. Groleau, D. Legare, F. MacDonald, M. E. Marchand, R. 2016 Kanada	Patient participation in palliative care decisions: An ethnographic discourse analysis	Forschungsziel war zu erheben, wie Patientinnen/Patienten von ihren Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleistern in die Entscheidungsfindung miteinbezogen wurden.	Qualitative Studie	Krankenhaus, Ambulanz und Eigenheim 18 Patientinnen/Patienten (10 Frauen, 8 Männer), Alter zwischen 54 u. 88 Jahren. 6 Ärztinnen/Ärzte 2 Pflegefachkräfte	Beobachtungen mit 101 Feldnotizen und 24 Audioaufnahmen	Zur Entscheidungsfindung wurden folgende vier Repertoires eingesetzt: Unsicherheiten aufdecken, gemeinsames Konstruieren von Patientenwünschen, Bekräftigen der Patientenautonomie und Aufrechterhalten der Autorität der Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister.
Bollig, G. Gjengedal, E.	They know! Do they? A qualitative	Ziel war herauszufinden, welche	Qualitative Studie	Öffentliche und private Pflegeheime	Semistrukturierte Interviews	Die Bewohnerinnen/Bewohner

Rosland, J. H. 2016 Norwegen	study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes	Ansichten die Pflegeheimbewohnerinnen/Pflegeheimbewohner und ihre Angehörigen auf die Entscheidungsfindung, EOL-Care und Advance care-planning haben.		25 Pflegeheimbewohner/Pflegeheimbewohnerinnen 18 Angehörige		geben die Macht der Entscheidung lieber an Familienmitglieder, Pflegefachkräfte oder Ärztinnen/Ärzten ab.
Brohard, C. 2017 USA	Initial Efficacy Testing of an Autobiographical Memory Intervention on Advance Care Planning for Patients with Terminal Cancer	Ziel war es, zu überprüfen, ob durch Erinnerungen an den krebserkrankten Tod naher Angehöriger oder Freundinnen/Freunde, Probleme der/des Patientin/Patienten gelöst werden konnten und ob dies Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung in der Frühversorgung hat.	Quantitatives Design	Hospiz, Eigenheim 50 Teilnehmerinnen/Teilnehmer 25 in der Kontrollgruppe und 25 in der Versuchsgruppe	Interviews	Das Hervorrufen persönlicher Erinnerungen an den krebserkrankten Tod naher Angehöriger oder Freundinnen/Freunde erleichtert die Entscheidungsfindung und die Kommunikation darüber.
Dillworth, J.; Dickson, V. V.; Mueller, A.; Shuluk, J.; Yoon, H. W. & Capezuti, E. 2016 USA	Nurses' perspectives : hospitalized older patients and end-of-life decision-making	Ziel war es, die wichtigsten Fragen bezüglich Entscheidungsfindung in der Palliative Care und EOL Care und deren Rahmenbedingungen zu identifizieren	Mixed-Method Study	156 Krankenhäuser 393 Pflegefachkräfte	Fragebogen	Kommunikationsprobleme zwischen Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister und Patientinnen/Patienten und Familie beeinflussen den Entscheidungsprozess. Verbesserungen der Ressourcen gewähren eine adäquate Palliative Care und einen angemessenen Entscheidungsprozess.

<p>Hernandez-Marrero, P.; Fradique, E. & Pereira, S. M. 2018</p> <p>Portugal</p>	<p>Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis</p>	<p>Ziel war es, zu erheben welche ethischen Grundsätze in der Entscheidungsfindung für Pflegefachkräfte am wichtigsten waren und ob diese mit dem Rahmen und den Empfehlungen des Leitfadens übereinstimmten.</p>	<p>Qualitative Sekundär-analyse</p>	<p>Palliative Care</p> <p>32 Pflegefachkräfte</p>	<p>Interviews</p>	<p>Pflegefachkräfte sind stark an der Entscheidungsfindung beteiligt. Autonomie und Gerechtigkeit sind für Pflegefachkräfte die wichtigsten ethischen Prinzipien für die Entscheidungsfindung.</p>
<p>Pfeil, T. A. Laryionava, K. Reiter-Theil, S. Hiddemann, W. Winkler, E. C. 2015</p> <p>Deutschland</p>	<p>What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key</p>	<p>Ziel war herauszufinden was Kommunikationsprobleme auslöst und welche Rolle Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachkräfte in EOL-Gesprächen einnehmen.</p>	<p>Qualitative Studie</p>	<p>Krankenhaus</p> <p>12 Ärzte/Ärztinnen (4 Männer, 8 Frauen), Alter zwischen 30 u. 65 Jahren</p> <p>6 Krankenschwestern (weiblich), Alter zwischen 30 u. 50 Jahren</p>	<p>Semistrukturierte Interviews</p>	<p>Kommunikationslücken beeinflussen die Entscheidungsfindung. Pflegefachkräfte nehmen eine proaktive Rolle bei sterbenden Patientinnen/Patienten ein.</p>
<p>Walker, A & Breitsameter, C 2015</p> <p>Deutschland</p>	<p>Ethical decision-making in hospice care</p>	<p>Ziel war zu erheben, was ethisch relevante Fragen in Hospizen sind und wie Entscheidungsträgerinnen/Entscheidungsträger in den Entscheidungsprozess eingebunden werden.</p>	<p>Qualitatives Design</p>	<p>Hospiz</p> <p>14 Pflegefachkräfte</p> <p>3 Altenpflegerinnen/Altenpfleger</p> <p>1 Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter</p>	<p>Semistrukturierte Interviews, Beobachtungen</p>	<p>Entscheidungsprozesse im Pflorgeteam finden individuell und kollektiv statt. Der individuelle Handlungsspielraum beschränkt sich auf die eigenen Kompetenzen in der Pflege.</p>

3.2 Pflorgeteam

In der qualitativen Studie von Pfeil et al. (2015) wurden in semistrukturierten Interviews 18 Ärztinnen/Ärzte und sechs Pflegefachkräfte zur Rolle der Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister in der Entscheidungsfindung befragt. Es wurde näher erläutert, wie Pflegefachkräfte ihre Rolle sahen, wenn sie eine/einen Patientin/Patienten in der Entscheidungsfindung unterstützten. Die Ergebnisse zeigen, dass Pflegefachkräfte kaum Schwierigkeiten hatten, eine proaktive Haltung gegenüber den Patientinnen/Patienten einzunehmen. Sie berichteten über positive Emotionen seitens der Patientinnen/Patienten, wenn die Pflegefachkräfte am Lebensende nahe an deren Seite standen. Sie nannten verschiedene Möglichkeiten, mit denen sie ihre Patientinnen/Patienten unterstützen können, unter anderem frühzeitiges Einleiten von End-of-Life Gesprächen, Unterstützung beim Bewältigungsprozess, Integration der Familie und Eingehen auf die Wünsche der/des Patientin/Patienten. Durch die offene und ungezwungene Kommunikation zwischen den Pflegenden und Patientinnen/Patienten spielten die Pflegefachkräfte im Verstehen der Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten eine wichtige Rolle.

2014 veröffentlichte das Committee on Bioethics of the Council of Europe einen Leitfaden für den Entscheidungsprozess über die medizinische Behandlung in End-of-Life-Situationen. Dieser Leitfaden zielt darauf ab, die Entscheidungsprozesse für das medizinische Fachpersonal zu verbessern. Der Leitfaden definiert Bezugspunkte für den Entscheidungsprozess, führt ethische und normative Nachschlagewerke und klinische Praktiken zusammen und trägt zur allgemeinen Diskussion über den Entscheidungsprozess bei. Pflegefachkräfte werden im Leitfaden nicht explizit erwähnt, obwohl sie die größte Gruppe im Gesundheitswesen darstellen. Im Zuge einer qualitativen Studie führte Hernandez-Marrero et al. (2018) 32 Interviews mit Pflegefachkräften, um herauszufinden welche ethischen Prinzipien sie am meisten in Bezug auf die Entscheidungsfindung schätzen und ob diese mit dem Leitfaden des Komitees übereinstimmen. Die Studie ergab, dass die Autonomie der Patientinnen/Patienten für die Pflegefachkräfte im Entscheidungsprozess das wichtigste Prinzip darstellt. Sie legten darauf Wert, die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten erfüllen zu können. Zu Hause

zu sterben oder noch einmal bei wichtigen Ereignissen von Familienmitgliedern dabei zu sein, zählten unter anderem zu den Wünschen und Präferenzen der Patientinnen/Patienten. Die Gerechtigkeit, vor allem in Zusammenhang mit Familienmitgliedern, war für die Pflegefachkräfte das zweitwichtigste ethische Prinzip. Die Gerechtigkeit bezieht sich dabei auf die Betreuung und Pflege von jedem, der Hilfe benötigt. Sie betonten, dass sie nicht nur Patientinnen/Patienten pflegen, sondern auch die Familienmitglieder betreuen. Weitere ethische Werte, die nicht im Leitfaden vorkamen, von Pflegefachkräften aber für ebenso wichtig empfunden wurden, waren Verantwortung, Integrität, Würde, Werte des Vertrauens, Mitgefühl und Pflege. Die Analyse der qualitativen Studie verdeutlicht mit 23 Interviews und 29 Zitaten von 32 Teilnehmerinnen/Teilnehmern, dass der Entscheidungsprozess interdisziplinäre und kollektive Ansätze beinhaltet. Es sind sowohl Ärztin/Arzt und Patientin/Patient am Prozess beteiligt, ebenso wie Pflegefachkräfte und Familie. Pflegefachkräfte betonten, dass alle getroffenen Entscheidungen immer gemeinsam mit allen am Prozess beteiligten Parteien getroffen wurden. Andere Pflegefachkräfte betonten, dass ethische Entscheidungen nie allein, sondern immer gemeinsam im Team besprochen und getroffen wurden.

Dillworth et al. (2016) erfragten mittels Fragebogen in ihrer mixed-method Studie, wie Rahmenbedingungen und Kommunikation die Entscheidungsfindung beeinflussen. Mittels Fragebogen konnte erhoben werden, dass vor allem die unrealistischen Erwartungen von Patientinnen/Patienten und ihren Angehörigen problematisch sind. Diese werden durch eine schlechte Kommunikation verursacht und behindern den Entscheidungsprozess der Patientinnen/Patienten erheblich. Durch mehrdeutige oder irreführende Kommunikation hatten Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen Schwierigkeiten, Prognosen zu verstehen. Der/Dem Patientin/Patienten wurde beispielsweise nicht mitgeteilt, was die Vorteile einer palliativen Versorgung sind und dadurch wurde die Aufnahme der/des Patientin/Patienten in die palliative Versorgung blockiert. Die Patientinnen/Patienten hatten aufgrund der schlechten Kommunikation unrealistische Vorstellungen in Hinblick auf Therapien, Heilung oder Wunder. Sie entschieden sich deshalb oft für lebensverlängernde Maßnahmen, wodurch der Schutz der Lebensqualität verloren ging. Die Patientinnen/Patienten und Angehörige wurden nicht ausreichend darüber aufgeklärt, was Lebensqualität und Lebensverlängerung bedeutet, das Akzeptieren

einer negativen Prognose wäre aber für den Entscheidungsprozess wichtig. Darüber hinaus gaben die Pflegefachkräfte an, dass sie vor allem zeitliche Ressourcen und Schulungen benötigen, um die Entscheidung der Patientinnen/Patienten zu unterstützen und die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen zu erfüllen. Für die Beachtung der Autonomie, Wünsche und Bedürfnisse sehen sie sich als Sprachrohr der Patientinnen/Patienten. Eine Pflegefachkraft beklagte, dass eine vollständige Aufklärung und Diskussion über die Bedeutung der Nicht-Wiederbelebung, aufgrund der fehlenden Zeit, schwierig sei. „Eine Ressourcenförderung hinsichtlich der Kommunikation durch Schulungen würde dem gesamten Personal mehr Kompetenzen bringen“, betonte eine andere Pflegefachkraft im Interview.

Die Studie von Pfeil et al. (2015) zeigt auf, wie durch Kommunikationslücken die Beteiligung der Patientinnen/Patienten an der Entscheidungsfindung behindert wurde. Die Pflegefachkräfte berichteten von mangelhafter Aufklärung seitens der Ärztinnen/Ärzte über den Krankheitszustand der/des Patientin/Patienten. Wegen schlechter Kommunikation entstanden zwischen Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleistern und Patientinnen/Patienten unrealistische Erwartungen. Wie bereits in der Studie von Dillworth et al. (2016) wurde auch in dieser Studie die Ressourcenförderung genannt, um den Entscheidungsprozess zu fördern.

3.3 Patientin/Patient

Belanger et al. (2016) haben sich in einer qualitativen Studie mit dem Thema befasst, warum die Beteiligung der Patientinnen/Patienten an der Entscheidungsfindung wichtig ist, um eine angemessene Entscheidung zu treffen. Sie ermittelten aus unterschiedlichen Repertoires, was es bedeutet, gemeinsame Entscheidungen zu treffen und warum Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister gemeinsam mit Patientinnen/Patienten Entscheidungen fällen sollten. Es wurden alle Beteiligten eines Entscheidungsprozesses in die Studie mitaufgenommen: Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachkräfte sowie die Patientinnen/Patienten und ihre Angehörigen. Die durchgeführten Beobachtungen ergaben, dass durch aktive Diskussion und dem

Anbieten unterschiedlichster Möglichkeiten die Pflegefachkräfte zusammen mit den Patientinnen/Patienten deren Präferenzen festlegen konnten. Die Pflegenden machten die Patientinnen/Patienten auf die Bedeutung der Patientenautonomie aufmerksam und darauf, dass es ihr Leben und ihr Recht ist, Entscheidungen zu treffen. Sie vermittelten der/dem Patientin/Patienten, dass es egal sei, wofür oder wie Entscheidungen getroffen werden, am Ende zähle die Zufriedenheit mit ihrer Entscheidung. Die Autorität der Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister, die in der Studie mit medizinischer Expertise gleichgesetzt wurde, konnten die/den Patientin/Patienten in der Entscheidungsfindung beeinflussen. Basierend auf dem vermittelten Fachwissen und den Empfehlungen legten die Patientinnen/Patienten ihre Präferenzen fest. Die Autorität des Gesundheitspersonals beeinflusste das Vertrauen der Patientinnen/Patienten in die Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister teilweise sogar so weit, dass sie die Entscheidungsfindung an die Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister abschoben. Darüber hinaus gab das Gesundheitspersonal an, Schwierigkeiten bei der Unterstützung der Entscheidungsfindung zu haben, wenn es zu Fragen der Patientinnen/Patienten keine Forschungserkenntnisse gab und somit nur schwer oder keine Antworten aus medizinischer und pflegerischer Sicht gegeben werden konnten. Ein aktives Hinweisen auf den Mangel an medizinischen Erkenntnissen löste bei den Patientinnen/Patienten und Angehörigen hingegen eine aktive Beteiligung aus, sodass diese begannen, selbst abzuwägen, was für sie am besten wäre.

In der qualitativen Studie von Walker & Breitsameter (2015) wurden mittels Interviews und Beobachtungen von Pflegefachkräften der Ablauf des Entscheidungsprozesses und der Entscheidungsspielraum der Pflegefachkräfte erforscht. Die Pflegefachkräfte trafen ihre Entscheidungen im Team gemeinsam (kollektiv) oder für sich selbst (individuell). Die gemeinsamen Entscheidungen waren die Ergebnisse eines Diskussionsprozesses. Während der Gruppendiskussionen konnten die Pflegefachkräfte ihr erlangtes Wissen über die/den Patientinnen/Patienten, also welche Wünsche, Bedürfnisse oder Präferenzen sie/er hat, austauschen und an ihre Kolleginnen/Kollegen weitergeben. Die individuellen Entscheidungen trafen die Pflegefachkräfte zusätzlich bei pflegerischen Tätigkeiten. Der Entscheidungsspielraum der Pflegefachkräfte ist

allerdings eingeschränkt. Sie müssen sich an den wichtigsten Maßstab, die Autonomie der Patientinnen/Patienten, halten. Die Pflegefachkräfte sahen das Erfüllen der Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten als den wichtigsten Part in den täglichen Pflegeaktivitäten an. Pflegefachkräfte müssen die Entscheidungen der Patientinnen/Patienten respektieren, auch wenn sie diese persönlich nicht immer nachvollziehen können. Um die Autonomie der/des Patientin/Patienten zu wahren, darf diese nicht angegriffen werden. Dies kann passieren, wenn die Pflegefachkräfte aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung Patientinnen/Patienten bevormunden, weil sie denken, dass sie damit die Lebensqualität der/des Patientin/Patienten verbessern. Die Patientinnen/Patienten sollen über die unterschiedlichen Optionen beraten werden. Möchte die/der Patientin/Patient zum Beispiel keine Medikation einnehmen, ist dies seitens der Pflegefachkräfte zu akzeptieren. Die autonome Entscheidung wird respektiert, indem die Pflegefachkräfte die Entscheidungen der Patientinnen/Patienten respektieren und alternative Behandlungs- und Therapieformen aus ihrem Kompetenzbereich anbieten.

In der mixed-method Studie von Bakitas et al. (2017) wurde eine Entscheidungshilfe (Looking Ahead Patient Decision Aid Program, Looking Ahead PtDA) getestet. Den Patientinnen/Patienten wurde das Looking Ahead PtDA Programm zugesandt, welches eine DVD und eine Broschüre enthielt, die sie ansehen konnten. Es wurden folgende Ergebnisse nach Befragung von 57 Patientinnen/Patienten und 20 Pflegefachkräften bekannt: Viele der Patientinnen/Patienten fühlten sich nach Looking Ahead PtDA umfassender informiert und das Bewusstsein über die Möglichkeiten der Entscheidung stieg, wodurch sie auch mehr Mut hatten, bei Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleistern nachzufragen. Sie gaben an, ein umfangreicheres Wissen erhalten zu haben und nun den Unterschied zwischen Hospiz und Palliative Care zu kennen und zu wissen, welche verschiedenen Möglichkeiten sich dadurch für sie ergeben. Pflegefachkräfte sagten, dass sie mit dem Programm Patientinnen/Patienten und Familien mehr einbeziehen und involvieren können und dadurch die Entscheidungsfindung unterstützen können. Die Teilnahmequote an Shared Decision Making erhöhte sich und die Entscheidungskonflikte reduzierten sich. Es wird durch das Programm der/dem Patientin/Patienten auch bewusst, dass Entscheidungen nicht endgültig sind,

sondern immer revidiert werden können. Die Weiterempfehlung unter den Pflegefachkräften lag bei 100% und bei den Patientinnen/Patienten bei 93%.

Brohard (2017) führte eine quantitative Studie durch, um herauszufinden, ob „Autobiographical Memory Intervention“ („ABM Intervention“) Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung in Bezug auf die zukünftige Versorgungsplanung hat. Mittels ABM war bereits in anderen Disziplinen versucht worden, Probleme mithilfe persönlicher Erinnerungen zu lösen. Die/der Patientin/Patient soll eine Situation in ihrer/seiner Vergangenheit abrufen und das, was sie/er daraus gelernt hat, für ihre/seine aktuelle Situation nutzen. Das Forschungsteam wählte nach einem quasi-experimentellen Ansatz 25 Teilnehmerinnen/Teilnehmer einer Kontrollgruppe und 25 Teilnehmerinnen/Teilnehmer einer Versuchsgruppe aus. Nur die Teilnehmerinnen/Teilnehmer der Versuchsgruppe wurden der ABM Intervention unterzogen. Sie wurden entlang eines fixen Gesprächsleitfadens zu Erinnerungen an den krebisbedingten Tod naher Angehöriger oder Freundinnen/Freunde befragt. In einem zweiten Schritt nahmen sowohl Kontrollgruppe als auch Versuchsgruppe an einer Umfrage zur zukünftigen Versorgungsplanung teil. Die Umfrage beinhaltete folgende elf Themen:

1. Patientenverfügung
2. Beatmungsgerät
3. Sauerstoff
4. Ernährungssonde
5. IV-Therapie
6. Bluttransfusionen
7. Antibiotika
8. Stellvertreterinnen/Stellvertreter
9. außerklinische
Reanimationsform
10. Reanimation
11. Notruf

In elf Fragen wurden die Teilnehmerinnen/Teilnehmer gefragt, wie wahrscheinlich sie eine Entscheidung in Bezug auf das jeweilige Thema treffen werden (1 für "überhaupt nicht wahrscheinlich", 5 für "sehr wahrscheinlich" und 6 für "erledigt"). In weiteren elf Fragen bewerteten die Teilnehmerinnen/Teilnehmer, wie wahrscheinlich sie ihre jeweilige Entscheidung einem Ersatzentscheidungsträger mitteilen werden. Im Allgemeinen lagen die Ergebnisse für die Entscheidung bei Werten von 3-5 und für die Kommunikation der Entscheidung bei Werten von 2-5. Die Versuchsgruppe, die vor der Umfrage zu den elf Themen mittels ABM befragt worden war, hatte im Gegensatz zur Kontrollgruppe, die nicht mittels ABM befragt wurde, eine statistisch signifikante, höhere Wahrscheinlichkeit ihre Entscheidung über Antibiotika mit einem Ersatzentscheidungsträger zu kommunizieren. Bei fünf weiteren Punkten konnte eine bedeutend höhere Wahrscheinlichkeit festgestellt werden:

- Entscheidungsfindung bei Ernährungssonden
- Entscheidungsfindung bei IV-Therapie
- Kommunikation der Entscheidung über Ernährungssonden
- Kommunikation der Entscheidung über Bluttransfusionen
- Kommunikation der Entscheidung über außerklinische Reanimationsform

Die Ergebnisse zeigen, dass einige Entscheidungen durch die Anwendung der ABM Intervention erleichtert werden können. Es zeigte sich, dass mit Hilfe von Erinnerungen und erlebten Ereignissen Patientinnen/Patienten Lösungen für ihre eigenen Probleme und Entscheidungen finden können. Laut Ergebnissen ist die ABM Intervention ungefährlich, schnell und einfach durchzuführen. Sie kann von Pflegefachkräften sowohl individuell als auch mit Familie und Freundinnen/Freunden der/des Patientin/Patienten durchgeführt werden.

3.4 Familie

In der Studie von Hernandez-Marrero et al. (2018) wird von den Pflegefachkräften als zweitwichtigstes ethisches Prinzip die Gerechtigkeit gegenüber den Familienmitgliedern genannt. Gerechtigkeit bedeutet in diesem Fall, nicht nur die Patientinnen/Patienten zu unterstützen, sondern auch die Familie

miteinzubeziehen, da sie ebenso am Prozess beteiligt sind. Ein weiteres Ergebnis der Studie von Dillworth et al. (2016) ist, dass sich die Pflegefachkräfte als Vermittler zwischen der Familie und der/dem Patientin/Patienten sehen. Unstimmigkeiten zwischen den Patientinnen/Patienten und ihren Familienmitgliedern beziehungsweise das Fehlen von familiärer Beteiligung verzögert die Entscheidungsfindung und löst Konflikte mit dem Personal aus. Angehörige äußerten, dass sie die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Liebsten nicht immer kennen und dadurch Schwierigkeiten haben, eine Entscheidung zu treffen. Eine qualitative Studie von Bollig et al. (2016) beschäftigte sich mit den Bewohnerinnen/Bewohnern eines norwegischen Pflegeheims zum Thema Entscheidungsfindung zusammen mit ihren Angehörigen. Daten wurden mittels Interviews von 12 Angehörigen und 25 Bewohnerinnen/Bewohner erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bewohnerinnen/Bewohner eines norwegischen Pflegeheims von der Annahme ausgingen, dass die gemeinsame Entscheidungsfindung (SDM) unter den Angehörigen und Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister, ohne Einbezug der Bewohnerinnen/Bewohner, üblich sei. Angehörige fühlten sich jedoch mit der Aufgabe, Entscheidungen für die/den Patientin/Patienten zu treffen, überfordert. Sie äußerten die Problematik, die Wünsche und Bedürfnisse ihrer Angehörigen nicht zu kennen und fanden es daher belastend, eine Entscheidung zu treffen. Dadurch versuchten sie, wichtige gesundheitsbezogene und lebensrettende Entscheidungen zu umgehen. Wenn Entscheidungen getroffen werden müssen, ohne zu wissen, was die Bewohner wollen, kommt es zu Konflikten. Dies kann zu einer moralischen Belastung für alle Beteiligten führen. Viele Angehörige wollen nicht allein die Entscheidung treffen, sondern bevorzugen es, Entscheidungen gemeinsam mit dem Team zu treffen.

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, herauszufinden, wie Pflegefachkräfte ihre Patientinnen/Patienten in der Entscheidungsfindung im Setting der Palliative Care unterstützen können. Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, sind Pflegefachkräfte an der Entscheidungsfindung stark beteiligt. Durch ihre Nähe zur/zum Patientin/Patienten ist die Pflegefachkraft ihr/ihm vertraut und kennt ihre/seine Präferenzen. Die Wahrung der Wünsche und Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten geht in den Studien als wichtiger Aspekt bei der Entscheidungsfindung hervor. Durch ein qualifiziertes Kommunikationsverhalten können diese Prinzipien, Wünsche und Bedürfnisse von den Pflegefachkräften wahrgenommen werden. Die Kommunikation ist der wichtigste Faktor um die/den Patientin/Patienten in der Entscheidungsfindung zu unterstützen (Walker & Breitsameter 2015, Hernandez-Marrero et al. 2018, Dillworth et al. 2016). Im folgenden Teil werden nun die Ergebnisse mit weiterer Literatur verglichen.

Ein Problem stellt immer wieder die Kommunikation bei der Entscheidungsfindung dar. Durch mangelhafte Kommunikation zwischen der/dem Ärztin/Arzt bzw. den Pflegefachkräften und der/dem Patientin/Patienten und dessen Angehörigen werden falsche Erwartungen und Hoffnungen bei Patientinnen/Patienten erweckt, die zu falschen Entscheidungen führen können. Es kommt zu sogenannten Kommunikationslücken. Durch Schulungen über Kommunikation in der Palliative Care würde das gesamte Personal mehr Kompetenzen in diesem wichtigen Bereich erlangen, sodass die Entscheidungsfindung der Patientinnen/Patienten mehr unterstützt werden kann (Pfeil et al. 2015; Dillworth et al. 2016). So wird auch bei Wilkinson et al. (1998) erwähnt, dass die Kommunikation zwischen Pflegefachkräften und Patientinnen/Patienten ein Hauptaspekt in der Palliative Care ist. Sie thematisierten, dass Kommunikationsprobleme in der klinischen Praxis verbreitet sind und die Kommunikationsfähigkeiten sich bei den Pflegefachkräften in den letzten Jahren nicht verbessert haben. Die Studie von Wilkinson et al. (1998) testete über mehrere Monate die Anwendung eines integrierten Kommunikationsprogrammes zusammen mit Pflegefachkräften. Es konnten wesentliche Verbesserungen in den Kommunikationskompetenzen der Pflegefachkräfte festgestellt werden. Um effektive Verbesserungen der

Kommunikationsfähigkeiten zu erreichen, sollten weiterführende Kurse besucht werden, die sich auf die aktuellen Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten der Pflegefachkräfte konzentrieren, um diese zu verbessern. Dadurch wird es Pflegefachkräften wiederum ermöglicht, die Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten zu erforschen, das Selbstbewusstsein zu stärken und eigene Kenntnisse und Fähigkeiten zu entwickeln. Die Schulungen wurden mittels Audio- und Videodemonstrationsbändern und Rollenspielen mit simulierten Patientinnen/Patienten durchgeführt. Daraus lässt sich schließen, dass nicht nur die Verbesserung der verbalen Kommunikation nützlich ist, sondern auch das Anwenden anderer Kommunikationsmedien nützlich sein kann, um Hindernisse in der Entscheidungsfindung zu überwinden (Bakitas et al. 2011).

Durch die Nähe, die Pflegefachkräfte zur/zum Patientin/Patienten haben, konnten diese auch Kommunikationslücken feststellen, die durch ungenaue oder missverständliche Gespräche mit den betreuenden Ärztinnen/Ärzten entstanden. Nicht nur das Verbessern von Kommunikationsfähigkeiten kann Kommunikationsprobleme vermeiden, es bräuchte auch eine wirksamere Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen/Ärzten und Pflegefachkräften. Denn wenn Pflegefachkräfte Missverständnisse bei den Patientinnen/Patienten hinsichtlich ihrer Prognosen bemerken, sollten diese die Ärztinnen/Ärzten auf Wissenslücken hinweisen können (Dillworth et al. 2016, Hernandez-Marrero et al. 2018). Wie die Studie von Hernandez-Marrero et al. (2018) aufzeigt, sind Patientin/Patient, Ärztin/Arzt, Pflegefachkräfte und Angehörige am Entscheidungsprozess beteiligt und treffen gemeinsam Entscheidungen. Vor allem ethische Entscheidungen werden nicht einzeln getroffen. Während im Guide27, dem Leitfaden vom Committee on Bioethics of the Council of Europe zur Entscheidungsfindung, Pflegefachkräfte nicht explizit miteinbezogen werden, wurde in der Studie von Hernandez-Marrero et al. (2018) erwähnt, dass Pflegefachkräfte sehr wohl an den Entscheidungen beteiligt sind und diese in einem so genannten Shared Decision Making Prozess (SDM Prozess) gemeinsam getroffen werden. Obwohl es in den Ergebnissen der eingeschlossenen Studien dieses Reviews keine ausführlichen Ergebnisse zum SDM Prozess zusammen mit Pflegefachkräften gab, wurde immer wieder von einem „gemeinsamen Treffen von Entscheidungen“ gesprochen.

In der Studie von Stacey et al. (2008) wird betont, dass im SDM Prozess alle Gesundheitsdienstleisterinnen/Gesundheitsdienstleister die Aufgabe haben, die Optionen hinsichtlich der Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten zu identifizieren, Entscheidungskonflikte zu prüfen, den Entscheidungsbedarf der Patientinnen/Patienten zu ermitteln und Entscheidungshilfen bereitzustellen. Der SDM Prozess ist vor allem für Pflegefachkräfte eine Möglichkeit, die Entscheidungsfindung einer/eines Patientin/Patienten zu unterstützen und Kommunikationslücken zu verhindern.

Bakitas et al. (2011) zeigten auf, dass es in SDM Prozesse eine ethische Notwendigkeit ist, Ärztin/Arzt und ihre Familien in die Entscheidungsfindung miteinzubeziehen. Es wird die Bedeutung der Pflegefachkräfte im SDM Prozess betont, weil sie der/dem Patientin/Patienten jede Gelegenheit bieten können, eine aktive Rolle bei der Entscheidungsfindung zu übernehmen, so wie sie/er es wünscht.

Im Zusammenhang mit SDM Prozessen stehen unter anderem auch Konzepte und Techniken wie Entscheidungscoaching und Entscheidungshilfen, die von Pflegefachkräften angewandt werden können (Bakitas et al. 2011). Da Pflegefachkräfte in der Entscheidungsfindung unterstützend und neutral sein sollten, eignen sie sich als Entscheidungscoach. Sie können das Coaching von Angesicht zu Angesicht (Einzelperson, Gruppe) oder unter Einsatz von Kommunikationstechnologien (Telefon, Internet) oder auch in Kombination mit Entscheidungshilfen für Patientinnen/Patienten durchführen. Pflegefachkräfte helfen mit dem Coaching den Patientinnen/Patienten, indem sie gemeinsam die Entscheidungsfindung vollständig umsetzen, damit die Patientinnen/Patienten mögliche Ergebnisse abwägen können. Sie haben eine vorteilhafte Position, um das Entscheidungscoaching anzubieten. Durch die Fähigkeiten eines Entscheidungscoaches können wichtige Unterschiede in der Qualität von Entscheidungen aufgezeigt werden (Stacey et al. 2008). Ergebnisse zu Entscheidungscoaching kamen in den inkludierten Studien dieses Literaturreviews nicht vor, obwohl diese in der Vergleichsliteratur eine Relevanz für die Entscheidungsfindung darstellen.

Im Gegensatz zum Entscheidungscoaching gibt es mehrere Ergebnisse in den einbezogenen Studien dieses Literaturreviews bezüglich Entscheidungshilfen wie in der Studie von Bakitas et al. (2017). Die von Pflegefachkräften und Patientinnen/Patienten angewendeten Entscheidungshilfen wurden als sehr unterstützend empfunden. Pflegefachkräfte können durch die Anwendung der Entscheidungshilfen wie Looking Ahead PtDA und ABM Intervention den Entscheidungsprozess der Patientinnen/Patienten unterstützen. Durch die Involvierung der Patientinnen/Patienten konnten die Pflegefachkräfte aktiv am Prozess der Entscheidungsfindung teilnehmen. Das bewirkte in der Praxis eine Verbesserung bei den Patientinnen/Patienten hinsichtlich des Wissens über das Thema Entscheidungsfindung. Sie erfuhren durch die Entscheidungshilfen, welche Optionen sie im Entscheidungsprozess haben. Dadurch reduzierten sich Entscheidungskonflikte und die Zahl der Unschlüssigkeiten (Bakitas et al. 2017).

Die Studie von Hernandez-Marrero et al. (2018) erwähnt die Familie als wichtigen Akteur im Prozess der Entscheidungsfindung. In weiteren Ergebnissen dieses Literaturreviews wird immer wieder die Familie genannt, aber nicht darauf eingegangen, wie die Familie von den Pflegefachkräften einbezogen werden kann und was die Familie benötigt, um angemessen in den Prozess involviert zu sein (Bollig et al. 2016; Dillworth et al. 2016). Auch wie Pflegefachkräfte von der Beteiligung der Familienangehörigen profitieren können, wird nicht angeführt. In Hernandez-Marrero et al. (2018) wird erwähnt, dass die Familie den Pflegefachkräften helfen kann, die Wünsche und Bedürfnisse der Patientinnen/Patienten zu erkennen, um eine adäquate Unterstützung leisten zu können. Auch die Studie von Laryionava et al. (2018) zeigt auf, wie wenig Studien es über die Zweckmäßigkeit und Schwierigkeiten der Integration von Angehörigen in den Entscheidungsprozess gibt. Seitens der Familie kann es dazu kommen, dass Druck auf Patientinnen/Patienten ausgeübt wird Behandlungen oder Therapien durchzuführen, die den eigentlichen Wünschen oder Bedürfnissen der/des Patientin/Patienten nicht entsprechen. Daher haben Familien einen großen Einfluss auf die Entscheidungsfindung der Patientinnen/Patienten, was sie wiederum daran hindern kann, ihre Situation zu akzeptieren. Darauf ist zurückzuführen, dass die Patientinnen/Patienten mehr nach Lebenserwartung als nach Lebensqualität streben. Infolgedessen sollten Pflegefachkräfte Familienangehörige frühzeitig über

die Prognose informieren. Das Einbeziehen in die Behandlungsmöglichkeiten kann für die Pflegefachkräfte den Übergang in eine unterstützende Pflege erleichtern.

Glajchen & Goehring (2017) erwähnten unter anderem, dass es wichtig sei die Familienstrukturen zu kennen, um die Erwartungen, Wünsche und Bedürfnisse der Angehörigen interpretieren zu können. Durch das Erkennen dieser Strukturen lassen sich Konflikte und falsche Hoffnungen vermeiden. Es liegt in der Natur ihrer Position, dass Pflegefachkräfte mehr Zeit mit den Patientinnen/Patienten und deren Angehörigen verbringen als andere Disziplinen im Gesundheitswesen. Sie spielen eine zentrale Rolle bei der Unterstützung der Familien bei der Verarbeitung der medizinischen Information. Das Familientreffen ist ein Instrument in der Palliative Care, an welchem auch Pflegefachkräfte teilnehmen können. Dadurch können sie Hoffnung und Realismus in Übereinstimmung bringen und eine Pflege durchführen, die patientinnen-/patienten- und pflegeorientiert ist (Glajchen & Goehring 2017).

Das Fehlen von Zeit stellt eine Behinderung der Unterstützung im Entscheidungsprozess dar. Zeitmangel kann Lücken in der Aufklärung hinterlassen und wichtige Diskussionen können nicht geführt werden. Es benötigt auch Zeit, die Wünsche und Bedürfnisse der/des Patientin/Patienten zu erkennen, da Patientinnen/Patienten diese oft nicht direkt ausdrücken, sondern auf einer sogenannten Metaebene kommunizieren (Dillworth et al. 2016, Pfeil et al. 2015). Das Fehlen von Zeit in schwierigen und stressigen Situationen behindert eine angemessene Unterstützung für Patientinnen/Patienten und Familienmitglieder in der Palliative Care. Pflegefachkräfte berichteten, dass sie durch den Zeitmangel oft nicht genug Unterstützung in der Palliative Care anbieten können. Dies beeinflusst die Fähigkeiten der Pflegefachkräfte und den Vertrauensaufbau zu den Patientinnen/Patienten. Zeitliche Einschränkungen sollten in Einrichtungen für Sterbende vermieden werden, da sie das Wohlbefinden stören und Schwierigkeiten in der Unterstützung auslösen. Dadurch können bei Pflegefachkräften Frustrationen entstehen. Ausreichend zeitliche Ressourcen sind unerlässlich für eine adäquate Palliative Care, um das Vertrauen zu Patientinnen/Patienten und Angehörigen aufzubauen (Sekse et al. 2018).

5 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieses Reviews haben gezeigt, dass das Erkennen, Wahrnehmen und Berücksichtigen der Wünsche und Bedürfnisse von Patientinnen/Patienten durch Pflegefachkräfte wichtig ist, damit die/der Patientin/Patient eine angemessene und autonome Entscheidung treffen kann. Pflegefachkräfte benötigen daher erweiterte Kommunikationsfähigkeiten, um die Wünsche und Bedürfnisse der/des Patientinnen/Patienten zu erkennen und zu unterstützen bzw. zu erfüllen. Als weitere Einflussfaktoren zur Unterstützung wurden zeitliche Ressourcen, die Familienstruktur und Entscheidungshilfen sowie Entscheidungscoaching genannt. Durch eine stärkere Einbeziehung der Pflegefachkräfte in die gemeinsame Entscheidungsfindung im interdisziplinären Bereich könnten sich Kommunikationslücken und Wissenslücken bei Patientinnen/Patienten und Angehörigen vermeiden lassen. Es könnten falsche Hoffnungen seitens der Patientinnen/Patienten vermieden und eine frühzeitige Unterstützung in der Entscheidungsfindung durch Pflegefachkräfte aus dem Setting der Palliative Care begonnen werden. Dadurch kann für eine adäquate Lebensqualität der Patientinnen/Patienten bis zum Ende ihres Lebens gesorgt werden.

6 Stärken und Limitationen

Eine Stärke ist, dass die einbezogenen Artikel sehr aktuell sind, weil nur Studien der letzten fünf Jahre berücksichtigt wurden. Als Limitation dieser Arbeit kann die Suche in nur zwei Datenbanken, PubMed und Cinahl, gesehen werden.

7 Praxis und Forschungsempfehlungen

Praxisempfehlung: Es benötigt zusätzlich zu ihren pflegerischen Kernkompetenzen entsprechende fachliche Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen. Die Kommunikationsfähigkeiten können mittels Kommunikationstrainingsprogrammen ausgebaut werden, das Verwenden von Entscheidungshilfen wie Zeitschriften und DVD's sollte gefördert werden und eine Ausbildung zum Entscheidungscoach

würde neue Möglichkeiten und Optionen für die Unterstützung in der Entscheidungsfindung bringen.

Forschungsempfehlung: Aus dem Stand der Forschung geht nur wenig über die Rolle der Pflegefachkraft im Shared Decision Making Prozess im Setting der Palliative Care hervor. Es wäre daher von hoher Relevanz, zu erforschen, wie sich Shared Decision Making zusammen mit Pflegefachkräften auf die Entscheidungsfindung auswirkt und welche Aufgaben Pflegefachkräfte im Shared Decision Making Prozess übernehmen können. Eine Überprüfung der Auswirkungen neuer Kommunikationsfähigkeiten auf die Entscheidungsfindung wäre ebenfalls von hoher Relevanz.

8 Literaturangabe

Arevalo, JJ, Rietjens, AJ, Swart, JS, Roberto Perez, SGM & der Heide, vA 2013, 'Day-to-day care in palliative sedation: Survey of nurses' experiences with decision-making and performance', *Int J Nurs Stud*, vol. 50, no. 5, pp. 613-21, doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.004

Atout, M, Hemingway, P & Seymour, J 2017, 'The Experience of Decision Making in the Care of Children with Palliative Care Needs: The Experiences of Jordanian Mothers', *Compr Child Adolesc Nurs*, vol. 40, no. 4, pp. 240-56, doi:10.1080/24694193.2017.1330371

Aucoin, J & Giroux, J 2000, 'Nursing involvement in end of life care', *Urologic Nursing*, vol. 20, no. 6, pp. 363-72

Bakitas, M, Dionne-Odom, JN, Jackson, L, Frost, J, Bishop, MF & Li, Z 2017, "'There were more decisions and more options than just yes or no": Evaluating a decision aid for advanced cancer patients and their family caregivers', *Palliat Support Care*, vol. 15, no. 1, pp. 44-56, doi:10.1017/s1478951516000596

Bakitas, M, Kryworuchko, J, Matlock, DD & Volandes, AE 2011, 'Palliative medicine and decision science: the critical need for a shared agenda to foster informed patient choice in serious illness', *J Palliat Med*, vol. 14, no. 10, pp. 1109-16, doi:10.1089/jpm.2011.0032

Beauchamp, T & Childress, J 2013, *Principles of Biomedical Ethics*, 7th edn, Oxford University Press, Oxford.

Belanger, E, Rodriguez, C, Groleau, D, Legare, F, MacDonald, ME & Marchand, R 2016, 'Patient participation in palliative care decisions: An ethnographic discourse analysis', *Int J Qual Stud Health Well-being*, vol. 11, p. 32438, doi:10.3402/qhw.v11.32438

Brohard, C 2017, 'Initial Efficacy Testing of an Autobiographical Memory Intervention on Advance Care Planning for Patients With Terminal Cancer', *Oncol Nurs Forum*, vol. 44, no. 6, pp. 751-63, doi:10.1188/17.Onf.751-763

Charles, C, Gafni, A & Whelan, T 1999, 'Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model', *Soc Sci Med*, vol. 49, no. 5, pp. 651-61

Dillworth, J, Dickson, VV, Mueller, A, Shuluk, J, Yoon, HW & Capezuti, E 2016, 'Nurses' perspectives: hospitalized older patients and end-of-life decision-making', *Nurs Crit Care*, vol. 21, no. 2, pp. e1-e11, doi:10.1111/nicc.12125

Drodowski, G 1989, *Etymologie. Herkunftswörterbuch der deutschen Sprache*, 2nd edn, vol. 7, Duden, Dudenverlag Mannheim.

Duden 2019, Bibliographisches Institut, viewed 16 March 2019, <https://www.duden.de/rechtschreibung/Wunsch>

Einterz, SF, Gilliam, R, Lin, FC, McBride, JM & Hanson, LC 2014, 'Development and testing of a decision aid on goals of care for advanced dementia', *J Am Med Dir Assoc*, vol. 15, no. 4, pp. 251-5, doi:10.1016/j.jamda.2013.11.020

Feichtner, A 2014, *Lehrbuch der Palliativpflege*, 4th edn, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2018, Republik Österreich, 19. November 2018.

Glajchen, M & Goehring, A 2017, 'The Family Meeting in Palliative Care: Role of the Oncology Nurse', *Semin Oncol Nurs*, vol. 33, no. 5, pp. 489-97, doi:10.1016/j.soncn.2017.09.007

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. 1284-99, doi:10.1177/1049732302238251

Henderson, V 2006, 'The concept of nursing', *J Adv Nurs*, vol. 53, no. 1, pp. 21-31, doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x

Hernandez-Marrero, P, Fradique, E & Pereira, SM 2018, 'Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis', *Nurs Ethics*, pp. 1-16, doi:10.1177/0969733018774610

Kayser, H, Kieseritzky, K, Melching, H & Sittig, H 2018, *Kursbuch Palliative Care – Angewandte Palliativmedizin und -pflege*, 3rd edn, UNI-MED, Bremen.

Kennedy, AD, Sculpher, MJ, Coulter, A, Dwyer, N, Rees, M, Abrams, KR, Horsley, S, Cowley, D, Kidson, C, Kirwin, C, Naish, C & Stirrat, G 2002, 'Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial', *Jama*, vol. 288, no. 21, pp. 2701-8

King, N, Melvin, J, Ashby, J & Firth, J 2010, 'Community palliative care: role perception', *Br J Community Nurs*, vol. 15, no. 2, pp. 91-8, doi:10.12968/bjcn.2010.15.2.46399

Kleibel, V & Mayer, H 2011, *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*, 2nd edn, Facultas Universitätsverlag Wien.

Kraft, B & Schönecker, D 2016, *Immanuel Kant: Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 2nd edn, Felix Meiner Verlag, Hamburg.

Laryionava, K, Pfeil, TA, Dietrich, M, Reiter-Theil, S, Hiddemann, W & Winkler, EC 2018, 'The second patient? Family members of cancer patients and their role in end-of-life decision making', *BMC Palliat Care*, vol. 17, no. 1, p. 29, doi:10.1186/s12904-018-0288-2

Lauber, A 2012, *Grundlagen beruflicher Pflege*, 3rd edn, Thieme Verlag, Stuttgart.

Lexikon der Psychologie 2000, Spektrum Akademischer Verlag, viewed 16 March 2019, <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/wunsch/17009>.

Maslow, AH 1981, *Motivation und Persönlichkeit*, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg, pp. 62-74.

McMillen, RE 2008, 'End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences', *Intensive Crit Care Nurs*, vol. 24, no. 4, pp. 251-9, doi:10.1016/j.iccn.2007.11.002

Menche, N 2011, *Pflege Heute: Lehrbuch für Pflegeberufe*, 5th edn, Urban Fischer Verlag, München.

National Center for Health, S 2013, 'Health, United States', in *Health, United States, 2012: With Special Feature on Emergency Care*, National Center for Health Statistics (US), Hyattsville (MD).

Nemeth, C & Rottenhofer, I 2004, *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich*, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

O'Connor A. M., Drake E. R., Wells G. A., Tugwell P., Laupacis A. & Elmslie T. (2003). A survey of the decision-making needs of Canadians faced with complex health decisions. *Health Expectations*, 6(2), pp. 97– 109.

Pfeil, TA, Laryionava, K, Reiter-Theil, S, Hiddemann, W & Winkler, EC 2015, 'What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable

cancer patients? An active stance seems key', *Oncologist*, vol. 20, no. 1, pp. 56-61, doi:10.1634/theoncologist.2014-0031

Polit, DF & Beck, CT 2017, *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 10 edn, Wolters Kluwer, Philadelphia, Baltimore, New York.

Pott, G 2007, *Ethik am Lebensende*, Schattauer Verlag (Thieme), Stuttgart.

Schleger, HA, Mertz, M, Meyer-Zehnder, B & Reiter-Theil, S 2012, 'Gemeinsames Entscheiden mit dem urteilsfähigen Patienten, der urteilsfähigen, in *Klinische Ethik – METAP: Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 201-16, DOI 10.1007/978-3-642-11128-0_9, https://doi.org/10.1007/978-3-642-11128-0_9.

Sekse, RJT, Hunskar, I & Ellingsen, S 2018, 'The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis', *J Clin Nurs*, vol. 27, no. 1-2, pp. e21-e38, doi:10.1111/jocn.13912

Stacey, D, Murray, MA, Legare, F, Sandy, D, Menard, P & O'Connor, A 2008, 'Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy', *Worldviews Evid Based Nurs*, vol. 5, no. 1, pp. 25-35, doi:10.1111/j.1741-6787.2007.00108.

Stangl, W 2019, 'Bedürfnis', Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik, viewed 15. März 2019, <http://lexikon.stangl.eu/13476/beduerfnis/>

Statistik Austria 2014, *Jahrbuch der Gesundheitsstatistik*, Statistik Austria Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien.

Statistik Austria 2018, *Krebserkrankungen in Österreich*, Statistik Austria Bundesanstalt Statistik Österreich, Wien.

Steffen-Bürgi, B 2017, 'Reflexionen zu ausgewählten Definitionen von Palliative Care', in B Steffen-Bürgi, E Schärer-Santschi, D Staudacher & S Monteverde (eds), *Lehrbuch Palliative Care*, 3rd edn, Hogrefe, Bern.

Walker, A & Breitsameter, C 2015, 'Ethical decision-making in hospice care', *Nurs Ethics*, vol. 22, no. 3, pp. 321-30, doi:10.1177/0969733014534873

Wilkinson, S, Roberts, A & Aldridge, J 1998, 'Nurse-patient communication in palliative care: an evaluation of a communication skills programme', *Palliat Med*, vol. 12, no. 1, pp. 13-22, doi:10.1191/026921698675034697

World Health Organization 2017, 'Fact sheet Palliative Care', viewed 2 March 2019, <<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>.

World Health Organization 1998, 'WHOQOL: Measuring Quality of Life', viewed 16 March 2019, <<https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/>>.

Zalonis, R. & Slota, M. 2014, 'The use of palliative care to promote autonomy in decision making', *Clin J Oncol Nurs*, vol. 18, no. 6, pp. 707-711, doi: 10.1188/14.Cjon.707-7011

Ziegler, A, Antes, G & König, I 2011, 'Bevorzugte Report-Items für systematische Übersichten und Meta-Analysen: Das PRISMA-Statement', *Dtsch Med Wochenschr*, vol. 139, pp. e9-e15.

9 Anhang

9.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 - Bedürfnispyramide nach A. Maslow (Maslow 1981).....	13
Abbildung 2- Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011).....	18

9.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Suchanfrage in PubMed und Cinahl	17
Tabelle 2 - Charakteristika der ausgewählten Studien	22

9.3 Bewertung der analysierten Studien

Die Bewertung der folgenden Studien erfolgte nach der Checkliste von Hawker et al. (2002). Diese wurden in den einzelnen Kategorien mit Good = 4, Fair = 3, Poor = 2, Very poor = 1 and Lower scores = poor quality bewertet.

Die Gesamtpunkte und die Prozentzahl der maximal möglichen 36 Punkte sind jeweils in den Tabellen zu den einzelnen Studien zu finden.

Bakitas, M, Dionne-Odom, JN, Jackson, L, Frost, J, Bishop, MF & Li, Z 2017, "There were more decisions and more options than just yes or no": Evaluating a decision aid for advanced cancer patients and their family caregivers', *Palliat Support Care*, vol. 15, no. 1, pp. 44-56.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Titel: Keywords und Population vorhanden, Titel könnte kürzer sein; Studiendesign und Setting ist nicht angeführt, Abstract: kurz; gegliedert in Ziel, Methode, Ergebnisse, Signifikante Ergebnisse, Design, Setting, Stichprobengröße, Datenerhebungsmethode vorhanden Nicht im Abstract: Forschungs- und Praxisempfehlung, Hintergrund Keywords und Autoren angegeben	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung: übersichtlich; geht auf das Forschungsproblem ein Ziel: Ziel ist angeführt	Fair 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Im Methodenteil sind Design, Stichprobengröße, Setting, Datensammlungsprozess, Analyse vorhanden. Gut strukturiert und untergliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Samplingstrategie ist passend und Ein- und Ausschlusskriterien sowie Ausfallrate beschrieben, Charakteristika der Stichprobe angegeben, keine Schätzung zur benötigten Stichprobengröße vorhanden.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyse ist detailliert beschrieben aber keine Methode der Erhebung beschrieben	Fair 3
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?	
Es wurden keine ethischen Fragen angesprochen und die Beziehung zwischen Forschern und Teilnehmerinnen/Teilnehmern wurde adäquat berücksichtigt.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ausschnitte der Interviews vorhanden, übersichtliche Gliederung der Ergebnisse, Evaluierung der Entscheidungshilfe, Tabellen und Text wird zur Veranschaulichung verwendet, Objektive Darstellung, Grafiken leicht verständlich, Resultate, strukturiert, klar verständlich	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Übertragbarkeit aufgrund des qualitativen Designs und geringen Stichprobengröße nicht gegeben, Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind nützlich für die Praxis aber es sind keine Forschungs- und Praxisempfehlungen angegeben.	Fair 3
Total:	31 (86%)

Belanger, E, Rodriguez, C, Groleau, D, Legare, F, MacDonald, ME & Marchand, R 2016, 'Patient participation in palliative care decisions: An ethnographic discourse analysis', *Int J Qual Stud Health Well-being*, vol. 11, pp. 1-15.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Titel: kurz, Setting, Population und Design angeführt, beginnt mit Keyword Abstract in Form eines Fließtextes – daher unübersichtlich, dennoch Hintergrund, Ziel, Methode, Ergebnisse und Zusammenfassung sind vorhanden, Forschungs- und Praxisempfehlung ist nicht angeführt; Keywords und Autoren angeführt.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Einleitung gut strukturiert, Hintergrund/Relevanz beschrieben, Literaturreview Forschungslücke angeführt, Forschungsfrage definiert.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Vorhanden: Design, Ein- und Ausschlusskriterien, Setting, Stichprobe + Charakteristika, Messmethode, Datensammlungsprozess, Analyse,	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Ein-Ausschlusskriterien wurden genannt, Ausfallrate mit Begründung, Stichprobengröße ist angemessen.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Prozess der Datenanalyse ist detailliert beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Positives Votum Ethikkomitee, mündliche Zustimmung der Patienten, Anonymisierte Daten	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Text und Zitate wechseln sich ab, Ergebnisse werden gegliedert, Tabelle vorhanden, Beantwortung der Forschungsfrage	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Keine Übertragbarkeit auf größere Population möglich, Ergebnisse dienen aber zur Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Ergebnisse sind wichtig für die Praxis, dennoch keine Forschungs- und Praxisempfehlung vorhanden;	Fair 3
Total:	33 (91%)

Bollig, G, Gjengedal, E & Rosland, JH 2016, 'They know!-Do they? A qualitative study of residents and relatives views on advance care planning, end-of-life care, and decision-making in nursing homes', *Palliat Med*, vol. 30, no. 5, pp. 456-70.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Titel: Design, Setting und Stichprobe vorhanden, zu lange und beginnt nicht mit Keyword Abstract: gegliedert, Hintergrund, Ziel, Design, Stichprobe, Ergebnisse, Zusammenfassung, Forschungs- und Praxisempfehlungen vorhanden, Keywords und Autoren angegeben	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Hintergrundinformationen, Literaturüberblick, Forschungslücke und Forschungsziel vorhanden	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Design, Stichprobe, Setting, Ein- und Ausschlusskriterien, Tabellen, Datenerhebungsprozess, Messmethode und Analyse vorhanden, gut gegliedert.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Samplingstrategie, Schätzung der benötigten Stichprobengröße, Ein- und Ausschlusskriterien und Charakteristika vorhanden.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Prozess der Datenanalyse werden in Tabelle 4 genau und übersichtlich dargestellt.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Positives Votum Ethikkomitee, schriftliche Zustimmung der Patienten, kein Hinweis ob Daten anonym behandelt werden.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden mittels Grafiken und Interviews unterlegt, übersichtliche Gliederung der Ergebnisse, wenig Inhalt wird besprochen.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Übertragbarkeit aufgrund des qualitativen Designs und geringen Stichprobengröße nicht gegeben, Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- und Praxisempfehlungen vorhanden.	Good 4
Total:	32 (89%)

Brohard, C 2017, 'Initial Efficacy Testing of an Autobiographical Memory Intervention on Advance Care Planning for Patients With Terminal Cancer', *Oncol Nurs Forum*, vol. 44, no. 6, pp. 751-63.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Title: wichtige Keywords, Sampling vorhanden, kein Design und Setting angegeben Abstract: gegliedert in Ziel, Design, Setting, Sample, Methods, Main Research Variables, Findings, Conclusion, Implication.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Übersichtlich, gut gegliedert, Literaturüberblick, Erklärung von ABM Intervention, Forschungsfrage.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Design, Sample, Setting, Intervention, Instrumente vorhanden, genau erklärt und passend zur Studie.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Schätzung der Stichprobengröße, Stichprobengröße, Ein- & Ausschlusskriterien, Samplingstrategie und Charakteristika inkl. Grafik vorhanden.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyseprozess ist genau beschrieben	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Genehmigung der Ethikkommission, schriftliche Zustimmung der Teilnehmerinnen/Teilnehmer, Limitationen vorhanden. Angemessene Berücksichtigung der Beteiligten.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Gut gegliedert, übersichtlich, Text und Tabellen ausgewogen, Forschungsfrage beantwortet.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Intervention kann auf eine größere Population ausgelegt werden.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Klare und relevante Ergebnisse, Forschungs- und Praxisempfehlung vorhanden,	Good 4
Total:	36 (100%)

Dillworth, J, Dickson, VV, Mueller, A, Shuluk, J, Yoon, HW & Capezuti, E 2016, 'Nurses' perspectives: hospitalized older patients and end-of-life decision-making', *Nurs Crit Care*, vol. 21, no. 2, pp. e1-e11.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Titel: Setting, Keywords, Stichprobe vorhanden, kurz aber kein Design Abstract: in Ziel, Hintergrund, Design, Methode, Ergebnisse, Zusammenfassung und Praxisempfehlung gegliedert, Autoren und Keywords angeführt	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Gute gliederung, Übersichtlich, Literaturüberblick, Forschungsziel vorhanden.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Gute Struktur, Forschungsfrage, Forschungsziel, Messmethode Design, Stichprobengröße, Datensammlungsprozess und Analyse vorhanden und klar beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Charakteristika und Einschlusskriterien vorhanden, keine Ausschlusskriterien beschrieben.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Datenanalyseprozess ist genau beschrieben und in qualitativ und quantitativ gegliedert.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ethische Fragen, Bias werden nicht diskutiert, informed consent nicht ausdrücklich erwähnt.	Poor 2
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Text und Tabellen, klare Ergebniss	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Eine Generalisierbarkeit auf eine größere Population ist möglich.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
klare und relevante Ergebnisse, keine Forschungsempfehlung, Praxisbezug nicht explizit diskutiert.	Fair 3
Total:	29 (81%)

Hernandez-Marrero, P, Fradique, E & Pereira, SM 2018, 'Palliative care nursing involvement in end-of-life decision-making: Qualitative secondary analysis', *Nurs Ethics*, pp. 1-16.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Title: Kurz, beinhaltet wichtige Keywords, Setting, Sample, Design vorhanden. Abstract: übersichtlich gegliedert in Hintergrund, Ziel, Design, Teilnehmer, ethische Aspekte, Ergebnisse, Diskussion, Zusammenfassung, Keywords und Autoren angeführt	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Informativ, gut gegliedert, Forschungsziele angeführt	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Design, Messmethode und Analyse vorhanden; Datensammelprozess nicht explizit beschrieben da Sekundäranalyse	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Wegen Sekundäranalyse keine genauen Angaben zum Sampling vorhanden.	Poor 2
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Sekundäranalyse von 3 qualitativen Studien wurde durchgeführt, Prozess genau beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Genehmigung der Ethikkommission, schriftliche und ethische Zustimmung der Primärstudien vorhanden und stimmten mit Sekundäranalyse überein, Datenschutz wurde berücksichtigt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse werden gegliedert und zusätzlich mit Interviews und Tabellen dargestellt, Forschungsfrage wird beantwortet.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Übertragbarkeit aufgrund des qualitativen Designs und geringen Stichprobengröße nicht gegeben, Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Klare, relevante Ergebnisse und Forschungsempfehlung vorhanden.	Good 4
Total:	31 (86%)

Pfeil, TA, Laryionava, K, Reiter-Theil, S, Hiddemann, W & Winkler, EC 2015, 'What keeps oncologists from addressing palliative care early on with incurable cancer patients? An active stance seems key', *Oncologist*, vol. 20, no. 1, pp. 56-61.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Titel: könnte kürzer sein und Fragestellung nicht notwendig, Setting und Sampling vorhanden, kein Design genannt. Abstract: übersichtlich gegliedert in Hintergrund, Methode, Ergebnisse, Zusammenfassung und Praxisempfehlung Keywords und Autoren angeführt	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Keine Struktur; Literaturüberblick, Forschungsziel und Forschungslücke vorhanden	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Messmethode, Datensammlungsprozess, Setting, Stichprobengröße und Analyse vorhanden und klar beschrieben	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Samplingstrategie und Charakteristika vorhanden, keine Schätzung und Ein- und Ausschlusskriterien vorhanden.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Beschreibung der Datenanalyse ausreichend	Fair 3
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?	
Zustimmung der Ethikkommission zum Interviewguide vorhanden, keine Angaben zum Datenschutz und zur Zustimmung der Teilnehmerinnen/Teilnehmer	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Ergebnisse wurden in 3 Themen gegliedert und zusammen mit Interviews dargestellt, Forschungsziel wurde erreicht, keine Grafiken oder Tabellen verwendet.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Übertragbarkeit aufgrund des qualitativen Designs und geringen Stichprobengröße nicht gegeben, Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Forschungs- und Praxisempfehlung vorhanden, Ergebnisse sind nützlich.	Good 4
Total:	29 (81%)

Walker, A & Breitsameter, C 2015, 'Ethical decision-making in hospice care', *Nurs Ethics*, vol. 22, no. 3, pp. 321-30.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Title: kurz, wichtige Keywords, Setting vorhanden, kein Sample und Design genannt Abstract: übersichtlich gegliedert in Background, Forschungsfrage und -design, Ethische Aspekte, Ergebnisse, Diskussion, Zusammenfassung Keywords und Autoren angeführt	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Keine struktur, Forschungsziel und Forschungslücke angeführt.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Design, Messmethode, Datensammlungsprozess, Setting, Stichprobengröße und Analyse vorhanden und klar beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Samplingstrategie und Charakteristika vorhanden, keine Ein- und Ausschlusskriterien sowie Schätzung der Stichprobengröße genannt.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Beschreibung der Datenanalyse vorhanden.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Zustimmung der Ethikkommission vorhanden, schriftliche Zustimmung der Teilnehmerinnen/Teilnehmer, Datensammlung wurde anonymisiert, Limitationen angegeben.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut präsentiert, mit Fließtext und Interviews.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Samplingstrategie und Charakteristika vorhanden, keine Schätzung und Ein- und Ausschlusskriterien vorhanden.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Studie ist nützlich für die Pflege, keine Praxis- und Forschungsempfehlung gegeben.	Poor 2
Total:	30 (83%)