

Masterarbeit

Die Betreuung von Menschen an ihrem Lebensende:
Welche Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse ha-
ben Pflegepersonen in der Palliative Care?

Eine systematische Literaturübersicht

eingereicht von

Bettina Tamara Fiedler, BScN

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung und Betreuung von

Sen.Lecturer Drⁱⁿ scient.med. Franziska Großschädl, BSc, MSc

Univ.-Prof.ⁱⁿ Drⁱⁿ rer.cur., Diplompflegepädagogin Christa Lohrmann

Graz, am 09. September 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 habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 09. September 2019

Bettina Tamara Fiedler BScN eh

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei denjenigen bedanken, die mich während der Verfassung dieser Masterarbeit unterstützt haben.

Mein größter Dank gebührt Drⁱⁿ Franziska Großschädl und Univ.-Prof.ⁱⁿ Drⁱⁿ Christa Lohrmann für die Betreuung und Begutachtung meiner Masterarbeit. Hilfreiche Anregungen und die konstruktive Kritik beider Betreuerinnen über die gesamte Phase haben es ermöglicht, dass die Arbeit in dieser Form vorliegt.

Ein weiterer Dank gilt meinen Kolleginnen und Kollegen der Palliativstation des Universitätsklinikums Graz, die mich während der Studienzeit unterstützt haben.

Abschließend möchte ich mich bei meiner Familie bedanken, die mich während der Studienzeit sowie der Verfassung dieser Masterarbeit geduldig begleitet hat.

Bettina Tamara Fiedler

Inhaltsverzeichnis

I. Abbildungsverzeichnis	6
II. Tabellenverzeichnis	6
III. Abstract.....	7
IV. Zusammenfassung	9
1. Einleitung.....	11
1.1. Pflegetheorie nach Virginia Henderson	12
1.2. Gesetzliche Grundlagen in der Pflege.....	13
1.3. <i>Palliative Care, Hospice Care and End of Life Care</i>	14
1.4. <i>Palliative Care</i> in Österreich	17
1.4.1. Ausbildung der Pflege in der <i>Palliative Care</i>	19
1.4.2. Aufgaben der Pflege in der <i>Palliative Care</i>	20
1.5. Relevanz der Thematik	21
1.6. Forschungsziel und Forschungsfrage	23
2. Methodik	23
2.1. Studiendesign	23
2.2. Ein- und Ausschlusskriterien	24
2.3. Recherchetätigkeit.....	25
2.4. Screeningverfahren	28
2.5. Evaluieren der Studienqualität	29
Screening.....	31
Identifizierung.....	31
Eignung.....	31
Eingeschlossen	31
2.6. Studienqualität der Literatur	32
2.7. Datenextrahierung und Datensynthese	33
3. Ergebnisse.....	35
3.1. Studiencharakteristika	35
3.2. Demografische Ergebnisse	41
3.2.2. Querschnitterhebungen	42
3.3. Inhaltliche Ergebnisse	44
3.3.1. Allgemeine Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zur <i>Palliative Care</i> und <i>End of Life Care</i>	45

3.3.2	Belastende Faktoren.....	46
3.3.3	Bewältigungsstrategien.....	54
4.	Diskussion	62
4.1	Stärken und Limitationen.....	70
4.2	Empfehlungen für die Forschung	71
4.3	Empfehlungen für die Praxis	73
5.	Schlussfolgerung	76
6.	Referenzliste	78
V.	Anhang	84

I. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Hospiz- und Palliativversorgung, in Anlehnung an Hospiz Österreich, ÖBIG 2004	17
Abbildung 2: Übersicht zur Literaturrecherche und dem Screeningverfahren	31
Abbildung 3: Empfehlungen für die Pflegepraxis, abgeleitet von den Ergebnissen	73

II. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Ein- und Ausschlusskriterien	24
Tabelle 2: Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken und Handsuche	27
Tabelle 3: Informationen zu den eingeschlossenen Studien getrennt nach Forschungsansatz	37
Tabelle 4: Demografische Daten in den qualitativen Studien	41
Tabelle 5: Demografische Daten in den Querschnitterhebungen	42
Tabelle 6: Überblick zu den Haupt- und Unterkategorien der inhaltlichen Ergebnisse	44

III. Abstract

Background: Patient Decrees, access to *Palliative Care*, the debate about decisions made at the end of life, medically assisted suicide and treatment during the last stage of life concern the nursing and medical practice as well as research networks and institutions. The main focus lies on those people who are in the last stage of their lives rather than their team of caregivers consisting of relatives or professionals. Especially the care given lessens desperation and provides support for individual physical, social, mental and spiritual needs. Dealing with dying and death on a daily basis, however, is an emotional burden which can lead to negative emotions. The quality of the nurture provided by a caregiver depends on his or her attitude to taking care of a dying person, and death itself. Moreover, the needs and wants of caregivers in *Palliative Care* are relevant not only for the organization and its executive level, but also from a political perspective, so that continuous treatment can be granted and rates of employee turnover and staff shortages can be kept as low as possible. In the German speaking area, little on the wants and needs of caregivers or on their attitude towards care of people who are in the final stage of live has been published.

Aim: Finding out about Palliative Care's caregivers' wants, needs, and attitudes towards care of people who are in the final stage of life.

Method: A systematic review has been made. Research for literature on the topic was done in scientific databases (PubMed, CINAHL, PubPsych, PsychInf and Cochrane Database of Systematic Reviews) and manual with clearly defined key words. After using the screening method, considering previously set inclusion and exclusion criteria, 21 surveys could be included in the critical appraisal. Three assessors evaluated the specific surveys separately, using appraisal tools of the Joanna Briggs Institute. All of the 21 articles with average quality could be included in the findings. Since the studies are of varying design, both qualitatively and quantitatively, a 'Systematic Mixed Studies Review' was made. When extracting, encoding and analyzing the data, an integrative design was used, which allowed a combined narrative presentation of quantitative and qualitative findings. After including quantitative into qualitative content, the final findings could be subdivided into main categories and subcategories.

Findings: Nine out of 21 surveys have a qualitative design (grounded theory, phenomenology) whereas ten have a quantitative design (cross-sectional) and two are systematic reviews. The caregivers involved came from different countries around the world, were mostly female, of various ages, with qualifications ranging from care assistants to graduate students, with little to several years of work experience, and work intramural, extramural and in people's homes. The main categories found are general attitude, wants and needs, burdensome factors and coping strategies. General attitude, wants and needs refer to the understanding of *Palliative Care*, the positive and negative view on caring for people during their last stage of life, and the factors accounting for "good or bad" dying. Among the burdensome factors are communication in the last stage of life, limited knowledge and lack of experience, treatment of pain and management of symptoms, work conditions, relatives, and allowing decisions about dying during the last stage of life, palliative sedation and the place to die. Coping strategies for caregivers are acknowledgement and support, grief, comfort and saying farewell, spirituality, setting boundaries, work experience, training and further education, supervision and self-reflection as well as personal development.

Conclusion: The attitude, wants and needs of caregivers nurturing people in their last stages of life can be divided into burdensome factors, influence on mental health, and coping strategies, which provide support in everyday care. Including requested concepts, methods, tools and appliances can ensure well and multidimensional care for people in their last stages of life, and make it easier to cope with burdensome factors.

IV. Zusammenfassung

Hintergrund: Patientinnen- und Patientenverfügungen, der Zugang zur *Palliative Care*, die Debatte zu Entscheidungen am Lebensende, der ärztlich-assistierte Suizid und die Behandlungen in der letzten Lebensphase beschäftigen die pflegerische und medizinische Praxis sowie Forschungsnetzwerke und -institute. Im Fokus befinden sich großteils jene Menschen, die am Lebensende stehen und nicht das betreuende Team aus Angehörigen oder Professionistinnen und Professionisten. Speziell die Pflege mildert jedoch Verzweiflung und bietet Unterstützung für individuelle physische, soziale, psychologische und spirituelle Bedürfnisse. Die tägliche Konfrontation mit dem Sterben und Tod stellt jedoch eine emotionale Belastung dar und kann zu negativen Gefühlen führen. Die Qualität der Versorgung, die von einer Pflegeperson bereitgestellt wird, hängt meist von ihrer Einstellung, bezogen auf die Pflege von sterbenden Menschen oder den Tod selbst, ab. Außerdem sind die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegepersonen in der *Palliative Care* für die Organisation, die Führungsebenen, aber auch politisch gesehen relevant, damit eine Behandlungskontinuität gewährleistet und Fluktuationsraten sowie Personalmangel möglichst gering gehalten werden. Mit Blick auf den deutschsprachigen Raum wurde kaum Literatur zu den Einstellungen, Wünschen und Bedürfnissen der Pflegepersonen zur Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende veröffentlicht.

Ziel: Die Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen zur Versorgung von Menschen am Lebensende in der *Palliative Care* herauszufinden.

Methode: Es wurde ein systematisches Review erstellt. Die Literatursuche fand in wissenschaftlichen Datenbanken (PubMed, CINAHL, PubPsych, PsychInf und Cochrane Database of Systematic Reviews) und als Handsuche mit definierten Schlüsselbegriffen statt. Nach dem Screeningverfahren, unter Berücksichtigung zuvor festgelegter Ein- und Ausschlusskriterien, konnten 21 Erhebungen in den kritischen Begutachtungsprozess eingeschlossen werden. Drei Begutachterinnen beurteilten mit entsprechenden Bewertungsbögen vom Joanna Briggs Institute, unabhängig voneinander, die Einzelerhebungen. Alle 21 Artikel, mit einer durchschnittlich guten Studienqualität, konnten in den Ergebnisteil eingeschlossen werden. Da es sich um Studien mit unterschiedlichem Design, qualitativ als auch quantitativ, handelt, wurde ein ‚Systematic Mixed Studies Review‘ erstellt. Beim

Extrahieren, Kodieren und Analysieren der Daten wurde ein integratives Design verwendet, das eine gemeinsame narrative Darstellung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse ermöglicht. Nach dem Integrieren der quantitativen in die qualitativen Inhalte konnten die Endergebnisse in Haupt- und Unterkategorien eingeteilt werden.

Ergebnisse: Von den 21 eingeschlossenen Erhebungen haben neun ein qualitatives (Grounded Theory, Phänomenologie), zehn ein quantitatives (Querschnitt) Design und zwei sind systematische Reviews. Die eingeschlossenen Pflegepersonen sind aus verschiedenen Ländern weltweit, größtenteils weiblich, unterschiedlichen Alters, haben Qualifizierungen von der Pflegeassistenz bis zum Masterstudium, kaum bis langjährige Berufserfahrung und arbeiten im intra-, extramuralen sowie häuslichen Bereich. Gefundene Hauptkategorien sind allgemeine Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse, belastende Faktoren und Bewältigungsstrategien. Unter den allgemeinen Einstellungen, Wünschen und Bedürfnissen wird das Verständnis von *Palliative Care* beschrieben, die positive und negative Sichtweise zur Versorgung von Menschen am Lebensende und welche Faktoren ein ‚gutes oder schlechtes Sterben‘ ausmachen. Zu den belastenden Faktoren zählen die Kommunikation am Lebensende, das limitierte Wissen und die fehlende Erfahrung, die Schmerzbehandlung und das Symptommanagement, die Arbeitsbedingungen, die Angehörigen und die Entscheidungen am Lebensende mit dem Sterben zulassen, der palliativen Sedierung und dem Sterbeort. Bewältigungsstrategien für die Pflege sind die Anerkennung sowie Unterstützung, Trauern, Trost und Abschiednehmen, die Spiritualität, das Grenzsetzen, die Berufserfahrung, die Aus- und Weiterbildung, die Supervision sowie Gespräche und die Selbstreflexion sowie die persönliche Entwicklung.

Schlussfolgerung: Die Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen in der Versorgung von Menschen am Lebensende können sich in belastende Faktoren, die Einfluss auf die psychische Gesundheit nehmen, und Bewältigungsstrategien, die im Pflegealltag unterstützen, einteilen lassen. Der Einbezug von gewünschten Konzepten, Methoden und Hilfsmitteln kann die qualitative, multidimensionale Versorgung von Menschen am Lebensende gewährleisten und die Bewältigung belastender Faktoren erleichtern.

1. Einleitung

Im Jahr 2017 verstarben in Österreich 83.270 Personen, davon rund 68 Prozent in Krankenanstalten und Pflegeheimen. Bei 33.125 verstorbenen Personen war die Todesursache eine Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems, welche die Haupttodesursache in Österreich ist. Einen weiteren großen Teil der Todesursachen nehmen, mit 20.261 Todesfällen, die bösartigen Tumorerkrankungen ein. Diese beiden Erkrankungen verursachten im Jahr 2017 mehr als 64 Prozent aller Todesfälle in Österreich. Morbidität und Mortalität der Erkrankungen der Herz-Kreislaufsysteme haben über die letzten Jahre tendenziell abgenommen, dahingegen sind die Prävalenzen der bösartigen Tumorerkrankungen steigend. Nach der Diagnosestellung bösartige Tumorerkrankung beträgt die relative 5-Jahres-Überlebensrate rund 61 Prozent, berechnet für die Jahre 2009 bis 2013 (Statistik Austria 2018).

Patientinnen und Patienten, die an Krebs oder einer anderen chronischen Erkrankung leiden, sind großteils auf die Versorgung im Gesundheitssystem angewiesen (Österreichische Palliativgesellschaft 2019). Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Österreich kann in den intramuralen, extramuralen und Langzeitpflegebereich eingeteilt werden. Pflegepersonen stellen in diesen Versorgungsbereichen sichtlich die größte Berufsgruppe dar. Werden die gesamten österreichischen Krankenanstalten betrachtet, waren am Stichtag 31.12.2017 60.224 diplomierte Pflegepersonen, 10.641 Pflegeassistentinnen und -assistenten und 24.646 Ärztinnen und Ärzte beschäftigt (Statistik Austria 2018). Eine detaillierte Darstellung der beschäftigten Pflegepersonen im österreichischen Gesundheitssystem kann mit der Registrierung der Gesundheitsberufe, die Ende Juni 2019 abgeschlossen sein soll, erreicht werden. Diese Registrierung ermöglicht statistische Auswertungen, die die Politik bei der Bedarfsplanung und dem Erkennen von Versorgungslücken im Gesundheitssystem unterstützen (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019). Pflegepersonen übernehmen zum größten Teil die Versorgung der Patientinnen und Patienten. Die Pflege ist eine wesentliche Ressource, um eine geschützte und effektive Versorgung im Gesundheitsbereich sicherzustellen. Sie verbringt im Vergleich zu den weiteren Gesundheitsberufen die meiste Zeit mit erkrankten oder unterstützungsbedürftigen Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen

(O'Connor 2016; Schroeder & Lorenz 2018). Daher wird nachfolgend ein besonderer Fokus auf die Kompetenzen, Ausbildungen und Arbeitsbereiche der diplomierten und nicht diplomierten Pflegepersonen gelegt.

1.1. Pflege Theorie nach Virginia Henderson

Bereits im Jahr 1939 hat Virginia Averal Henderson, eine US-amerikanische professionelle Pflegeperson und Pflege theoretikerin, die einzigartige Funktion der Pflege beschrieben. Ihrer Definition nach besteht die Aufgabe der Pflege darin,

„[...] dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) förderlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft oder Kenntnis verfügte. Sie leistet ihre Hilfe auf eine Weise, dass er seine Selbständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt.“ (Henderson 1978: 34)

Weiters definierte Henderson 14 Grundbedürfnisse eines Menschen, die zur Einschätzung ihres oder seines derzeitigen Zustandes dienen. Ziel der Pflege Theorie von Virginia Henderson war die Verdeutlichung der Grundbedürfnisse von Menschen, die von der Pflegeperson wahrgenommen und bei erforderlichem Bedarf erfüllt werden. Die Pflege Theorie von Henderson orientiert sich stark am Individuum und erwartet dies auch von den professionellen Pflegenden. Es sollte immer nach dem Verständnis und der Auffassung gehandelt werden, denn das Wohl der Patientin oder des Patienten steht im Vordergrund. Niemals darf die Patientin oder der Patient isoliert betrachtet werden, sie oder er ist immer Teil einer Familie und der Freunde. Auch bei den Angehörigen soll die Pflegeperson nützliche Erkenntnisse über die jeweilige zu betreuende Person erfassen. Damit schließt die Definition die Förderung der Gesundheit, aber auch die Fähigkeit, Menschen am Lebensende bis zum Tod zu begleiten, wenn keine Gesundung in Aussicht steht, mit ein. Indem die Umgebung auf die Sterbende oder den Sterbenden abgestimmt wird und pflegerische Maßnahmen zur Linderung des Leides gesetzt werden, kann den Patientinnen und Patienten ein friedvolles Sterben ermöglicht werden (Henderson 1978).

1.2. Gesetzliche Grundlagen in der Pflege

Als Ergänzung zur Definition von Virginia Henderson werden anschließend das Berufsbild und die Aufgaben der diplomierten Pflegeperson und der Pflegeassistentin anhand der gesetzlichen Grundlagen in Österreich aufgezeigt. Zur Veranschaulichung des Berufsbildes der diplomierten Pflegeperson und der Pflegeassistentin in Österreich wurden kleine Ausschnitte der gesetzlichen Grundlagen, in Bezug auf das Thema *Palliative Care*, entnommen. Das gesamte Berufsbild und die Aufgabenfelder der Pflege in Österreich können dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im Rechtsinformationssystem des Bundes entnommen werden (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2019).

§ 12. (1) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt die Verantwortung für die unmittelbare und mittelbare Pflege von Menschen in allen Altersstufen, Familien und Bevölkerungsgruppen in mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Versorgungsformen sowie allen Versorgungsstufen (Primärversorgung, ambulante spezialisierte Versorgung sowie stationäre Versorgung). Handlungsleitend sind dabei ethische, rechtliche, interkulturelle, psychosoziale und systemische Perspektiven und Grundsätze.

(2) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei.

(4) Im Rahmen der „interprofessionellen Zusammenarbeit“ tragen diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen „zur Aufrechterhaltung der Behandlungskontinuität“ bei (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2019).

Die Pflegeassistentin dient, nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, als persönliche Assistenz der diplomierten Pflegepersonen und arbeitet unter deren Anleitung.

§ 3c. (1) Einzelne pflegerische Tätigkeiten an Menschen mit nicht nur vorübergehenden körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigung der Sin-

nesfunktionen, die geeignet sind, diesen Menschen eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Lebensführung zu verwehren, dürfen von Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege im Einzelfall nach Maßgabe zwei bis fünf Laien angeordnet und von diesen ausgeübt werden (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2019).

Durch die Änderungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz im Jahr 2016 kam das Berufsbild der Pflegefachassistenz hinzu, die nach zweijähriger Ausbildung weitere Kompetenzen des diplomierten Pflegepersonals übernehmen wird.

Wie bereits oben erwähnt, hat die Statistik der Gesundheitsberufe von österreichischen Krankenanstalten, mit dem Stichtag 31.12.2017, die angestellten Pflegepersonen erhoben. Gezeigt wurde, dass mit Ende 2017 keine genannten Pflegefachassistenten in österreichischen Einrichtungen arbeiteten und die Ausbildung sowie die weitere Kompetenzverlagerung und der Aufbau der Fachassistenz in den Einrichtungen noch in Entwicklung ist, weshalb die Gruppe der Pflegefachassistenz in den nachfolgenden Abschnitten nicht eingeschlossen wird (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2019; Statistik Austria 2018).

Der Begriff Pflegepersonen schließt in dieser Arbeit somit das diplomierte Pflegepersonal sowie die Pflegeassistenz und nicht die Pflegefachassistenz mit ein.

Zusammenfassend ist die Berufsgruppe der Pflege, je nach Diagnose und Prognose der Erkrankungen von Menschen, eine Unterstützung bei kurativen Therapiemaßnahmen oder eine Begleitung zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität bis zum Lebensende. Wird der Bereich der Begleitung oder Versorgung von Menschen mit einer terminalen Erkrankung an ihrem Lebensende betrachtet, sind die Begrifflichkeiten *Palliative Care*, *Hospice Care* und *End of Life Care* relevant und werden daher nachfolgend näher beschrieben (Österreichische Palliativgesellschaft 2019; WHO 2014).

1.3. *Palliative Care, Hospice Care and End of Life Care*

Zu Beginn muss erwähnt werden, dass die nachfolgenden Begriffe, international gesehen, unterschiedlich in Verwendung sind. Wichtig wären eine Klärung der Bedeutung dieser Begrifflichkeiten und gegebenenfalls eine Synthese verschiedener länderspezifischer Definitionen für die Wissenschaft sowie für die Praxis und

damit die Palliativ- und Hospizorganisationen weltweit. Die Literatur zeigt, dass in der Praxis die *Palliative Care* vor der *Hospice Care* in Verwendung ist. Dazu kommt die *End of Life Care*, die in beiden Bereichen am Ende des Betreuungsprozesses beschrieben wird. Daher werden diese Definitionen absteigend nach ihrem Einsatz im Krankheitsverlauf dargestellt (Hui et al. 2013).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte im Jahr 1990 erstmals ihre Definition zur *Palliative Care*. Im Jahr 2002 wurde eine durch die WHO überarbeitete Definition etabliert, da die erste Definition den Blick explizit nur auf Menschen mit malignen Tumorerkrankungen richtete und Multimorbidität oder neurologische Erkrankungen außen vor ließ (WHO 2019). Eine systematische Übersichtsarbeit zeigt, dass zum Großteil die Definitionen der WHO in der Literatur verwendet werden (Hui et al. 2013).

Daher wird in dieser Arbeit die Definition der WHO vom Jahr 2002 herangezogen. *Palliative Care* ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität der Personen und ihren Familien, die durch eine lebensbedrohliche Erkrankung mit Problemen konfrontiert werden. Dies passiert durch Vorbeugen oder Lindern von Leid mit frühzeitiger Erkennung, sorgfältiger Einschätzung und Behandlung von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen.

Palliative Care

- ermöglicht die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen,
- bejaht das Leben und betrachtet das Sterben als einen normalen Prozess,
- beabsichtigt weder eine Beschleunigung noch eine Verzögerung des Todes,
- integriert die psychologischen und spirituellen Aspekte in ihre Betreuung,
- bietet ein Unterstützungssystem, damit die Patientinnen und Patienten möglichst selbstständig bis zum Lebensende bleiben,
- bietet ein Unterstützungssystem für Angehörige, damit diese mit der Erkrankung der Patientin, des Patienten und dem Verlust zurechtkommen,
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patientinnen, Patienten und ihren Familien gerecht zu werden und dies auch in der Trauerbewältigung, falls erforderlich,

- verbessert die Lebensqualität und könnte den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen,
- ist im Krankheitsverlauf frühzeitig, in Verbindung mit beabsichtigten lebensverlängernden Therapien wie Chemotherapie oder Strahlentherapie, einzusetzen und
- beinhaltet Untersuchungen, die benötigt werden, um die belastenden klinischen Symptome oder Komplikationen zu verstehen und behandeln zu können (WHO 2019).

Diese Definition deckt sich mit den Ergebnissen der Kerninhalte der *Palliative Care* aus der Literatur. Genannt werden die Lebensqualität, die Symptomkontrolle, die interdisziplinäre Versorgung, die Unterstützung der Angehörigen sowie die Versorgung von Menschen mit lebensbedrohlichen, weitfortgeschrittenen Erkrankungen (Hui et al. 2013).

Hospice Care kommt in der Literatur meist erst deutlich nach der *Palliative Care* zum Einsatz. Die *Hospice Care* beinhaltet die Kompetenzen des Symptommanagements, der interprofessionellen Versorgung, des Miteinbeziehens der Angehörigen und der Trauerbegleitung. Sie basiert großteils auf Ehrenamtlichen, der Trauerbegleitung und der Gemeinschaftspflege (Hui et al. 2013).

Der englische Begriff *End of Life Care* kann mit dem Oxford-Wörterbuch nur separat ins Deutsche übersetzt werden. *End of Life* bedeutet das Ende des Lebens und *Care* die Versorgung, Betreuung oder Pflege. Zusammengesetzt eben die Versorgung, Betreuung oder Pflege am Ende des Lebens (Oxford-Wörterbuch 2009).

In einer systematischen Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2012 wurde nach verschiedenen Definitionen im Bereich der *Palliative Care* recherchiert. Ziel war es, herauszufinden, ob die jeweiligen Begriffe klar definiert sind und in der Literatur einheitlich verwendet werden. Die Ergebnisse von 1.213 eingeschlossenen Artikeln zeigen, dass der Begriff *End of Life Care* nicht klar definiert ist und somit keine äquivalente Verwendung international stattfindet (Hui et al. 2012).

Weitere wissenschaftliche Literatur zeigt ebenso, dass es keine einheitliche Definition zur *End of Life Care* gibt. Der Begriff wird im Zusammenhang mit den letzten Monaten bis Tagen des Lebens einer Person mit einer terminalen Erkrankung

verwendet, ohne präzise zeitliche Grenzen oder Interventionen, die die *End of Life Care* einschließt, zu nennen (Lunney et al. 2003).

1.4. Palliative Care in Österreich

Es wird geschätzt, dass in Österreich etwa 20 Prozent der Patientinnen und Patienten, vor allem aus dem onkologischen Bereich, aufgrund von komplexen Situationen und schwierigen Fragestellungen, eine spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung benötigen. Die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung ist im internationalen Vergleich nicht in Verwendung, sondern wird nur im österreichischen Raum beschrieben. Sie umfasst unterstützende Angebote wie Hospizteams, Palliativkonsiliardienste und mobile Palliativteams sowie betreuende Angebote wie Palliativstationen, Tageshospize und stationäre Hospize. Somit werden zirka 80 Prozent der terminal Kranken und Sterbenden in der Grundversorgung des Gesundheitssystems wie Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime versorgt und zu Hause durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, mobile Dienste oder Therapeutinnen und Therapeuten betreut (Dachverband Hospiz Österreich 2019). Einen Überblick zur Grundversorgung und der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung gibt die Abbildung 1.

Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung		
	Einrichtung / Dienstleister	Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Aktbereich	Krankenanstalten	Hospizteam	Palliativkonsiliar-dienst	Palliativstation
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Mobiles Palliativteam	Stationäres Hospiz
Familienbereich zu Hause	Niedergelassene (Fach-)Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten			Tageshospiz
	Einfache Situationen	Schwierige Fragestellungen und komplexe Situationen		

Abbildung 1: Hospiz- und Palliativversorgung, in Anlehnung an Hospiz Österreich, ÖBIG 2004

Aufgaben der unterstützenden und betreuenden Angebote sind individuell und ergeben gemeinsam eine Einheit. Ein Hospizteam besteht aus einer hauptamtlichen Koordinationsperson und qualifizierten ehrenamtlichen Hospizbegleiterinnen und -begleitern. Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige werden im Krankheitsprozess und am Lebensende stationär, extramural oder auch zu Hause begleitet. Dazu kommen die mobilen Palliativteams, die Palliativpatientinnen und -patienten und ihr Betreuungsumfeld zu Hause oder in extramuralen Bereichen unterstützen. Sie arbeiten multiprofessionell und haben eine beratende und anleitende Funktion zu palliativmedizinischen Themen. Die Palliativkonsiliardienste bestehen aus multiprofessionellen Teams in einem Krankenhaus, die Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegepersonen auf Stationen oder Ambulanzen, die Palliativpatientinnen und -patienten betreuen und beraten. Betreuende Angebote wie die Palliativstationen sind in ein Krankenhaus eingebettet oder an ein Krankenhaus angeschlossen und auf die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten spezialisiert. Aufnahmegrund sind medizinisch, pflegerisch oder psychosozial komplexe Symptome, die von anderen Einrichtungen oder Diensten nicht gelöst werden können. Die Betreuung passiert durch ein multiprofessionelles Team und Ziel ist die Linderung von Symptomen und eine Stabilisierung für eine Entlassung nach Hause oder in eine passende Einrichtung. In einem Tageshospiz haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, tagsüber und tageweise eine therapeutische, psychosoziale Behandlung, Beratung oder Begleitung durch ein multiprofessionelles Team zu erhalten. Die stationären Hospize versorgen die Palliativpatientinnen und -patienten in komplexen Situationen, mit dem Fokus auf pflegerischer und psychosozialer Betreuung. Eine Versorgung im Hospiz wird angedacht, wenn eine Behandlung im Krankenhaus, auf einer Palliativstation medizinisch nicht erforderlich, eine Betreuung zu Hause jedoch nicht möglich ist. Diese unterstützenden und betreuenden Angebote stehen vereinzelt in jedem Bundesland zur Verfügung, doch bedarf es noch eines Ausbaus der Versorgungsstrukturen für Menschen am Lebensende (Dachverband Hospiz Österreich 2019).

Es gibt derzeit (Stand Januar 2019) 57 Palliativkonsiliardienste, 57 mobile Palliativteams, 171 Hospizteams, 43 Palliativstationen, fünf Tageshospize und elf Hospize. Dem Dachverband Hospiz Österreich nach fehlen noch hunderte Palliativ- und Hospizbetten, mobile Palliativteams, Hospizteams und Tageshospize, um ei-

ne flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Die Problematik an der Umsetzung ist die Finanzierung, da eine Mehrzahl der jetzigen Einrichtungen auf Spenden und jährliche Förderungen angewiesen ist (Dachverband Hospiz Österreich 2019). Auch die Bioethikkommission (2015) sieht die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich als nicht flächendeckend.

Wie schon die Definition zeigt, besteht die Versorgung der *Palliative Care* aus einem interprofessionellen Teamansatz, der einige Berufsgruppen miteinschließt, wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal, Psychologie, Sozialarbeiterinnen, Sozialarbeiter und Therapeutinnen, Therapeuten (Dachverband Hospiz Österreich 2019).

Mit dem Fokus auf der österreichischen *Palliative Care* gab es mit Ende 2016 in den Hospiz- und Palliativeinrichtungen, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten beziehungsweise Dienstposten, insgesamt 1.027,79 Beschäftigte. Die Anzahl der tatsächlich in diesem Bereich eingestellten Personen ist jedoch deutlich höher, da die Anzahl der Teilzeitbeschäftigten und die Leistungsanforderungen nach Bedarf unter der Vollzeitäquivalenz nicht optimal dargestellt werden. Leistungsanforderungen nach Bedarf leisten vor allem Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Physiotherapeutinnen und -therapeuten sowie Seelsorgerinnen und Seelsorger. Auch im Bereich der *Palliative Care* in Österreich nimmt die diplomierte Pflege mit 70 Prozent aller hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die größte Stelle ein. Danach folgen Ärztinnen und Ärzte mit 13 Prozent, die Sozialarbeit mit knappen drei Prozent, Therapeutinnen und Therapeuten mit zwei Prozent, die Psychologie mit einem Prozent und Sonstige mit zehn Prozent, worunter Pflegeassistentinnen und -assistenten und administratives Personal fallen (Pelttari, Pissarek & Zottele 2017).

1.4.1. Ausbildung der Pflege in der *Palliative Care*

Die Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes 2016 brachte nicht nur Veränderungen in der Personalentwicklung der Pflege, sondern sieht auch Neuerungen bezogen auf die Ausbildungen, vor allem im Bereich *Palliative Care*, vor. Seither zählt die Hospiz- und Palliativversorgung zu den setting- und zielgruppenspezifischen Spezialisierungen (siehe §17) im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege. Voraussetzung für die Ausübung dieser Spezialisierung, mit erwei-

terten Kompetenzen in der *Palliative Care*, ist die erfolgreiche Absolvierung der entsprechenden Sonderausbildung innerhalb von fünf Jahren ab Aufnahme der Tätigkeit (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2019; Kössler 2016).

Diese Sonderausbildung wird in Österreich seit 1998 als interprofessioneller Palliativ-Basislehrgang angeboten und wurde bis Ende 2016 von 3.857 Personen absolviert. Er dient der Vermittlung und Erarbeitung des Grundverständnisses sowie der Prinzipien und Standards des multiprofessionellen Fachbereiches *Palliative Care*. Gelehrt werden Fachwissen und Methoden sozialer Kompetenz in entsprechender Kombination, der Lehrgang findet gemeinsam für alle Berufsgruppen aus diesem Setting statt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen in einer praktisch-professionellen Tätigkeit stehen, die die Umsetzung der Hospiz- und Palliativgrundsätze ermöglicht. Dieser Basislehrgang stellt die erste Stufe des seit 2006 bestehenden Universitätslehrganges *Palliative Care* dar. Die Stufe zwei besteht aus einem berufs- sowie fachspezifischen Vertiefungslehrgang und die Stufe drei schließt mit einer akademischen Palliativexpertin oder Palliativexperten und danach mit einem Master of Science in *Palliative Care* ab. Kenntnisse in Führen, Entwickeln und Forschen werden erworben. Der Vertiefungslehrgang wurde von 2006 bis Ende 2016 von 687 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, darunter 213 Pflegepersonen, absolviert. Weitere 182 Personen haben die akademische Expertin, den akademischen Experten abgeschlossen. Davon graduierten 102 Personen weiterführend zum Master of Science in *Palliative Care* (Pelttari, Pissarek & Zottle 2017).

1.4.2. Aufgaben der Pflege in der *Palliative Care*

Zu den Funktionen der Grundversorgung in der Gesundheits- und Krankenpflege kommen in der Hospiz- und Palliativversorgung weitere Aufgaben. Nach den österreichischen gesetzlichen Grundlagen beinhaltet die Hospiz- und Palliativversorgung (siehe § 22b.) die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren und damit lebensbedrohlichen Erkrankung sowie die Betreuung von deren Angehörigen und sonstigen nahestehenden Personen – mit dem Hintergrund eines umfassenden Verständnisses von Krankheit unter Wahrung des

Selbstbestimmungsrechts und Berücksichtigung des Patientenwillens. Das Ziel davon ist, die Lebensqualität zu verbessern, insbesondere durch

- Identifikation des Bedarfs an Hospizversorgung und spezialisierter Palliativpflege,
- vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase,
- Erfassung und Beurteilung von Intensität und Verlauf der Symptome,
- Mitwirkung beim Einsatz medikamentöser und nicht-medikamentöser Therapien zur Symptomlinderung im gesamten Krankheitsverlauf einschließlich kontinuierlicher Evaluierung deren Wirkung,
- Beratung und/oder Schulung der Palliativpatienten und -patientinnen sowie deren Angehörige und sonstige nahestehende Personen im Umgang mit den Symptomen,
- kontinuierliche und enge Zusammenarbeit und Kommunikation mit verschiedenen Professionen, Disziplinen sowie Einrichtungen,
- Mitwirkung in der umfassenden multiprofessionellen Versorgungsplanung und Unterstützung im Zugang zu externen Ressourcen,
- Beistand in der Auseinandersetzung mit Krankheit, Abschied, Sterben und Tod (Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort 2019).

1.5. Relevanz der Thematik

Das Thema hat in den vergangenen Jahren in der Öffentlichkeit an Bedeutung gewonnen. Patientinnen- und Patientenverfügungen, der Zugang zur *Palliative Care*, die Debatte zu Entscheidungen am Lebensende, der ärztlich-assistierte Suizid oder Behandlungen in der letzten Lebensphase beschäftigen die pflegerische und medizinische Praxis sowie Forschungsnetzwerke und -institute. Unterschiedliche Vorstellungen und Ideale führen zu Diskussionen, wie ein optimales Sterben aussehen soll oder könnte (NFP 67 2017). Klar hervor gehen die Menschen, die am Lebensende stehen. Das Betreuungsteam, ob aus Angehörigen oder Professionistinnen und Professionisten bestehend, ist nachrangig. Dabei nehmen sie in der Versorgung der Todkranken und Sterbenden eine essentielle Rolle ein. Die Pflege mildert die Belastung und Verzweiflung jener, die dem Tod ins Auge blicken. Weiters hat sie die Fähigkeit, Unterstützung für individuelle physische, soziale, psychologische und spirituelle Be-

dürfnisse der Patientinnen und Patienten und ihren Familien zu bieten. Diese Versorgung und Pflege von Personen mit einer unheilbaren und terminalen Erkrankung ist für das Betreuungsteam jedoch auch eine emotionale Erfahrung. Da Pflegepersonen die größte Berufsgruppe mit dem engsten Patientinnen- und Patientenkontakt darstellen, sind sie die hauptsächlich Betroffenen. Die tägliche Konfrontation mit dem Tod kann zu Gefühlen wie Angst, Hilflosigkeit, Verzweiflung oder fehlender Zuversicht führen. Vor allem, wenn der Glaube besteht, dass Situationen am Lebensende aufgrund von pflegerischen Handlungen geschehen. Pflegepersonen, die mit Menschen am Lebensende arbeiten, sollten ihre eigenen Emotionen ausdrücken können, sich selbst mit ihren Gefühlen wie Ängsten, bezogen auf das Lebensende und den Tod, konfrontieren und ihre persönlichen Einstellungen zum Sterben und Tod kennen. Die Qualität der Versorgung, die von einer Pflegeperson bereitgestellt wird, kann von ihrer Einstellung, bezogen auf die Pflege von sterbenden Menschen oder den Tod selbst, abhängen. Das Wissen über die Einstellungen ist für die Pflegenden selbst und im Team essentiell, um eine gemeinsame Haltung zu vertreten und den Patientinnen und Patienten eine wertfreie Versorgung, mit dem Ziel der Erhaltung von Lebensqualität, zu gewährleisten. Außerdem sind Bedürfnisse und Wünsche der Pflegepersonen in der *Palliative Care* für die Organisation, die Führungsebenen, aber auch politisch gesehen relevant, damit eine Behandlungskontinuität gewährleistet werden kann und Fluktuationsraten sowie Personalmangel möglichst gering gehalten werden. (Cevik & Kav 2010; O'Connor 2016; Schroeder & Lorenz 2018). Für Österreich selbst sind Ziele, Aufgaben und die Ausbildung der Pflegepersonen in der *Palliative Care* klar definiert, was aber keinen Hinweis zu den individuellen Einstellungen, Wünschen und Bedürfnissen gibt. Mit Blick auf den deutschsprachigen Raum gesamt ist ebenso kaum Literatur zu den Einstellungen, Wünschen und Bedürfnissen der Pflegepersonen zur Versorgung von Menschen an ihrem Lebensende veröffentlicht. Daher ergeben sich für diese Arbeit nachfolgendes Forschungsziel und dazugehörige Forschungsfrage.

1.6. Forschungsziel und Forschungsfrage

Ziel dieser Arbeit ist es, die Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen zur Versorgung von Menschen am Lebensende in der *Palliative Care* in der Literatur herauszufinden.

Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten:

Welche Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse haben Pflegepersonen in der *Palliative Care* zur Versorgung von Menschen am Lebensende?

2 Methodik

Um eine akkurate Beantwortung der Forschungsfrage zu erzielen und vorhandene Ergebnisse von Studien auf dem Interessensgebiet zusammenzufassen, wurde ein systematisches Review als Forschungsdesign gewählt. Aufgrund gefundener Literatur handelt es sich um ein ‚Systematic Mixed Studies Review‘ mit integrativem Design (Sandelowski, Voils & Barroso 2016).

2.1 Studiendesign

Ein systematisches Review ist eine Übersichtsarbeit, die Forschungsevidenz zu einer spezifischen Forschungsfrage, aus einem definierten Recherche-, Screening-, Begutachtungs- und Analyseprozess, beinhaltet. Allgemeine Schritte eines systematischen Reviews sind das Formulieren eines Forschungsproblems, die Planung, die Literatursuche, das Evaluieren der Studienqualität, das Extrahieren und Kodieren der Daten, das Analysieren der Daten und die Interpretation der Ergebnisse. Durch dieses Vorgehen wird eine objektive Übersicht zur Evidenzlage gezeigt und die stringente Methodik verringert mögliche Bias (Behrens & Langer 2016). Obwohl die Subjektivität nicht ganz verhindert werden kann, ist der Review-Prozess sehr diszipliniert und weitgehend transparent. Besteht aufgrund unterschiedlicher Studiendesigns nicht die Möglichkeit einer statistischen Vernetzung, kommt es zu einer narrativen Auswertung. Werden qualitative und quantitative Studiendesigns in einem systematischen Review miteinander kombiniert, wird laut Polit & Beck (2017) von ‚Systematic Mixed Studies Reviews‘ gesprochen, also sogenannten Reviews von gemischten Studien. Da dies ein relativ neues Feld der Reviews darstellt, werden unterschiedliche Strategien angewandt (Burns & Grove 2001; Polit & Beck 2017). Diese Art von systematischen Mixed-Method Reviews

wird von einigen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern als integratives Design bezeichnet, denn quantitative Ergebnisse werden in qualitative Ergebnisse integriert. Die Studien sind nicht nach der Methode, sondern für eine bessere Übersicht den Ergebnissen nach dargestellt (Sandelowski, Voils & Barroso 2016).

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Unter Einbezug der festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 1) wurden die Limitationen in der Literaturrecherche gesetzt und die Ergebnisse anschließend anhand dieser Kriterien gescreent.

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Literatur veröffentlicht zwischen den Jahren 2008 und 2018	Literatur veröffentlicht vor dem Jahr 2008
Artikel in den Sprachen Englisch und Deutsch	Artikel veröffentlicht in anderen Sprachen
Professionelle Pflegepersonen und Pflegeassistentinnen und -assistenten	Pflegepersonen in Ausbildung, Pflegepersonen in Führungsebenen
<i>Palliative Care</i> von Erwachsenen	Pädiatrische <i>Palliative Care</i> Settings
Pflegepersonen mit und ohne Spezialisierung in der <i>Palliative Care</i>	Literatur bezogen auf die ‚ <i>Early Palliative Care</i> ‘

Begrenzt wurde die Suche auf 2008 bis 2018, um aktuelle Literatur zur Beantwortung der Forschungsfrage auszuwerten. Die Zeitspanne von zehn Jahren wurde außerdem gewählt, da sich möglicherweise durch das zunehmende Sterben in den Gesundheitseinrichtungen, durch die Entwicklung sowie den Ausbau der Palliativversorgung in den letzten 30 Jahren, die Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse, bezogen auf die Versorgung von Menschen am Lebensende, geändert haben. Die Einschränkung der Sprachen Englisch und Deutsch ist aufgrund der Kenntnisse der Autorin festgelegt worden.

Das Kriterium, nur professionelle Pflegepersonen und Pflegeassistenten einzuschließen, wurde gewählt, um ein möglichst spezifisches Bild zur Versorgung von Menschen am Lebensende direkt vom Krankenbett zu erhalten. Da Auszubildende nicht hauptverantwortlich für die Versorgung sind und nur für eine begrenzte Zeit in den verschiedenen Bereichen verweilen, bilden sie ein Ausschlusskriterium. Auch Personen aus der Führungsebene wurden in der Untersuchung nicht berücksichtigt, da sie durch ihre Position und die unterschiedlichen Aufgaben eine

andere Rolle im Versorgungsprozess einnehmen. Die *Palliative Care* von Erwachsenen wurde gewählt, da sich die in der Einleitung genannte Hospiz- und Palliativversorgung an Personen ab 18 Jahren richtet und Betreuungsstrukturen für Kinder in Österreich vermutlich davon abweichen. Es wurde keine Begrenzung in der Ausbildung sowohl pflegerisch als auch in der spezialisierten *Palliative Care* gemacht, um ein möglichst umfassendes Ergebnis von der Berufsgruppe der Pflege zu erhalten. Literatur zur ‚*Early Palliative Care*‘ wurde ausgeschlossen, da das Forschungsziel die Versorgung von Menschen am Lebensende anspricht und dieses Konzept bereits früher im Behandlungsprozess, bestenfalls bei Diagnosestellung, einsetzt (Temel et al. 2007).

2.3 Recherchetätigkeit

Im Zeitraum von April bis Mai 2018 wurde nach relevanter Literatur, um das Forschungsziel zu beantworten, gesucht. Als Suchbegriffe wurden *Attitude**, *Wish**, *Need**, *Palliative Care*, *End of Life Care* und *Nurse** mit jeweiligen Synonymen festgelegt. Die Recherche passierte hauptsächlich in den wissenschaftlichen Datenbanken PubMed, CINAHL, PubPsych, PsychInf und Cochrane Database of Systematic Reviews. Zusätzlich wurde eine Handsuche in den Referenzlisten von relevanten Artikeln durchgeführt. Wurden passende Artikel aus den wissenschaftlichen Datenbanken ausgewählt, wurde die Option ‚Ähnliche Artikel anzeigen‘ aktiviert. Schloss ein Titel der ‚Ähnlichen Artikel‘ die Suchbegriffe sinngemäß ein, wurden diese Artikel in das weitere Screeningverfahren aufgenommen. Eine Recherche in der Metasuchmaschine Google Scholar war ebenfalls ein Teil der Handsuche (siehe Tabelle 2).

Um einen exakten Einblick in die Recherche zu geben und die Transparenz der Suche zu gewährleisten, wird anschließend die Suche in den einzelnen Datenbanken und die Handsuche mit den jeweiligen Suchstrategien und Suchbegriffen sowie den Ergebnissen beschrieben. Zu Beginn wurde in der Datenbank PubMed recherchiert, welche die weltweit größte Datenbank zu medizinischen bibliographischen Themen darstellt und von der National Library of Medicine der USA erstellt wurde. Danach wurde in der Datenbank CINAHL recherchiert, welche die größte Datenbank für den Bereich Pflege und eine Onlineausgabe von ‚Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature‘ ist. Da das gewählte Thema auf psychologische Themen eingeht, wurde die Recherche auf psychologische Datenbanken

ausgeweitet. Die Datenbank PubPsych ist ein Open-Access Suchportal für Psychologie und verwandte Disziplinen. Eine weitere psychologische Datenbank war PsychINFO, die ebenso Literatur zu psychologischen Themen sowie zu Bereichen wie zum Beispiel Psychiatrie, Soziologie, Medizin und Pflege enthält. In der Datenbank Cochrane Database of Systematic Reviews wurde recherchiert, um auszuschließen, dass aktuelle systematische Reviews zu dieser Thematik vorhanden sind. Die Datenbank Cochrane gibt der Leserin, dem Leser einen umfassenden Überblick zu relevanten Forschungsergebnissen sowie systematischen Reviews.

Die individuellen Recherchestrategien und Ergebnisse aus den wissenschaftlichen Datenbanken und der Handsuche wurden für eine bessere Übersicht in Tabelle 2 zusammengefasst.

Tabelle 2: Recherche in wissenschaftlichen Datenbanken und Handsuche

Wissenschaftliche Datenbanken					Handsuche
PubMed	CINAHL	PubPsych	PsychINFO	Cochrane Data-base	Google Scholar
(Palliative Care (MeSH) AND palliative car* AND palliative) AND (End of Life Care (MeSH) AND end of life care* AND end-of-life care* AND terminal care*) AND (attitude* OR perspective* OR view* AND wish* OR desire* AND need*) AND (nurse* AND nursing aid* AND palliative care nurse* AND nursing staff)	(Palliative Care (Subject Heading) AND palliative car* AND palliative) AND (End of Life Care (Subject Heading) AND end of life care* AND end-of-life care* AND terminal care*) AND (attitude* OR perspective* OR view* AND wish* OR desire* AND need*) AND (nurse (Subject Heading) AND nursing aid* AND palliative care nurse* AND nursing staff)	(palliative care AND palliative car* AND palliative) AND (end of life care AND end of life care* AND end-of-life care* AND terminal care*) AND (attitude* OR perspective* OR view* AND wish* OR desire* AND need*) AND (nurse* AND nursing aid* AND palliative care nurse* AND nursing staff)	(palliative care AND palliative car* AND palliative) AND (end of life care AND end of life care* AND end-of-life care* AND terminal care*) AND (attitude* OR perspective* OR view* AND wish* OR desire* AND need*) AND (nurse* AND nursing aid* AND palliative care nurse* AND nursing staff)	(palliative care AND palliative car* AND palliative) AND (end of life care AND end of life care* AND end-of-life care* AND terminal care*) AND (attitude* OR perspective* OR view* AND wish* OR desire* AND need*) AND (nurse* AND nursing aid* AND palliative care nurse* AND nursing staff)	palliative care AND end of life care AND terminal care AND attitude OR perspective OR view AND wish OR desire AND need AND nurse AND nursing aid AND nursing staff Weitere Literatursuche in Referenzlisten und unter 'Ähnlichen Artikeln' ohne Verwendung von einer Suchstrategie
Limitationen: Deutsch und Englisch, veröffentlicht zwischen 2008 bis 2018					
785 Ergebnisse	624 Ergebnisse	137 Ergebnisse	107 Ergebnisse	62 Ergebnisse	8 Ergebnisse

Nachfolgend eine kurze Klärung der verwendeten Begrifflichkeiten in der Tabelle. ‚MesH Terms‘ sind von der National Library of Medicine festgelegte Schlagwörter, die den Artikeln zugeordnet werden, um die Suche in der Datenbank zu erleichtern und möglichst alle Artikel, die für diesen Begriff relevant sind – egal, ob im Titel oder Abstrakt genannt – zu erhalten. Dasselbe gilt für ‚Subject Headings‘ in der Datenbank CINAHL.

Eine getrennte Ergebnisdarstellung der Handsuche zeigt drei Ergebnisse nach Durchsicht der Referenzlisten von gefundener relevanter Literatur und einen relevanten Artikel aus der Kategorie „Ähnliche Artikel“ in PubMed. Die Literaturrecherche in der Metasuchmaschine Google Scholar brachte nach Durchsicht der ersten 15 Seiten vier relevante Ergebnisse.

Nach der abgeschlossenen Recherche wurde das Screening nach Duplikaten mit Hilfe des Literaturverwaltungsprogrammes Endnote durchgeführt und 315 Duplikate konnten identifiziert und ausgeschlossen werden.

2.4 Screeningverfahren

Nach dem Titelscreening durch die Autorin dieser Masterarbeit blieben in der Datenbank Pubmed 55 relevante Ergebnisse, in der Datenbank Cinahl 31 passende Artikel, in der Datenbank PubPsych 19 relevante Artikel, in der Datenbank PsychINFO zwei Artikel und in Cochrane vier relevante Ergebnisse. Im Bereich der Handsuche wurden die vier gefundenen Artikel in Google Scholar beim Duplikatescreening ausgeschlossen. Die drei Artikel aus den Referenzlisten und der eine relevante Artikel aus der Kategorie ‚Ähnliche Artikel‘ wurden in das nachfolgende Abstraktscreening eingeschlossen. Ausgeschlossen wurden Artikel, wenn sie nicht den zuvor definierten Einschluss- beziehungsweise Ausschlusskriterien entsprechen. Großteils wurde Literatur während des Titelscreenings ausgeschlossen, da es sich um Forschung zu pädiatrischer *Palliative Care* handelte und dies als Ausschlusskriterium festgelegt wurde. Nach dem Titelscreening wurden 115 relevante Studien ausgewählt.

Der nächste Schritt war das Abstraktscreening. Dies erfolgte ebenfalls durch die Autorin dieser Arbeit. Dabei kam es in der Datenbank Pubmed zu 29 relevanten Artikeln, in der Datenbank Cinahl zu 20 Ergebnissen, in PubPsych zu 11 passenden Artikeln, in PsychINFO zu keinem relevanten Ergebnis und in Cochrane blieb

ein relevantes Review nach dem Abstraktscreening. Die vier Artikel der Handsuche waren nach dem Abstraktscreening weiterhin von Relevanz. Somit bildeten 50 Artikel das Endergebnis des Abstraktscreenings.

Beim Abstraktscreening kam es hauptsächlich zum Ausschluss von Literatur aufgrund des Ausschlusskriteriums, keine Pflegepersonen in Ausbildung einzuschließen. Daneben behandelten einige Artikel nur die Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen in Ausbildung zum Thema *Palliative Care* und *End of Life Care*.

Nach dem Abstraktscreening erfolgte das Volltextscreening, ebenfalls durch die Verfasserin dieser Arbeit. Nach diesem Schritt waren noch 21 Artikel für das Forschungsziel relevant – fünf davon aus der Datenbank PubMed, acht aus CINAHL, vier von Pubpsych und weitere vier aus der Handsuche. Das systematische Review aus der Datenbank Cochrane wurde ausgeschlossen, da der Fokus nicht auf den Pflegepersonen selbst, sondern auf der Sichtweise der Patientinnen und Patienten lag. Dies war auch der Hauptausschlussgrund in den anderen Datenbanken, denn die festgelegten Definitionen für Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse wurden teilweise in anderer Form verwendet beziehungsweise wurden eher Maßnahmen und Therapien für Patientinnen und Patienten untersucht. Die übrigen 21 Artikel aus den Datenbanken PubMed, Cinahl, PubPsych und aus der Handsuche wurden anschließend auf ihre Qualität beurteilt.

2.5 Evaluieren der Studienqualität

Eine kritische Qualitätsbeurteilung gibt einen Überblick zur Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Relevanz der einzelnen Studienergebnisse. Außerdem werden das methodische Vorgehen, die interne Validität und die Generalisierbarkeit mit einem Beurteilungsinstrument begutachtet (Behrens & Langer 2016).

Die Qualitätsbeurteilung der 21 Artikel in dieser Arbeit erfolgte durch drei qualifizierte Personen unabhängig voneinander mit den Critical Appraisal Tools vom Joanna Briggs Institute. Diese Instrumente wurden gewählt, da sie Peer Reviewed wurden und Beurteilungsbögen sowohl für quantitative als auch für qualitative Studiendesigns vorliegen (Joanna Briggs Institute 2014). Entsprechend der Cochrane Collaboration liegen derzeit weltweit keine Critical Appraisal Tools vor, die bezogen auf Validität oder Reliabilität getestet wurden. Doch die Instrumente

des Joanna Briggs Institute enthalten die wichtigsten Aspekte, die die Cochrane Collaboration zur Beurteilung von Studien zur Erstellung eines systematischen Reviews vorgibt (Higgins & Green 2001; Joanna Briggs Institute 2014).

Um umfassende Ergebnisse aus unterschiedlichen Blickwinkeln zu erhalten, gab es im Recherche- und Screeningprozess keine Einschränkungen bezogen auf das Studiendesign. Aufgrund der dadurch unterschiedlichen Methoden, die die eingeschlossenen Artikel vorweisen, wurden die Instrumente für Prävalenzstudien, für systematische Reviews und qualitative Literatur verwendet. Beurteilungsbögen mit den Einzelbegutachtungen sind dem Anhang beigelegt.

Die Instrumente hatten die Kategorien *Ja*, *Nein*, *Unklar* sowie *Nicht zutreffend*. Die drei Begutachterinnen beurteilten die nach dem Volltextscreening passenden Studien unabhängig voneinander. Bei einem persönlichen Treffen zwischen den drei Gutachterinnen wurden die Ergebnisse verglichen und Unklarheiten diskutiert. Bei 18 von 21 Studien waren sich die Gutachterinnen jedoch zu 100 Prozent einig. Die weiteren drei Studien erreichten Übereinstimmungen von über 80 Prozent. Bei diesen inhaltlichen Unstimmigkeiten oder Unklarheiten wurde das Handbuch des Joanna Briggs Institutes für Bewertungsbögen herangezogen. Danach wurde diskutiert, bis es zu einem Konsens kam (Joanna Briggs Institute 2014). In weiterer Folge wurde die Interrater-Reliabilität errechnet. Diese beschreibt das Ausmaß der Übereinstimmung von den verschiedenen Gutachterinnen und Gutachtern. Ein Wert von mindestens 0,6 soll erreicht werden, Werte ab 0,8 gelten als optimal (Burns & Grove 2001). In dieser Arbeit lag die Interrater-Reliabilität bei allen Bewertungen nach der Diskussionsrunde bei dem Wert 1.

Nach der genannten Diskussionsrunde vergab die Autorin den jeweiligen Antwortkategorien Punkte, für Ja einen Punkt, für Nein und Unklar null Punkte und war eine Frage nicht zutreffend auf den Artikel, dann wurde diese von der Berechnung ausgenommen. Danach wurde die Punkteanzahl addiert und durch die Anzahl der beantworteten Kategorien dividiert und prozentuell dargestellt. Bei einer Angabe von unter 70 Prozent, dem sogenannten Cut off Point, werden Artikel aufgrund von mangelnder Qualität ausgeschlossen. Dieser Punkt wurde gewählt, um die Verfälschung der Ergebnisse dieses systematischen Reviews durch mangelhafte Qualität zu vermeiden (Littlewood, Chance-Larsen & McLean 2010).

Die nachfolgende Abbildung 1 gibt einen Überblick zur Literaturrecherche und dem Screeningverfahren. Absteigend werden zu Beginn Ergebnisse der Literaturrecherche in wissenschaftlichen Datenbanken und der Handsuche sowie anschließend, nach der Entfernung der Duplikate, der Screeningprozess im Detail dargestellt. Im Anschluss an die kritische Beurteilung sind die eingeschlossenen Studien angeführt.

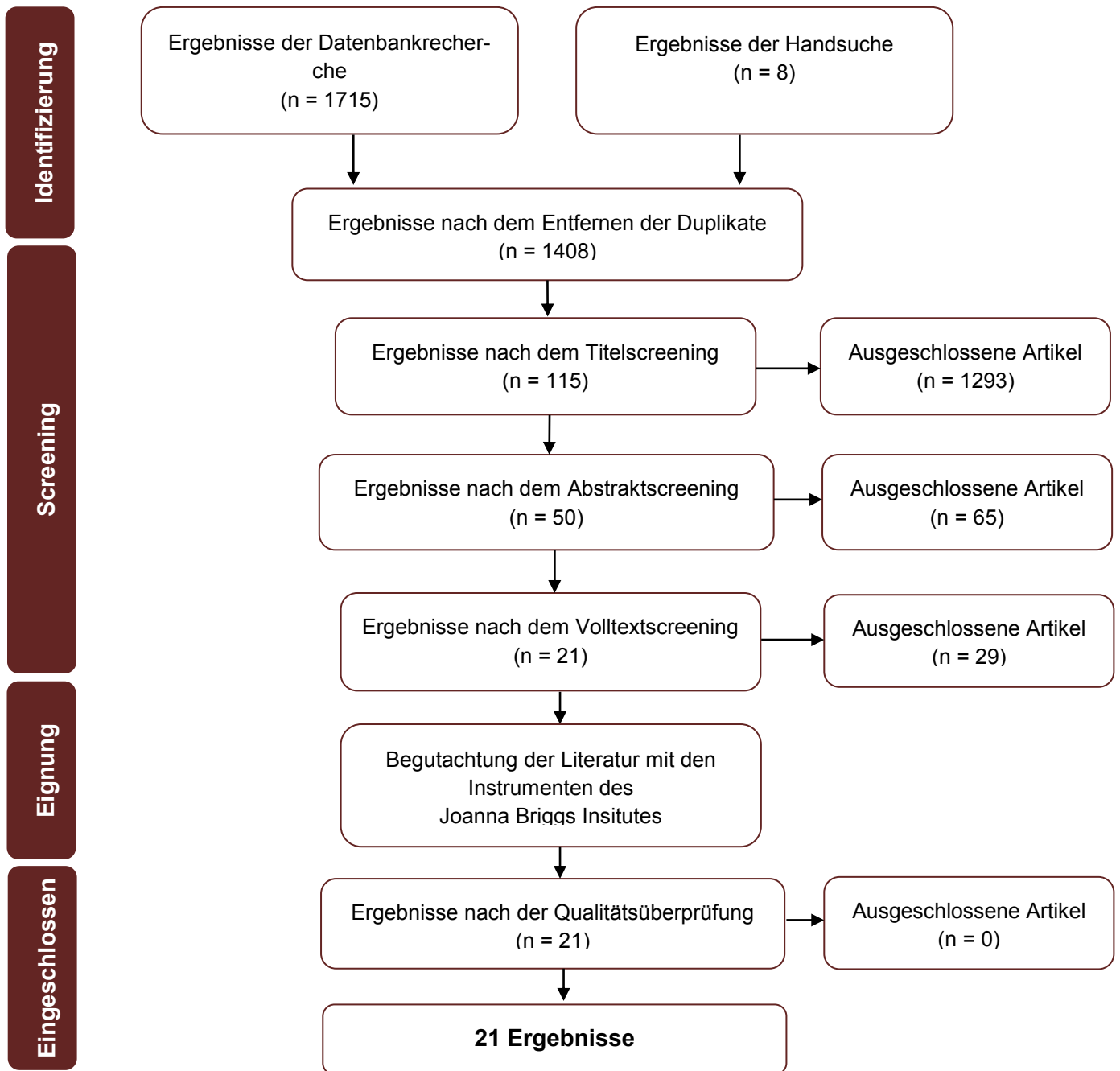


Abbildung 2: Übersicht zur Literaturrecherche und dem Screeningverfahren

2.6 Studienqualität der Literatur

Zwei Einzelstudien und ein systematisches Review zeigten nach der Qualitätsbeurteilung und Diskussionsrunde durch die drei Begutachterinnen 100 Prozent. Es wurden alle Punkte im Bewertungsinstrument positiv beantwortet, daher ist von einer sehr guten methodologischen Qualität auszugehen (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Beck et al. 2011; Zheng, Lee & Bloomer 2017). Bei Andersson, Salickiene & Rosengren (2016) werden keine Informationen zu den kulturellen oder theoretischen Hintergründen der Autorinnen, Autoren und mögliche Einflüsse durch die Autorinnen, Autoren auf die Erhebung und Ergebnisse genannt. Auch fehlen Angaben zu den ethischen Kriterien – ebenso bei Huang, Chen & Chiang (2016) und McLennan et al. (2010). In Folge konnte hier eine Qualität von 70 Prozent erreicht werden. Dies liegt genau über dem festgelegten Cut off Point. Dong et al. (2016) weisen ebenso Defizite in der Beschreibung von kulturellen und theoretischen Informationen über die Autorinnen und Autoren sowie zu den ethischen Aspekten auf. Das Fehlen des kulturellen und theoretischen Kontextes der Autorinnen und Autoren führte auch bei Arnaert, Seller & Wainwright (2009); Karlsson et al. (2010); Luxardo, Padros & Tripodoro (2014) und O'Connor (2016) zu einem Punkteabzug. Somit erreichten die qualitativen Erhebungen zwischen 70 und 100 Prozent in der Qualitätserhebung, wobei der Hauptkritikpunkt im Fehlen von kulturellen und theoretischen Hintergründen, bezogen auf die Autorinnen und Autoren, liegt. Sollten die Autorinnen oder Autoren einen Konflikt mit diesem Thema oder hohes Interesse an einem bestimmten Ergebnis haben, könnte dies die Erhebungen sowie die Analyse und in Folge die Ergebnisse der Einzelstudien beeinflussen.

Die Prävalenzerhebungen von Balboni et al. (2012); Braun, Gordon & Uziely (2010); Inghelbrecht et al. (2009); Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh (2008); Jenull & Brunner (2008) und Wilson, Avalos & Dowling (2016) zeigten keinen Hinweis auf eine Poweranalyse. Durch diese Analyse kann die benötigte Stichprobengröße errechnet werden. Somit wurde jeweils ein Punkt bei der Bewertung mit dem Instrument abgezogen und 88 Prozent konnten erreicht werden. Bei Oflaz et al. (2010) und Wang et al. (2018) gab es neben dem Fehlen der Poweranalyse auch keine Angaben zu der Rücklaufquote beziehungsweise darüber, wie viele Personen der Population kontaktiert wurden. Sakai, Naruse & Nagata (2013) zeigen den Kritikpunkt, dass Informationen zur Validität des Erhebungsinstrumentes

fehlen. Somit besteht die Möglichkeit, dass das Befragungsinstrument nicht erfasst, was es erfassen soll. Der Prozentsatz sinkt somit auf 88 Prozent. Beim zweiten systematischen Review, dem von Abarshi et al. (2014), geht nicht hervor, ob die eingeschlossene Literatur von zwei unabhängigen Personen begutachtet wurde. Die negativen Punkte der methodologischen Qualität der Einzelstudien wurden betrachtet und diskutiert. Dass keine Erhebung unter dem Cut off Point beziehungsweise meist deutlich darüber liegt, zeigt eine durchschnittlich gute Qualität der eingeschlossenen Literatur.

2.7 Datenextrahierung und Datensynthese

Im Anschluss an die kritische Bewertung der eingeschlossenen Studien wurden die Ergebnisse der einzelnen Studien extrahiert. Daten zu Autoren, Jahr, Forschungszielen, Studiendesign, Sample sowie Setting, Erhebung und Instrumente, Ziel und Ergebnisse wurden aus den 21 Studien entnommen und übersichtlich in Tabelle 2 gelistet. Die Charakteristika der Studien sowie die demografischen Daten der Teilnehmenden der Einzelerhebungen werden getrennt von den inhaltlichen Ergebnissen dargestellt.

Da in diese systematische Literaturübersichtsarbeit gemischte Studiendesigns eingeschlossen wurden, sowohl quantitative als auch qualitative, wurde die Datensynthese der inhaltlichen Ergebnisse anhand der Integrationsmethodik nach Sandelowski, Voils & Barroso (2016) durchgeführt. Diese umgeht getrennte Synthesen von quantitativen und qualitativen Ergebnissen und bringt beide Datenformen in eine Synthese gemischter Methodik. Grundvoraussetzung für die Kombination von quantitativen und qualitativen Daten ist die ausreichende Ähnlichkeit dieser. Da die quantitativen Daten aus Einstellungen und Bedürfnissen aus Querschnitterhebungen und nicht aus Testungen oder Zusammenhängen bestehen, sind sie den qualitativen Ergebnissen, die ebenso Einstellungen und Bedürfnisse, nur eben von einer kleineren Gruppe von Personen erhoben haben, ähnlich. Nach Evaluierung der Datenähnlichkeit kommt es zur Verbindung der Daten. Sie verlangt, dass quantitative Daten den Themen zugeteilt, kodiert und gemeinsam mit den qualitativen Daten narrativ dargestellt werden. Somit wurden zur Datensynthese der inhaltlichen Ergebnisse die Studien sorgfältig und wiederholt gelesen. Die relevanten Daten, inklusive Aussagen der Teilnehmenden, die die Ergebnisse stützen, wurden identifiziert und extrahiert. Danach sind die ähnlichen Ergebnisse

in dieselbe Kategorie eingeteilt worden. Zum Schluss wurden den festgelegten Kategorien Über- und Unterbegriffe zugeteilt, sodass die inhaltlichen Ergebnisse mit Haupt- und Unterkategorien dargestellt werden konnten (Joanna Briggs Institute 2014, Sandelowski, Voils & Barroso 2016).

3. Ergebnisse

Die nach der systematischen Literaturrecherche und Qualitätsbeurteilung eingeschlossenen 21 Studien werden hinsichtlich Charakteristika der Studien, demografischer Daten der Pflegepersonen sowie inhaltlicher Ergebnisse dargestellt.

3.1 Studiencharakteristika

Von den 21 Artikeln haben neun Studien ein qualitatives und zehn ein quantitatives Design, zwei weitere sind systematische Reviews.

Die eingeschlossenen qualitativen Erhebungen haben das Ziel, die Wirklichkeit anhand von subjektiven Sichtweisen der relevanten Personen zu entdecken (Burns & Grove 2010). Es wurden zwei verschiedene Ansätze der qualitativen Forschung verwendet, die Phänomenologie und die Grounded Theory. Bei Beck et al. (2011); Dong et al. (2016); Huang, Chen & Chiang (2016); Karlsson et al. (2010) und O'Connor (2016) wurde der Ansatz der Phänomenologie herangezogen. Die Datenerhebung fand mittels halbstrukturierter face-to-face Interviews bei Dong et al. (2016) und Huang, Chen & Chiang (2016) statt. Bei O'Connor (2016) gab es, zusätzlich zu den halbstrukturierten face-to-face Interviews, telefonische halbstrukturierte Interviews. Karlsson et al. (2010) erhoben die Daten mittels offener Fragebögen und Beck et al. (2011) gestalteten die Informationssammlung mit sechs Fokusgruppensitzungen.

Das Design der Grounded Theory ist bei Andersson, Salickiene & Rosengren (2016); Arnaert, Seller & Wainwright (2009); Luxardo, Padros & Tripodoro (2014) sowie McLennan et al. (2010) zum Einsatz gekommen. Bei Andersson, Salickiene & Rosengren (2016); Arnaert, Seller & Wainwright (2009) und McLennan et al. (2010) sind halbstrukturierte face-to-face Interviews gemacht worden. Zusätzlich zu den Interviews wurde bei Arnaert, Seller & Wainwright (2009) eine Fokusgruppendifkussion durchgeführt. Luxardo, Padros & Tripodoro (2014) erhoben die Daten anhand von Fragebögen mit offen gestellten Fragen.

Die zehn eingeschlossenen quantitativen Erhebungen weisen das Design einer Querschnitterhebung auf. Dabei wird eine bestimmte Personengruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt oder innerhalb eines bestimmten Zeitraums analysiert, wie etwa in einer Prävalenzerhebung (Burns & Grove 2010). Bei Abu-Saad, Dimassi & Abboud (2009); Braun, Gordon & Uziely (2010); Iranma-

nesh, Dargahi & Abbaszadeh (2008); Jenull & Brunner (2008); Oflaz et al. (2010); Wang et al. (2018) und Wilson, Avalos & Dowling (2016) wurden Fragebögen persönlich beziehungsweise durch die Führungskräfte ausgehändigt. Balboni et al. (2012) führten eine Onlinebefragung zur Datenerhebung durch. Inghelbrecht et al. (2009) sendeten die Fragebögen per Post und Sakai, Naruse & Nagata (2013) per E-Mail an die teilnehmenden Personen.

Zwei der eingeschlossenen Studien beruhen auf dem Design eines systematischen Reviews und haben beide Artikel mit qualitativen und quantitativen Studiendesigns eingeschlossen. Abarshi et al. (2014) haben vier qualitative, fünf quantitative und eine Erhebung mit Mixed-Methods Design eingeschlossen. Die Einzelstudien wurden in Belgien, Großbritannien, Kanada, Japan, Niederlande, Norwegen und den USA durchgeführt.

Beim Review von Zheng, Lee & Bloomer (2017) sind elf qualitative, eine quantitative und vier Mixed-Methods Studien miteinbezogen worden. Die Staaten der individuellen Erhebungen waren Australien, China, Großbritannien, Kanada, Neuseeland, Südafrika, Taiwan, USA.

Alle 21 eingeschlossenen Artikel sind in englischer Sprache verfasst und zwischen 2008 und 2018 veröffentlicht worden.

Im Anschluss folgen die detaillierten Informationen zu den behandelten Studien. Dargestellt werden die Autorinnen und Autoren, das Jahr, das Studiendesign, das Sampling sowie Setting und das Hauptergebnis der jeweiligen Studie (Tabelle 3).

Tabelle 3: Informationen zu den eingeschlossenen Studien getrennt nach Forschungsansatz

Autor	Jahr	Design	Sampling	Setting	Ziel	Hauptergebnisse
Qualitative Erhebungen						
Andersson Salickiene Rosengren	2016	Grounded Theory	6 diplomierte Pflegepersonen (DGKP)	Krankenanstalt in Schweden	Sichtweise und Gedanken von Pflegepersonen zur <i>Palliative Care</i> herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Ausbildung nur eine Basis – Kompetenzentwicklung durch Pflegepraxis – Hilflosigkeit bei Behandlungsresistenzen – Selbstreflexion ist essentiell
Arnaert Sel- ler Wain- wright	2009	Grounded Theory	5 DGKP in der häuslichen Pflege	Mobile Betreuung in Frankreich	Einstellungen der Pflegepersonen zur <i>Palliative Care</i> herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Palliative Care</i>: ganzheitlicher Ansatz, Lebensqualitätserhaltung – Tägliche Konfrontation mit dem Sterben ist emotional anstrengend – Symptomkontrolle ist herausfordernd – Bedürfnis nach kontinuierlicher Fortbildung
Beck et al.	2011	Phänomenologie	25 Pflegende	13 Pflegeheime in Schweden	Erfahrungen von Pflegepersonen mit Palliativpatientinnen und -patienten entdecken	<ul style="list-style-type: none"> – Belastung: eigene Situationen sehen, Leid der Sterbenden – Bedürfnisse: Anerkennung, Abschied nehmen, Arbeit und Privates trennen, informelle Nachbesprechungen
Dong et al.	2016	Phänomenologie	37, davon 22 DGKP	Onkologisches Krankenhaus in China	Sichtweisen von Pflegepersonen zur Versorgung von Sterbenden herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Palliative Care</i>: Lindern von Leid – Erfahrung bringt Wissenserweiterung – Keine Aufklärung, um Hoffnung zu erhalten – Bedürfnisse: Kompetenz in Kommunikation, gewünschte Sterbeorte ermöglichen, Einbezug von Spiritualität und Religion, Selbstreflexion
Huang Chen Chiang	2016	Phänomenologie	8 DGKP	Hospizstation in Taiwan	Gewissenskonflikte, die Pflegepersonen in der <i>End of Life Care</i> empfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Wunsch nach: Anerkennung, Abschied nehmen – <i>End of Life Care</i> nimmt Einfluss auf das Leben der Pflegepersonen

Karlsson et al.	2010	Phänomenologie	7 DGKP	Mobile Palliativbetreuung in Schweden	Ethische Dilemma aus Sicht der Pflegepersonen in der Palliative Care entdecken	<ul style="list-style-type: none"> – Belastung: Unterdrücken der Emotionen, behandlungsresistente Symptome, Weiterführung von Diagnostik und Therapie, Krankenhausaufnahme gegen Willen der Sterbenden – Angehörige als Belastung und Stütze
Luxardo, Padros, Tripodoro	2014	Grounded Theory	30, davon 5 DGKP	<i>Palliative Care Service</i> in Argentinien	Einstellungen von Pflegepersonen zur <i>End of Life Care</i> herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Schmerzbehandlung ist Herausforderung – Angehörige sind Ressource und Hindernis – Vielzahl an Bewältigungsstrategien
McLennan et al.	2010	Grounded Theory	16 DGKP	Krankenanstalt in Neuseeland	Sichtweisen von Pflegepersonen zur <i>Palliative Care</i> und <i>End of Life Care</i> herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Über das Lebensende sprechen – Ehrliche Aufklärungen – Leitfäden als Unterstützung in der <i>Palliative Care</i>
O'Connor	2016	Phänomenologie	16 DGKP	8 Pflegeheime, 8 Krankenhäuser in South Florida	Bedürfnisse der Pflegepersonen in der <i>Palliative Care</i> herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Leid durch emotionale Verbundenheit – Ausbildung nur eine Basis – Kompetenzerweiterung durch Praxiserfahrung – Fortbildungen für sicheres Handeln – Ehrliche Aufklärungen
Quantitative Erhebungen						
Abu-Saad Dimassi Abboud	2009	Querschnitt	868, davon 645 DGKP	15 Krankenhäuser im Libanon	Einstellungen und Sichtweisen von Pflegepersonen zur <i>Palliative Care</i> herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – <i>Palliative Care</i>: Lebensqualität, Leben in Würde – Miteinbezug in Entscheidungsfindungen – Gewünschten Sterbeort ermöglichen – Kontinuierliche Fortbildung zur Wissenserweiterung

Balboni et al.	2012	Querschnitt	391, davon 118 DGKP	4 Krankenanstalten in den USA	Sichtweisen der Pflegepersonen zur Spiritualität und <i>End of Life Care</i> herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Spiritualität und Religion beeinflussen den Behandlungsprozess
Braun Gordon Uziely	2010	Querschnitt	1547 DGKP	Krankenanstalt, Hospize, häusliche Pflege in Israel	Einstellungen von Pflegepersonen zum Tod und der Versorgung von Sterbenden herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Berufserfahrung führt zu positiven Einstellungen in der <i>Palliative Care</i> und <i>End of Life Care</i> – Kompetenzerweiterung durch Berufserfahrung
Inghelbrecht et al.	2009	Querschnitt	3327 DGKP	Krankenanstalten, Pflegeheime, häusliche Pflege in Belgien	Einstellungen von Pflegepersonen zu medizinischen Entscheidungen am Lebensende	<ul style="list-style-type: none"> – Einbezug von Betroffenen und Pflegepersonen in den Entscheidungsfindungsprozess – Pflegepersonen sind für ein Sterben-Zulassen, für die indirekte Sterbehilfe oder palliative Sedierung zur Leidenslinderung
Iranmanesh Dargahi Abbaszadeh	2008	Querschnitt	114 DGKP	2 Krankenanstalten im Iran	Einstellungen von Pflegepersonen zur Versorgung von Sterbenden herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Tod als Erlösung von Schmerz und Leid – Sprechen über Sterben, Tod ist belastend – Keine ehrlichen Aufklärungen am Lebensende sind erwünscht – Betreuung von Sterbenden wertvolle, lehrreiche Erfahrung
Jenull Brunner	2008	Querschnitt	894, davon 670 DGKP	49 Pflegeheime in Österreich	Belastung von Pflegepersonen durch tägliche Konfrontation mit Sterben und Tod herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Kontakt mit Sterbenden nicht schwierig – Tägliche Konfrontation mit dem Tod emotional anstrengend – Trennung von Arbeit und Privatem ist essentiell

Oflaz et al.	2010	Querschnitt	157 DGKP	3 Kranken- anstalten in der Türkei	Emotionale Schwierigkeiten der Pflegepersonen in der <i>Palliative Care</i> herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Kontrollverlust der Gefühle durch emotionale Verbundenheit – Unsicherheit in der Kommunikation – Machtlosigkeit bei behandlungsresistenten Schmerzen – Ehrliche Aufklärungen
Sakai Naruse Nagata	2013	Querschnitt	206 DKGP	Häusliche Pflege in Japan	Einstellungen von Pflegepersonen zur Versorgung von Sterbenden herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Bedürfnis nach positivem Feedback und Dankbarkeit – Wunsch nach Fort- und Weiterbildung zur Wissensgewinnung
Wang et al.	2018	Querschnitt	770 DGKP	15 Kranken- anstalten in China	Einstellungen von Pflegepersonen zu Tod und Versorgung von Sterbenden herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Versorgung von Sterbenden wird als positiv und nicht schwierig gesehen – Betreuung von Angehörigen teilweise belastend
Wilson Avalos Dowling	2016	Querschnitt	61 DGKP	7 Pflegeheime in Irland	Einstellungen von Pflegepersonen zur Betreuung Sterbender herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Berufserfahrung führt zu positiven Einstellungen zum Sterben und Tod – Wissenserweiterung durch Weiterbildung wird gewünscht
Systematische Übersichtsarbeiten						
Abarshi et al.	2014	Systematisches Review	5 Quantitativ 4 Qualitativ 1 Mixed-Method	Kranken- anstalten, Pflegeheime Palliativ- stationen, häusliche Pflege	Einstellungen von Pflegepersonen zur palliativen Sedierung und ihrer praktischen Anwendung herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Palliative Sedierungen sind ethisch schwierig – Äußerung von Sorge und Unsicherheit – Bedürfnis nach Handlungsempfehlungen und Leitlinien zur Unterstützung der Pflegepraxis – Wunsch nach regelmäßigen Weiterbildungen und Nachbesprechungen zur Thematik
Zheng Lee Bloomer	2017	Systematisches Review	1 Quantitativ 11 Qualitativ 4 Mixed Method	Kranken- anstalten, Palliativ- stationen	Bewältigungsstrategien und Bedürfnisse von Pflegepersonen herausfinden	<ul style="list-style-type: none"> – Bedürfnis nach formellen Besprechungen – Eigene Spiritualität als Stütze – Trennung von Arbeit und Privatem – Weiterbildung zur Kompetenzerweiterung und sicherem Handeln – Reflexion erleichtert emotionale Verarbeitung

3.2 Demografische Ergebnisse

Nachfolgend sind die demografischen Eigenschaften der eingeschlossenen Studien, nach dem Studiendesign qualitative Studien und Querschnitterhebungen, beschrieben. Die Details zu den systematischen Reviews werden ausschließlich unter den Studiencharakteristiken erläutert, da keine Personengruppen, sondern Einzelstudien eingeschlossen wurden.

3.2.1 Qualitative Studien

Tabelle 4: Demografische Daten in den qualitativen Studien

Autor	Nationalität	Geschlecht	Alter in Jahren	Qualifizierung	Berufserfahrung	Abteilungen	Weiterbildung Palliative Care
Andersson, Salickiene, Rosengren	Schweden	5 weiblich, 1 männlich	22 bis 45	zumind. Bachelorabschluss	6 Monate bis 2 Jahre	chirurgische Stationen	keine Angaben
Arnaert, Seller, Wainwright	Kanada	5 weiblich	41 bis 60	zumind. Diplom	15 bis 28 Jahre	mobile Betreuung zu Hause	zwei Pflegepersonen
Beck et al.	Schweden	22 weiblich, 3 männlich	25 bis 63	Lehrgang zur Assistenz	2 bis 39 Jahre	Pflegewohnheime	neun Pflegepersonen
Dong et al.	China	22 weiblich	24 bis 49	zumind. Diplom	sechs Monate bis 27 Jahre	onkologische Station	keine Angaben
Huang, Chen, Chiang	Taiwan	8 weiblich	27 bis 40	zumind. Bachelorabschluss	5 bis 13 Jahre	Hospizstation	keine Angaben
Karlsson et al.	Schweden	7 weiblich	keine Angaben	Bachelorabschluss	4 bis 15 Jahre	mobile Betreuung zu Hause	7 Pflegepersonen (alle)
Luxardo, Padros, Tripodoro	Argentinien und Spanien	5 weiblich	46 im Durchschnitt	zumind. Diplom	mindestens 2 Jahre	Palliativstation	Alle haben einen Lehrgang oder einen Master in <i>Palliative Care</i>
McLennan et al.	Neuseeland	14 weiblich, 2 männlich	28 bis 58	zumind. Bachelorabschluss	5 bis 30 Jahre	Pflegeheim und Intensivstation	keine Angaben
O'Connor	Florida	13 weiblich, 3 männlich	keine Angaben	zumind. Diplom	2 bis 33 Jahre	Pflegeheim und Akutstation	keine Angaben

3.2.2 Querschnitterhebungen

Tabelle 5: Demografische Daten in den Querschnitterhebungen

Autor	Nationalität	Geschlecht	Alter in Jahren	Qualifizierung	Berufserfahrung	Abteilungen	Weiterbildung Palliative Care
Abu-Saad, Dimassi, Ab-boud	Libanon	516 weiblich, 129 männlich	22 bis 45	keine Angaben	6 Monate bis 18 Jahre	medizinische, chirurgische, onkologische, gynäkologische, pädiatrische und intensivmedizinische Stationen	102 Pflegepersonen
Balboni et al.	USA	116 weiblich, 2 männlich	46 im Durchschnitt	keine Angaben	1 bis 21 Jahre	medizinische, chirurgische oder strahlentherapeutische onkologische Stationen	keine Angaben
Braun, Gordon, Uziely	Israel	141 weiblich, 6 männlich	46 im Durchschnitt	zumindest Bachelorabschluss	9 bis 30 Jahre	Onkologie, Hospiz, mobile Betreuung zu Hause	75 Pflegepersonen
Inghelbrecht et al.	Belgien	2914 weiblich, 413 männlich	43 im Durchschnitt	Diplom	9 bis 23 Jahre	Pflegeheim, Akutstation, mobile Betreuung zu Hause	836 Pflegepersonen
Iranmanesh, Dargahi, Abbaszadeh	Iran	114 weiblich	20 bis 50	Diplom	2 bis 10 Jahre	onkologische, medizinische Stationen	14 Pflegepersonen
Jenull, Brunner	Österreich	802 weiblich, 88 männlich	21 bis 56	Ausbildung zur Assistenz oder Diplom	9 Jahre im Durchschnitt	Pflegeheime	keine Angaben
Oflaz et al.	Türkei	157 weiblich	35 im Durchschnitt	Diplom	1 bis 16 Jahre	onkologische Stationen	keine Angaben
Sakai, Na-	Japan	206 weiblich	44 im Durch-	keine Angaben	18 Jahre im	mobile Betreuung	keine Angaben

ruse, Nagata			schnitt		Durchschnitt	zu Hause	
Wang et al.	China	716 weiblich, 54 männlich	18 bis 55	zumindest Diplom	zumindest 5 Jahre	medizinische Sta- tionen	284 Pflegeperso- nen
Wilson, Ava- los, Dowling	Irland	61 weiblich	26 bis 64	zumindest Diplom	16 Jahre im Durchschnitt	Pflegeheime, Akutstationen	keine Angaben

3.3 Inhaltliche Ergebnisse

Die inhaltlichen Ergebnisse aus den 21 Studien wurden, für eine übersichtliche Darstellung, in Haupt- und Unterkategorien aufgeteilt.

Unter der ersten Hauptkategorie, den allgemeinen Einstellungen, Wünschen und Bedürfnissen, wird beschrieben, was Pflegepersonen unter der *Palliative Care* verstehen, ob sie die Versorgung von Menschen am Lebensende als positiv oder negativ sehen und welche Faktoren ein ‚gutes oder schlechtes Sterben‘ ausmachen.

Für Pflegepersonen belastende Faktoren in der *Palliative Care* und *End of Life Care* werden unter der zweiten Hauptkategorie aufgezeigt. Hauptsächlich konnten psychische oder emotionale Belastungen gefunden werden.

Die dritte Kategorie, die Bewältigungsstrategien in der *Palliative Care* und *End of Life Care*, die von Pflegepersonen genannt wurden, sind umfassend und ebenso teilweise von den belastenden Faktoren abzuleiten. Neben Bewältigungsstrategien in der Arbeit, im Pflegealltag, konnten auch private und individuelle Strategien identifiziert werden. Einen Überblick über die festgelegten Haupt- und Unterkategorien gibt Tabelle 6.

Tabelle 6: Überblick zu den Haupt- und Unterkategorien der inhaltlichen Ergebnisse

2.3.1 Allgemeine Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse
2.3.2 Belastende Faktoren
2.3.2.1 Kommunikation am Lebensende
2.3.2.2 Limitiertes Wissen und fehlende Erfahrung
2.3.2.3 Schmerzbehandlung und Symptommanagement
2.3.2.4 Arbeitsbedingungen
2.3.2.5 Entscheidungen am Lebensende
2.3.2.5.1 Sterben zulassen und palliative Sedierung
2.3.2.5.2 Sterbeort
2.3.2.6 Familie und Angehörige
2.3.3 Bewältigungsstrategien
2.3.3.1 Anerkennung und Unterstützung
2.3.3.2 Trauern, Trost und Abschied nehmen
2.3.3.3 Berufserfahrung
2.3.3.4 Supervision und Gespräche
2.3.3.5 Aus- und Weiterbildung
2.3.3.6 Grenzen setzen
2.3.3.7 Spiritualität
2.3.3.8 Selbstreflexion und persönliche Entwicklung

3.3.1 Allgemeine Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse zur *Palliative Care* und *End of Life Care*

Ein Großteil der Pflegepersonen sieht die *Palliative Care* als einen ganzheitlichen Prozess, der die körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse berücksichtigt. Mit der *Palliative Care* werden die Erhaltung der Lebensqualität, ein Sterben in Würde, die Erfüllung letzter Wünsche, eine Leidenslinderung und zwischenmenschliche Beziehungen verbunden (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Beck et al. 2011; Dong et al. 2016). Pflegepersonen sind der Meinung, dass die *Palliative Care* invasive Pflēgetätigkeiten vermeidet und das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten im Vordergrund steht (Beck et al. 2011; Dong et al. 2016).

Die Einstellungen zur *End of Life Care*, zur Versorgung von Menschen am Lebensende, präsentieren sich in den Studien unterschiedlich. Einerseits sehen die Pflegepersonen die Arbeit mit Sterbenden als positiv sowie nicht schwierig (Braun, Gordon & Uziely 2010; Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008; Wang et al. 2018; Wilson, Avalos & Dowling 2016) und empfinden das Sterben als ein Erlösen vom Leid (Jenull & Brunner 2008). Zudem denken die Pflegepersonen, dass die Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten einen Teil des Pflegealltages darstellt, der nicht vermieden werden kann (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016). Andererseits haben Pflegepersonen eine negative Einstellung zur Kommunikation mit Sterbenden und deren Angehörigen (Wang et al. 2018). Für einige ist das Sterben eine grauenvolle Erfahrung und die Ungewissheit, nicht zu wissen, was nach dem Tod passiert, beunruhigt die Pflegepersonen. Außerdem wird eine tägliche Konfrontation mit dem Sterben und dem Tod als anstrengend gesehen (Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008; Jenull & Brunner 2008). Pflegepersonen meinen, dass sie den Patientinnen, Patienten und Angehörigen pflegerische, aber auch psychologische und emotionale Unterstützung in der *End of Life Care* bieten müssen. Sie fühlen sich verantwortlich, individuelle Ziele zu unterstützen und ebenso für die Erfüllung letzter Wünsche (Dong et al. 2016; O'Connor 2016).

Auch werden in der Literatur das gute und das schlechte Sterben, aus Sicht der Pflegepersonen, beschrieben. Ein ‚gutes Sterben‘ wird mit Faktoren wie Schmerzfreiheit, Leidenslinderung, Anwesenheit von Angehörigen, Erfüllung letzter Wünsche und Selbstbestimmung im Entscheidungsfindungsprozess verbunden. Kriterien für das

sogenannte ‚schlechte Sterben‘ sind ein physisches und psychisches Leid, innerfamiliäre Konflikte, Angst vor dem Tod und die Einsamkeit im Sterbeprozess (Luxardo, Padros & Tripodoro 2014).

Der Sterbeprozess kann nicht nur für die Menschen am Lebensende, sondern vor allem für die Pflegepersonen eine psychische Last darstellen. Nachfolgend sind für die Pflegepersonen belastende Faktoren in der *Palliative Care* und *End of Life Care* beschrieben.

3.3.2 Belastende Faktoren

Belastende Faktoren im Bereich der *Palliative Care* sind breitgefächert, wie die Ergebnisse der einzelnen Studien zeigen.

Pflegepersonen in der *Palliative Care* und *End of Life Care* haben Schwierigkeiten, mit behandlungsresistenten Schmerzen und Leid, mit der Angst und Trauer ihrer Patientinnen und Patienten, mit den jungen Sterbenden und der Unwissenheit über den Todeszeitpunkt zurechtzukommen. Außerdem fällt ihnen die Arbeit mit Sterbenden schwer, wenn sie persönliche Situationen in der Lage der Patientin oder des Patienten sehen, auch wird ihnen teilweise die eigene Sterblichkeit bewusst (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Beck et al. 2011; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014; Oflaz et al. 2010). Als weiterer belastender Faktor wird die Schwierigkeit der Verarbeitung erfahrener Gefühle wie Verzweiflung, Inkompetenz, Trauer und Leid genannt. Pflegepersonen äußern auch, Angst vor einer emotionalen Verbundenheit und dem damit einhergehenden Kontrollverlust der eigenen Gefühle zu haben (Arnaert, Seller & Wainwright 2009; O’Connor 2016; Oflaz et al. 2010). Im Gesamten machen sie sich in der täglichen Arbeit mit Patientinnen und Patienten Sorgen und reflektieren, ob sie den Tag so angenehm als möglich gestaltet haben (O’Connor 2016).

Die Begleitung im Sterbeprozess bringt Pflegepersonen in eine Stresssituation, einerseits wollen sie professionell handeln und andererseits vertrauenswürdig sein sowie eigene Gefühle zeigen (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Karlsson et al. 2010). Für einige Pflegepersonen geht die Arbeit mit sterbenden Patientinnen und Patienten mit physischem sowie psychischem Stress, einer emotionalen Überlastung und dem Gefühl ständiger Erschöpfung einher (Beck et al. 2011; Dong et al. 2016; Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014).

Ein weiterer belastender Punkt ist die Ablehnung von Unterstützung seitens der Patientinnen und Patienten. Es frustriert die Pflegepersonen, wenn notwendige Maßnahmen abgelehnt werden. Doch im Vordergrund für die Pflegepersonen steht die Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten (Karlsson et al. 2010).

3.3.2.1 Kommunikation am Lebensende

Das Thema Kommunikation mit sterbenden Personen und deren Angehörigen wird ebenso als emotional schwierig beschrieben. Es führt großteils zu einem beunruhigenden Gefühl, bei einer sterbenden Patientin oder Patienten zu sein, und Pflegepersonen beschreiben ein Unwohlsein, wenn sie mit terminal Erkrankten kommunizieren. Sie wissen nicht, was sie einer Patientin oder einem Patienten, die oder der weiß, dass sie oder er sterben wird, sagen sollen. Auch denkt der Großteil der Pflegepersonen, dass der Tod nicht in der Anwesenheit von Kindern besprochen werden sollte. Einige haben Schwierigkeiten, mit emotionalen Ausbrüchen ihrer Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen, aufgrund von Verdrängung ihrer Situation, allgemeiner Unzufriedenheit oder Ablehnung von Behandlungen, umzugehen. Sie beschreiben, Problematiken beim Diskutieren über den Tod und das Sterben zu haben. Zudem sind sie der Meinung, Versuche in der Kommunikation mit Sterbenden und daher auch Fehler zu machen (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Oflaz et al. 2010).

Pflegepersonen gaben außerdem an, dass es ihnen schwer fällt, mit den Betroffenen am Lebensende über den bevorstehenden Tod zu sprechen und sie über den Tod und das Sterben zu informieren (Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008). Es werden starke Fähigkeiten in der Kommunikation benötigt, um Wünsche der Sterbenden zu erfahren und zu erfüllen, ohne ein Gespräch über das Sterben und den Tod auszulösen. Für Pflegepersonen ist es viel einfacher, Pfl egetätigkeiten durchzuführen, als über existentielle und emotionale Probleme oder Bedürfnisse mit Sterbenden zu sprechen. Es wird beschrieben, dass bis zum Versterben nicht über den Tod gesprochen wird. Das bedeutet, Fragen über die kurzlebige Zukunft werden ignoriert und Hoffnung wird geweckt (Dong et al. 2016). Verstirbt eine Person, ist es für die Pflegepersonen jedoch einfach, mit den Angehörigen über den Tod zu sprechen, sofern die Person nicht plötzlich verstarb (Beck et al. 2011).

3.3.2.2 Limitiertes Wissen und fehlende Erfahrung

Besonders die jungen Pflegepersonen fühlen sich in der Arbeit mit Sterbenden inkompetent und machtlos. Pflegepersonen, ohne vorausgehende Erfahrung mit Situationen am Lebensende, beschreiben ihre erste Versorgung einer oder eines Sterbenden und die Betreuung der Angehörigen als schwierig. Außerdem heben Pflegepersonen das Gefühl der Unsicherheit bei Pflege- und Versorgungstätigkeiten hervor (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Dong et al. 2016). Ältere beziehungsweise erfahrene Pflegepersonen meiden das Sterben und den Tod, im Vergleich zu jenen, die jung und weniger erfahren sind, eher nicht. Auch sind Pflegepersonen der Meinung, durch die Arbeitserfahrung und die ständigen Belastungen in der *End of Life Care* weniger emotional zu sein und kompetent zu handeln (Braun, Gordon & Uziely 2010; O'Connor 2016). Pflegepersonen beschreiben die Wichtigkeit von Kompetenz in der Pflege von Menschen am Lebensende und bemängeln das fehlende Training und die fehlende Ausbildung im Bereich *End of Life Care*. Vor allem junge Pflegepersonen nennen Begriffe wie Angst, Schock, Hoffnungslosigkeit und sich verloren zu fühlen. Das Arbeiten mit Sterbenden hat einen großen Einfluss auf das tägliche Leben der Pflegepersonen, es verursacht emotionalen Ärger, schlechte Schlafqualität, Alpträume und Probleme in privaten Beziehungen (Dong et al. 2016; Zheng, Lee & Bloomer 2017). Sie versuchen den Tod zwar als positiv zu sehen, doch der emotionale Einfluss nach dem Tod hält an (Zheng, Lee & Bloomer 2017).

3.3.2.3 Schmerzbehandlung und Symptommanagement

Pflegepersonen empfinden, dass die Schmerzfreiheit und Leidenslinderung einen wesentlichen Teil zum Erhalt der Lebensqualität beiträgt. Aber auch, dass die Symptomkontrolle einen der herausforderndsten Bereiche in der *Palliative Care* und *End of Life Care* darstellt (Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014). Die erreichte Leidenslinderung oder Symptomkontrolle dient den Pflegepersonen nach zum Erhalt der Hoffnung für die Patientinnen und Patienten (Karlsson et al. 2010). Doch sehen die Pflegepersonen die Schmerzbehandlung meist als unzureichend und fühlen sich hilflos in der Versorgung von schmerzgeplagten und leidenden Sterbenden (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Oflaz et al. 2010). Behandlungsresistente Symptome bringen Pflegepersonen in emotional belastende Situationen, vor allem, wenn ihre Kompetenzen von den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen angezweifelt werden. Ein weiteres ethisches Dilemma ent-

steht, wenn Pflegepersonen sich verantwortlich fühlen, Schmerzen zu lindern und auch das Wissen darüber besitzen, sie jedoch keine Unterstützung durch die zuständigen Ärztinnen und Ärzte für eine angemessene Schmerzbehandlung erhalten (Beck et al. 2011; Karlsson et al. 2010). Es werden in der Schmerzbehandlung jedoch nicht nur interprofessionelle Probleme genannt, sondern auch der teilweise fehlende Konsens im Pflorgeteam selbst bezogen auf angemessene Schmerztherapie bei sterbenden Personen zu Hause. So wird den Personen zu Hause eine schmerzlindernde Therapie zugesichert und die Maßnahmen werden von einigen Kolleginnen und Kollegen nicht umgesetzt. Es werden Gründe wie Unsicherheit, bezogen auf das Wissen zur Schmerzbehandlung in der *Palliative Care* und die Bedürfnisse der Sterbenden, genannt (Karlsson et al. 2010).

3.3.2.4 Arbeitsbedingungen

Weitere Faktoren, welche die Pflegepersonen in der Versorgung von Sterbenden an ihre Grenzen bringen, sind die Umgebungsfaktoren beziehungsweise die Arbeitsbedingungen. Pflegepersonen nennen das Fehlen von Ressourcen und das Versagen des Gesundheitssystems im Bereich der Versorgung von Menschen am Lebensende. Sie beschreiben einige organisatorische Bedingungen, wie die pflegerische Unterbesetzung, inadäquate Informationsweitergabe, limitierte ehrenamtliche Ressourcen, Arbeitsbelastung und den Zeitdruck, die die Möglichkeit, eine qualitative Palliativversorgung anzubieten, beeinflussen. Im Bereich der Informationsweitergabe finden es vor allem jene Pflegepersonen, die abends oder an Wochenenden arbeiten, schwierig, wichtige klinische Informationen zu erhalten. Das Arbeiten unter Zeitdruck und das hohe Arbeitspensum verursachen, dass ein schmerzfreies und angstloses Sterben nicht immer oberste Priorität ist (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014). Auch das Fehlen von ehrenamtlichen Ressourcen für Patientinnen, Patienten und Angehörige wird kritisch gesehen, da sie eine enorme Quelle der Unterstützung, des Trostes und der Begleitung sein können (Arnaert, Seller & Wainwright 2009).

Ebenso kämpfen Pflegepersonen mit der Überlastung, neben den Patientinnen- und Patientenaufträgen für Personen in der Sterbephase Zeit zu finden. Die Herausforderung besteht darin, die *Palliative Care* und *End of Life Care* in den normalen Pflegealltag zu integrieren. Es wird als schwierig gesehen, verschiedene Bedürfnisse zur selben Zeit zu erfüllen und dieser ständige Wechsel von Leben zu Sterben bildet ein

emotionales Hoch und Tief für die Pflegepersonen (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; O'Connor 2016).

Ein weiterer Faktor ist die Führungsebene. Pflegeleitungen werden, bezogen auf die Patientinnen- und Patientenversorgung, als praxisfremd beschrieben. Die Pflegepersonen äußern ein schlechtes Arbeitsumfeld und eine Hilflosigkeit in der Versorgung von Sterbenden aufgrund fehlender Unterstützung durch leitende Positionen. Sie sind der Meinung, dass Pflegeleitungen präsent sein und mehr mit Patientinnen und Patienten sprechen sollten, um das Arbeitspensum und die Patientinnen- und Patientenversorgung wahrzunehmen (O'Connor 2016). Außerdem fehlen einem großen Teil der Pflegepersonen Orte, an denen sie über ihre eigenen Gefühle, bezogen auf den Sterbeprozess und den Tod ihrer Patientinnen und Patienten, sprechen können (Arnaert, Seller & Wainwright 2009). Auch beklagen die Pflegepersonen, dass sie kaum emotionale Unterstützung oder formelle Nachbesprechungen nach dem Tod einer Patientin, eines Patienten erhalten. Sie heben außerdem hervor, aufgrund des Arbeitspensums keine zeitlichen Ressourcen für die Reflexion von Sterben und Tod der Patientinnen und Patienten zu haben (Zheng, Lee & Bloomer 2017).

3.3.2.5 Entscheidungen am Lebensende

Bevor Entscheidungsfindungsprozesse stattfinden können, müssen rechtzeitig offene Aufklärungsgespräche stattfinden. Ansonsten werden, den Pflegepersonen nach, Entscheidungen für eine palliative Situation verspätet getroffen und den Patientinnen und Patienten Informationen in Eile oder erst nachrangig im Versorgungsprozess mitgeteilt (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016). Es soll eine ehrliche Aufklärung über die Diagnose und die Prognose stattfinden. Auch empfinden Pflegepersonen das Besprechen wichtiger Themen über das Lebensende als essentiell (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; McLennan et al. 2010). Pflegepersonen fühlen sich verpflichtet, ehrlich zu sein und keine falschen Hoffnungen zu wecken. Sie denken, dass Patientinnen und Patienten über ihre unheilbare beziehungsweise terminale Erkrankung aufgeklärt werden möchten. Die Aufgabe, schlechte Nachrichten und Prognosen zu diskutieren, stellt eine große Herausforderung für die Pflegepersonen dar. Daher wollen die meisten von ihnen ihren Patientinnen und Patienten selbst nicht sagen, dass sie sich in der terminalen Phase befinden (Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008; O'Connor 2016; Oflaz et al. 2010).

Teilweise ist die Aufrechterhaltung der Hoffnung ein wesentlicher Punkt in der Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten. Manche Pflegepersonen sind der Meinung, dass Hoffnung eine positive Einstellung verursacht und Leid lindert, auch wenn es falsche Hoffnung ist. Das Aufrechterhalten der Hoffnung einerseits und die Wahrheit auf der anderen Seite bringen die Pflegepersonen in ein ethisches Dilemma. Das Verheimlichen der Diagnose sowie der Prognose und die Täuschung sind für Pflegepersonen schwierig aufrechtzuerhalten, wenn die Patientinnen und Patienten einen Verdacht haben. Vor allem junge Pflegepersonen lügen, wenn sie mit einer schwierigen Frage konfrontiert werden (Dong et al. 2016).

Bezogen auf die Entscheidungsfindung am Lebensende sind Pflegepersonen der Meinung, dass die Patientinnen und Patienten in den gesamten Prozess einbezogen werden sollen (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Inghelbrecht et al. 2009). Entscheidungen, die die Lebensqualität von Patientinnen und Patienten betreffen, sollen eine gemeinsame Entscheidung der Patientinnen und Patienten, ihrer Familie, der Pflegepersonen und der Ärztinnen und Ärzte sein. Pflegepersonen vertreten die Ansicht, dass Patientinnen und Patienten lieber mit ihnen, als mit Ärztinnen und Ärzten über Entscheidungen am Lebensende sprechen sollen. Ebenso denken Pflegepersonen, in einer besseren Position für das Erfahren letzter Wünsche der Patientinnen und Patienten im Vergleich zu Ärztinnen und Ärzten zu sein. Daher meinen sie, dass Entscheidungen über das Absetzen beziehungsweise das Nicht-Einleiten von lebenserhaltenden Maßnahmen ebenfalls mit der zuständigen Pflegeperson diskutiert werden sollten (McLennan et al 2010).

3.3.2.5.1 Sterben zulassen und palliative Sedierung

Interventionen wie das Absetzen oder Nicht-Einleiten von lebenserhaltenden Maßnahmen können unter dem Begriff ‚Sterben zulassen‘ zusammengefasst werden. Pflegepersonen glauben, dass Ärztinnen und Ärzte dem Patientinnen- und Patientenwunsch, sich bei lebenserhaltenden Maßnahmen zurückzuhalten beziehungsweise diese zurückzuziehen, nachgehen sollten. Sie sind außerdem der Meinung, dass Ärztinnen und Ärzte das Leben ihrer Patientinnen und Patienten nicht erhalten sollten, wenn diese um eine Beschleunigung ihres Lebensendes bitten. Weisen Pflegepersonen eine Ausbildung im Bereich der *Palliative Care* vor, stimmen sie dem Sterben zulassen deutlich öfter zu als jene, die keine spezielle Ausbildung in diesem Bereich besitzen. Auch Pflegepersonen mit Erfahrungen bei Entscheidungen am Le-

bensende haben eine höhere Chance, einem Sterben zulassen zuzustimmen. Sie sehen es ebenso als unangemessen, wenn Diagnostiken und Behandlungen, trotz massiver Schwäche, durchgeführt werden. Fehlt den Patientinnen und Patienten die Energie, diese Maßnahmen zu verweigern, fühlen sich die Pflegepersonen hilflos. Es bringt sie in eine emotional schwierige Situation, Behandlungen und Diagnostiken in Situationen am Lebensende fortzuführen (Inghelbrecht et al. 2009; Karlsson et al. 2010).

Pflegepersonen sind sich großteils einig, dass sterbensranke Patientinnen und Patienten schmerz- und leidenslindernde Medikamente bekommen sollen, auch wenn diese Medikamente das Lebensende der Patientinnen und Patienten verkürzen könnten. Einige stimmen zu, dass das Verabreichen von Medikamenten, um die Patientinnen oder Patienten in ein Koma bis zum Tod zu bringen, einen optimalen Sterbeprozess darstellt. Sie sind jedoch nur teilweise bereit, die sedierenden oder narkotisierenden Medikamente zu verabreichen, wenn es der ausdrückliche Wunsch der Patientin oder des Patienten war. Pflegepersonen, die Erfahrungen mit Entscheidungen am Lebensende haben, stimmen einer kontinuierlichen tiefen Sedierung eher zu als jene ohne Erfahrung in diesem Bereich (Inghelbrecht et al. 2009).

Manche sehen die palliative Sedierung als nützlichen letzten Ausweg, um schwer kranken Patientinnen und Patienten Entspannung zu ermöglichen. Einige denken, dass es nicht nur zum Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten, sondern auch der Angehörigen und der betroffenen Berufsgruppen beiträgt. Andere sind der Meinung, dass die palliative Sedierung ein Ziel der Versorgung und Pflege darstellt, nämlich Qualität und Würde in den letzten Lebenstagen zu gewährleisten, und finden es wichtig, den Patientinnen und Patienten den Einsatz von sedierenden Medikamenten nicht zu verweigern und, wenn notwendig, vor Verabreichung von höheren Dosen nicht zu zögern, um ein friedvolles Sterben zu ermöglichen. Einige Pflegepersonen äußerten, dass die Verabreichung von palliativer Sedierung ethisch schwierig ist, weil es den Patientinnen und Patienten das Bewusstsein nimmt und die Fähigkeit, mit Angehörigen zu kommunizieren, einschränkt. Sie äußern Sorgen über die ideale und passende Tiefe und Frequenz für eine palliative Sedierung und ob sie intermittierend oder kontinuierlich verabreicht werden soll. Nach der Verwendung einer palliativen Sedierung sind einige professionelle Pflegenden verunsichert über die wahre Ursache des Todes und manche äußern Zweifel zur Angemessenheit und dem richti-

gen Zeitpunkt, vor allem dann, wenn der Tod während der Verabreichung eintritt (Abarshi et al. 2014).

3.3.2.5.2 Sterbeort

Ein Punkt bei Entscheidungen am Lebensende ist der bevorzugte Sterbeort. Den Pflegepersonen ist es ein Anliegen, den gewünschten Sterbeort der Patientinnen und Patienten zu erfüllen, dies wird als bedeutungsvoll für die Erhaltung der Würde der Sterbenden und für die Qualität des Todes selbst gesehen (Dong et al. 2016). Hilflos fühlen sie sich, wenn die Sterbenden nicht länger zu Hause versorgt werden können und Angehörige auf eine Krankenhausaufnahme bestehen. Ihnen ist hierbei bewusst, dass der Transport und die Veränderung der Umgebung den Tod womöglich beschleunigen werden. Sie fühlen sich in solchen Situationen machtlos. Frustrierend für die Pflegepersonen ist es, wenn der Wunsch der Patientinnen und Patienten, zu Hause zu sterben, von der Familie ignoriert wird. Sie erfahren ein ethisches Dilemma und fühlen sich unsicher im Hinblick auf weitere Handlungen, wenn Angehörige zufrieden, aber sie selbst und die Patientinnen, Patienten es nicht sind (Inghelbrecht et al. 2009; Karlsson et al. 2010).

3.3.2.6 Familie und Angehörige

Palliative Care und *End of Life Care* inkludieren auch den Umgang mit und die Unterstützung der Angehörigen. Pflegepersonen und Angehörige sind die Personen, die am Krankenbett eng zusammenarbeiten (Arnaert, Seller & Wainwright 2009). Die Begegnungen und Gespräche mit den Angehörigen können einschüchternd auf die Pflegepersonen wirken, zugleich werden sie als wichtig in der Betreuung angesehen. Pflegepersonen sind der Meinung, dass fehlendes Verständnis für die letzte Lebensphase und die Unwissenheit darüber, was zu erwarten ist, zu steigender Angst und unrealistischen Zielen bei Angehörigen führen können. Somit sind die Angehörigen von sterbenden Personen für Pflegepersonen einerseits ein belastender Faktor, andererseits aber eine große Ressource (Karlsson et al. 2010; O'Connor 2016). Angehörige spielen, den Pflegepersonen nach, eine bedeutende Rolle, wenn die Patientinnen und Patienten am Lebensende angekommen sind. Sie könnten die Sterbenden begleiten, emotionale Unterstützung bieten und den Prozess des Sterbens für die Patientinnen und Patienten erleichtern. Pflegepersonen äußern, dass sie die Angehörigen in die Pflege ihrer Liebsten miteinbeziehen, da es den Angehörigen ein Gefühl von ‚Nützlich sein‘ und ‚Gebraucht werden‘ gibt. Manchmal schaffen Angehö-

rige bei Pflēgetätigkeiten jedoch Hindernisse oder erzeugen weitere Herausforderungen während des Sterbeprozesses (Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014).

Pflegepersonen denken, dass Angehörige manchmal Schwierigkeiten haben, mit der Krankheit zurechtzukommen. Sie empfinden es oft als belastend, sich um die unrealistischen Erwartungen der Angehörigen zu kümmern. Gedacht wird, dass Interventionen, wie die Kommunikation über den Zustand der Patientin oder des Patienten, das Präsentsein und aufklärende Gespräche es erleichtern, die Situation zu verstehen und zu verarbeiten. Pflegepersonen geben den Angehörigen Handlungsempfehlungen und bringen ihnen Pflēgetätigkeiten bei. Sie sind der Meinung, dass sie dadurch den Familienzusammenhalt stärken (Dong et al. 2016; O'Connor 2016). Vor allem die Pflegeassistentinnen und -assistenten schenken den Bedürfnissen der Angehörigen von sterbenden Personen besondere Aufmerksamkeit. Sie sehen Angehörige als wichtig für die Personen in der letzten Lebensphase und unterstützen ihre Anwesenheit. Die Pflegeassistentinnen und -assistenten beschreiben die Unterstützung, die sie den Angehörigen in dieser Phase geben, als gleichwertig mit jener, die sie den Sterbenden zuteilen (Beck et al. 2011).

Gespräche über Tod und Sterben mit Angehörigen von Sterbenden werden von Pflegepersonen, im Vergleich zu den sterbenden Personen selbst, als schwierig beschrieben (Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008; Jenull & Brunner 2008; Wang et al. 2018). Auch äußern sie, dass den Angehörigen der Sterbeprozess manchmal nicht bewusst ist und sie häufig nicht wissen, wie sie diese auf das baldige Sterben vorbereiten sollen (Dong et al. 2016).

Um die angeführten belastenden Faktoren in der Versorgung von Menschen am Lebensende zu bewältigen, nennen die Pflegepersonen persönliche Strategien.

3.3.3 Bewältigungsstrategien

Pflegepersonen selbst beschreiben persönliche Bewältigungsstrategien, um mit belastenden Faktoren, die bei der Versorgung von Menschen am Lebensende entstehen, zurechtzukommen und weiterhin *Palliative Care* und *End of Life Care* anbieten zu können.

Individuelle Interventionen sind Gespräche im Team oder mit Angehörigen außerhalb des Teams über belastende Themen. Auch simple Maßnahmen, wie ein Spaziergang oder Sport in der Natur, helfen den Pflegepersonen, sich von Gedanken über die Ar-

beit und Situationen am Lebensende zu distanzieren (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014).

Sie nennen die Familie und Freunde als wichtige Ressource, um Belastungen, verursacht durch das Sterben oder den Tod einer Patientin, eines Patienten, zu bewältigen. Es hilft den Pflegepersonen, mit der Situation zurechtzukommen, wenn eine Kollegin oder ein Kollege zum Zeitpunkt des Versterbens oder des Todes einer Patientin, eines Patienten anwesend ist. Scherze machen, Humor verwenden oder Spaß haben bei der Arbeit ist für die Pflegepersonen ein erwiesener Weg, den Verlust von Patientinnen und Patienten verarbeiten zu können. Regelmäßige Bewegung, Lesen, Zeit für sich alleine haben, Fernsehen, Entspannen, mit Haustieren interagieren, ausreichend Schlaf und eine gute Ernährung nennen die Pflegepersonen ebenso als Bewältigungsstrategien in der *Palliative Care*. Zudem werden persönliche Beziehungen, das Kennen eigener Grenzen, genügend arbeitsfreie Zeit und zugleich Leidenschaft für die Arbeit als Quellen der Kraft bezeichnet. Sie beschreiben diese Strategien als unterstützend und können damit ihr persönliches Leben in Balance halten sowie ihre Energie wiederherstellen (Zheng, Lee & Bloomer 2017; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014).

3.3.3.1 Anerkennung und Unterstützung

Anerkennung und Unterstützung werden von den Pflegepersonen als wichtige Aspekte in der Betreuung von Sterbenden und Verstorbenen genannt. Durch die Rückmeldung, dass sie die bestmögliche Pflege am Lebensende bieten, schöpfen sie Kraft, mit den Situationen im Arbeitsalltag umzugehen. Die Anerkennung kommt meist von Angehörigen oder von den Patientinnen und Patienten selbst. Diese Anerkennung wird als sehr wichtig für die nötige Stärke zur Erledigung der Arbeit beschrieben. Gesten wie Dankeskarten oder Dankesworte in der Zeitung nach dem Tod einer Verstorbenen oder eines Verstorbenen, die sie betreut haben, bestätigen, dass sie gute Arbeit geleistet haben (Beck et al. 2011; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014; Sakai, Naruse & Nagata 2013).

Pflegepersonen äußern den Wunsch nach gegenseitiger Unterstützung von allen Personen, die in die Versorgung der Patientin, des Patienten involviert sind (Arnaert, Seller & Wainwright 2009).

3.3.3.2 Trauern, Trost und Abschied nehmen

Eine weitere Strategie zur Bewältigung belastender Situationen ist das Zeigen von Trauer wie Weinen. Durch das Weinen können Pflegepersonen Gefühle und Emotionen bewältigen. Einige äußern, dass sie nach dem Verlassen der Arbeit oder wenn sie allein sind weinen, wohingegen andere im Beisein der Angehörigen oder der/des Verstorbenen weinen. Manche sehen den Tod als unvermeidbaren Teil des Lebens an, um sich vom Tod einer Patientin, eines Patienten distanzieren zu können. Andere vertreten die Ansicht, dass der Tod Schicksal ist, welches sie nicht beeinflussen können. Das hilft ihnen dabei, Sterbende zu versorgen und mit dem Tod zurechtzukommen. Neben der Trauer ist das Abschiednehmen für die Pflegepersonen essentiell. Sie benötigen nach dem Tod ihrer Patientinnen und Patienten Zeit, um zu trauern. Dafür wäre es einigen Pflegepersonen wichtig, dass Betten von Verstorbenen nicht unmittelbar neu belegt werden, sondern eine angemessene Zeit für die Verabschiedung vorhanden ist. Auch die Teilnahme an der Beerdigung oder Verabschiedung der Patientinnen und Patienten hilft den Pflegepersonen, ihre Trauer auszudrücken und zu überwinden (Beck et al. 2011; Huang, Chen & Chiang 2016).

Weiters geben die Patientinnen und Patienten den Pflegepersonen das Gefühl von Wichtigkeit und dass sie gebraucht werden. Dadurch wird den Pflegepersonen geholfen, ihre emotionalen Konflikte aufzulösen. Sie beschreiben, dass die Patientinnen und Patienten ihre Gefühlslage beobachten und Trost spenden. Durch das Halten von Augenkontakt oder durch ein Lächeln wird ihnen ermöglicht, sich besser zu fühlen und das, obwohl keine Kommunikation stattfindet (Huang, Chen & Chiang 2016).

3.3.3.3 Spiritualität

Pflegepersonen sehen die Spiritualität und die Religion als wichtige Aspekte in der Betreuung von Menschen am Lebensende. Sie sind der Meinung, dass die Spiritualität den Umgang mit der Krankheit und ihren Symptomen verbessert und die Pflegequalität am Lebensende stärkt. Zudem wird die Bedeutung des religiösen Hintergrundes von sterbenden Patientinnen und Patienten betont. Pflegepersonen erwarten von sich, die spirituellen und religiösen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten im Betreuungsverlauf zu erfüllen. Einige gaben an, dass eine Verbindung mit der Familie und den Freunden ein wichtiges Element der Spiritualität der oder des Sterbenden darstellt (Dong et al. 2016). Auch haben Pflegepersonen die Einstellung, dass sterbende Patientinnen und Patienten ein Bedürfnis nach spiritueller Gebor-

genheit, Frieden und nach Selbstakzeptanz sowie Akzeptanz des jetzigen Zustandes haben. Die Spiritualität bietet Ruhe und Trost. Sie wird von Pflegepersonen teilweise mit Stärke verbunden, mit etwas Einzigartigem für jede Person. Spirituelle Praktiken, wie Sprechen mit oder Involvierem einer/einem/eines Geistlichen oder einem/eines Pfarrer/s in die Pflege, Beten und andere glaubensbasierte Aktivitäten wurden als essentielle Bewältigungsstrategien gesehen. Religion wird zum Teil als unterstützend für Pflegepersonen, die einen Tod einer Patientin, eines Patienten erlebt haben, gesehen. Sie hilft bei der Akzeptanz von Sterben und Tod und verringert die Verzweiflung über den Tod (Luxardo, Padros & Tripodoro 2014; Zheng, Lee & Bloomer 2017).

3.3.3.4 Grenzen setzen

Pflegepersonen betonen die Wichtigkeit, ihre Gefühle bei der Arbeit zu lassen und sie nicht mit nach Hause zu nehmen. Daher ist es sehr wichtig für sie, sich von Sterbenden oder Gestorbenen angemessen zu verabschieden oder mit Kolleginnen und Kollegen über belastende Situationen zu sprechen. Ein Großteil trennt, beim Thema Sterben und Tod, Arbeit und Privates. Um die Balance zwischen Arbeit und Privatem zu erhalten und die Arbeit weiterführen zu können, ist das Grenzsetzen für die Pflegepersonen essentiell. Einige Pflegepersonen glauben, dass sie Emotionen bezogen auf den Tod bei der Arbeit lassen, was sie dabei unterstützt, mit der emotionalen Belastung zurechtzukommen (Beck et al. 2011; Jenull & Brunner 2008; Zheng, Lee & Bloomer 2017). Obwohl einige ihre Erfahrung mit dem Tod von Patientinnen und Patienten als positiv sehen, hält der emotionale Einfluss nach dem Tod an. Teilweise beschreiben sie es als schwierig, Gedanken über die Arbeit zu Hause nicht fortzuführen. Weiters ist das Arbeiten mit sterbenden Patientinnen und Patienten eine emotionale Herausforderung für sie, da die Realität des Todes allen involvierten Personen veranschaulicht wird (Arnaert, Sellaer & Wainwright 2009).

3.3.3.5 Berufserfahrung

Im Allgemeinen weisen Pflegepersonen, die Erfahrungen mit der Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende haben, breitgefächerte Kompetenzen auf. Sie sind selbstbewusst in ihrem Handeln und fühlen sich bei den täglichen Interaktionen mit Sterbenden und ihren Familien wohl (O'Connor 2016). Je länger Pflegepersonen in ihrem Beruf tätig sind, desto höher ist die positive Einstellung zur Betreuung von sterbenden Menschen (Wilson, Avalos & Dowling 2016).

Sie verwenden gemachte Erfahrungen aus ihrem Leben und aus der Arbeit, um mit dem Tod einer Patientin, eines Patienten zurechtzukommen und um ihre Einstellung zum Thema Tod und Sterben zu verbessern. Jene, die mehr Lebens- beziehungsweise Berufserfahrung haben, besitzen meist Erkenntnisse zu Bewältigungsstrategien. Einige haben gelernt, ein Teil des Sterbeprozesses zu werden, ohne emotional involviert zu sein und denken, dass das Bewältigen des Todes ein Teil ihres Jobs ist. Werden Pflegepersonen dem Tod gehäuft ausgesetzt, verändern sich die Einstellungen zum Tod und die Angst davor nimmt ab (Zheng, Lee & Bloomer 2017).

3.3.3.6 Aus- und Weiterbildung

Pflegepersonen, die eine kontinuierliche Weiterbildung im Bereich *Palliative Care* erhalten, zeigen, im Vergleich zu jenen ohne kontinuierliche Weiterbildung in diesem Bereich, eine deutlich erweiterte Kompetenz sowohl in der Theorie als auch in der Praxis. Außerdem hängt ein höheres Wissen im Bereich der *Palliative Care* mit positiven Einstellungen zur Pflege von Sterbenden zusammen (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Wilson, Avalos & Dowling 2016).

Die positive Einstellung von Pflegepersonen zur Versorgung von Sterbenden nimmt zu, je häufiger sie ein Seminar zu diesem Thema besuchen. Auch die Unterstützung vom Arbeitgeber, um die Teilnahme an solchen Seminaren organisatorisch zu ermöglichen, führt zu einer positiven Einstellung (Sakai, Naruse & Nagata 2013).

Pflegepersonen sind der Meinung, dass kontinuierliche Weiterbildung ihr Wissen im Bereich der *Palliative Care* erweitern würde. Dies könnte in Folge ihr Selbstbewusstsein sowie die Fähigkeit, die Patientinnen und Patienten und deren Angehörige zu unterstützen und mit palliativen Situationen besser umzugehen, stärken. Es wird der Wunsch, das Wissen im Bereich der *Palliative Care*, durch Training in zeitnahen Abständen, zu erweitern, geäußert. Doch Pflegepersonen hatten kaum adäquates Training in der Basisausbildung bezogen auf *End of Life Care*. Sie lernten durch die fortlaufende Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten in der Praxis mit ihren eigenen emotionalen Unbehagen zurechtzukommen. Sie glauben, durch das Fehlen gewisser Kompetenzen bleiben Erinnerungen und es kommt zu Trauer, Hilflosigkeit und Tränen (Arnaert, Seller & Wainwright 2009; O'Connor 2016).

Pflegepersonen kritisieren, dass die Ausbildung nur eine Basis darstellt und sie ihre Kompetenzen durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen in der Praxis entwickeln.

Sie sind der Meinung, dass Schulungen und Ausbildungsmöglichkeiten unterstützend in Situationen am Lebensende wirken können. Jedoch stehen wenig Ressourcen beziehungsweise spezifische Ausbildungsprogramme zur Verfügung, die den Umgang mit dem Tod erleichtern (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Zheng, Lee & Bloomer 2017).

Neben der Wissensweitergabe durch Seminare, Schulungen und Ausbildungen in diesem Bereich heben Pflegepersonen hervor, dass Leitfäden der *Palliative Care* benötigt werden. Manche würden sich von praktischen Leitlinien zu verschiedenen Themen unterstützt fühlen (McLennan et al. 2010). Speziell bezogen auf die palliative Sedierung würden sich Pflegepersonen eine Stellungnahme vom Berufsverband, welche klar die palliative Sedierung unter spezifischen Umständen befürwortet, wünschen. Außerdem äußerten einige die Notwendigkeit einer Leitlinie. Dies könnte positiv dazu beitragen, die Rollen in dem Prozess der palliativen Sedierung zu definieren und die professionellen Verantwortungen klar festzulegen (Abarshi et al. 2014).

3.3.3.7 Supervision und Gespräche

Pflegepersonen wünschen sich ein ‚Ohr‘, jemand, an den sie sich wenden können, wenn sie das Bedürfnis haben, ohne auf einen formellen Termin warten zu müssen. Sie fühlen sich sicher, wenn sie mit ihren Kolleginnen und Kollegen über ihre eigenen Emotionen, bezogen auf das Sterben und den Tod von Patientinnen und Patienten, sprechen können. Zudem würden sich Pflegepersonen die Möglichkeit, dies in der Arbeitszeit zu tun, wünschen (Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Beck et al. 2011). Neben informellen Gesprächen haben Pflegepersonen aber auch das Bedürfnis, Erfahrungen und Gefühle in einem formellen Rahmen, geführt von einer ausgebildeten externen Person, zu besprechen. Eine institutionelle Unterstützung in Form von regelmäßigen Gesprächen und Fallbesprechungen, in den Bereichen Verlust und Trauerbegleitung in der Pflege, gilt als essentiell, um das Thema Sterben und Tod zu bewältigen. Einige sind der Meinung, dass generelle Teambesprechungen Unterstützung bieten können. Um über diese Themen zu diskutieren beziehungsweise sie zu verarbeiten, empfinden die Pflegepersonen Unterstützung von Kolleginnen und Kollegen, den Führungskräften und der Institution sowie regelmäßige klinische Supervisionen als wichtig (Abarshi et al. 2014).

Bei regelmäßigen Nachbesprechungen hätten Pflegepersonen die Möglichkeit, über ihre Erfahrungen vom Sterben ihrer Patientinnen und Patienten zu sprechen. Durch diese Aktivität lernen die Pflegepersonen ihre Kolleginnen und Kollegen besser kennen, teilen ihre Gedanken, Informationen und Ratschläge. Hinzu kommt eine gegenseitige emotionale Unterstützung, was hilfreich beim Verlust von Patientinnen und Patienten sein kann. Nachbesprechungen werden ebenso als vorteilhaft für die mentale Gesundheit von Pflegepersonen gesehen. Weiters führen sie zu einem ‚Sensiblerwerden‘ fürs Thema und verbessern damit die Einschätzung der Pflege, wenn der Tod einer Patientin oder eines Patienten naht. Das Bedürfnis, mit anderen zu kommunizieren und ebenso gehört zu werden, wird von Pflegepersonen als sehr wichtig identifiziert. Sie äußern, informelle Unterstützungsnetzwerke mit ihren Kolleginnen und Kollegen, eigenen Angehörigen, Freunden und mit Angehörigen der Patientinnen und Patienten zu haben. Diese Personen bieten emotionale Unterstützung, Hilfe und beruhigen die Pflegepersonen in emotionalen Krisensituationen. Durch das Teilen von Erfahrungen und das Sprechen über Situationen am Lebensende wird ihnen erlaubt, Gefühle und vor allem Ängste, bezogen auf das Sterben und den Tod, zu verbalisieren. Der Schmerz und das Leid werden mit dem Gegenüber geteilt und dadurch wird eine Selbstreflexion oder eine Reflexion des Geschehenen ermöglicht. Pflegepersonen diskutieren gerne über eigene Erkenntnisse und erlebte Situationen mit Kolleginnen und Kollegen, die bereits Erfahrung im Bereich der Versorgung von Menschen am Lebensende haben. Durch Erfahrungsaustausch und Diskussionen reflektieren sie ihr Handeln und das Umfeld (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016).

3.3.3.8 Selbstreflexion und persönliche Entwicklung

Die Selbstreflexion ist für die Pflegepersonen ein wichtiges Werkzeug zur Evaluierung des Versorgungsprozesses bei Menschen am Lebensende (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016). Reflexion des Pflegealltages bietet einen großen Erfahrungszuwachs und erleichtert die emotionale Verarbeitung des Sterbeprozesses und des Todes (Zheng, Lee & Bloomer 2017).

Begegnungen während des Sterbens und des Todes werden als herausfordernd, aber wichtig für die Entwicklung der Selbsterkenntnis und der Lebenserfahrung der Pflegepersonen beschrieben. Die Versorgung von Sterbenden wird von Pflegepersonen als ergiebig, kreativ und bedeutungsvoll bezeichnet. Gefühle von Arbeitszufrie-

denheit werden in der Betreuung von Menschen am Lebensende erreicht, wenn der Sterbeprozess entspannt und friedvoll ist und die Patientinnen und Patienten sowie die Angehörigen dies ebenso empfinden (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016).

Wenn Pflegepersonen bereits den Tod einer nahestehenden Person erfahren mussten beziehungsweise einen sterbenden Angehörigen zu Hause betreuen, dann sind sie eher bereit, Personen am Lebensende zu betreuen als jene, die diese Erfahrungen nicht gemacht haben (Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008). Jedoch erinnern sich Pflegepersonen oft an den Verlust ihrer eigenen Angehörigen, wenn sie Patientinnen und Patienten in ähnlichen Situationen betreuen oder auch an ihre eigene Sterblichkeit (Huang, Chen & Chiang 2016; Oflaz et al. 2010).

Durch das Arbeiten in der *Palliative Care* und *End of Life Care* kommt es zur Reflexion der eigenen Werte der Pflegepersonen. Sie finden, dass das Involviertsein in Situationen am Lebensende lohnenswert ist und sie positive Lebensaussichten für sich selbst entwickeln. Pflegepersonen reflektieren, durch das Sterben der Patientinnen und Patienten, ihr eigenes Leben, wissen das Leben vermehrt zu schätzen und kümmern sich um private Beziehungen (Zheng, Lee & Bloomer 2017). Sie denken, dass es ihnen hilft, das Leben zu genießen und den Moment zu leben. Auch fördert die Arbeit in der *Palliative Care* und *End of Life Care* die persönliche Entwicklung und stärkt den Charakter der Pflegepersonen (Dong et al. 2016; Oflaz et al. 2010).

„Die Pflege gibt so viel zurück ... Ich glaube es hat Vorteile bei Sterbenden zu sein ... Du kannst helfen es unvergesslich und friedvoll zu machen ... rein persönlich, gibt es mir eine Menge, da ich es als sehr wichtig sehe dem Patienten die Möglichkeiten zu geben ihr Leben als unvergesslich und friedvoll abzuschließen ... es stärkt ein Teil zu sein, ich denke es stärkt mich als Person ein Teil davon zu sein“ (in Andersson, Salickiene & Rosengren 2016, S.146; übersetzt von Fiedler 2019).

4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war, die Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen zur Versorgung von Menschen am Lebensende in der *Palliative Care* herauszufinden. Das Design der systematischen Literaturübersicht wurde gewählt, um einen umfassenden Überblick vorhandener Literatur zur Thematik zu geben. Nach der systematischen Literaturrecherche in relevanten wissenschaftlichen Datenbanken, einem Screeningverfahren und der Qualitätsbeurteilung mit entsprechenden Bewertungsinstrumenten (Joanna Briggs Institute 2014) konnten 21 Studien für den Ergebnisteil generiert werden. Anschließend werden die Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert, die Stärken und Schwächen dieser Arbeit dargestellt sowie die Empfehlungen für weitere Forschung und die Pflegepraxis abgeleitet.

Im Gesamten haben die Pflegepersonen die Einstellung, dass die *Palliative Care* die Lebensqualität erhält oder verbessert, Leid lindert und mit einem ganzheitlichen Ansatz arbeitet. Die Menschen am Lebensende haben Recht auf Selbstbestimmung, Würde, Respekt und ein Sterben in Frieden. Das multiprofessionelle Team und die Angehörigen spielen eine wichtige Rolle in der Betreuung. Die Pflegepersonen konzentrieren sich auf den Willen und die Wünsche der Sterbenden (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Dong et al. 2016). Dies sind Aussagen, die sich auch mit der Definition der WHO (2019) zur *Palliative Care* decken.

Ein Themenbereich, der herausgearbeitet werden konnte, umfasst die allgemeinen Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen in der Betreuung von Sterbenden. Im Vordergrund stehen die kontinuierliche Konfrontation mit dem Sterben und dem Tod, die Mehrheit sieht dies als großen Stressfaktor. Die emotionale Überbelastung kostet ihnen Energie und bringt ein Gefühl der Erschöpfung mit sich (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Dong et al. 2016; Jenull & Brunner 2008; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014). Weiters sehen die Pflegepersonen in der Versorgung von Menschen am Lebensende das Sterben von jungen Menschen und die Angst vorm Sterben der Patientinnen und Patienten selbst als Belastung. Es ist für sie schwierig, wenn sich in der Betreuung eigene Situationen widerspiegeln oder sie eine emotionale Verbundenheit mit den Betroffenen entwickeln (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Beck et al. 2011; Huang, Chen & Chiang 2016; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014; O'Connor 2016; Oflaz et

al. 2010). Solche Gefühle sind schwer zu verarbeiten und können, laut den Pflegepersonen, in Schlafstörungen, privaten Problemen, Zorn oder emotionaler Erschöpfung enden (Dong et al. 2016; Oflaz et al. 2010; Zheng, Lee & Bloomer 2017), weshalb einige versuchen, Emotionen zu unterdrücken (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Oflaz et al. 2010). Auch Cevik & Kav (2010) zeigen, dass die Versorgung von sterbenden Patientinnen und Patienten und die Verarbeitung des Todes einer der schwierigsten Aspekte für Pflegepersonen sein kann. Durch die intensive Konfrontation mit dem Tod müssen Pflegepersonen ihre eigenen Wahrnehmungen und Einstellungen erkennen und diese reflektieren, bevor sie Patientinnen und Patienten im Sterbeprozess und im Umgang mit dem Tod unterstützen können. Zugleich sehen die Pflegepersonen die Betreuung von Sterbenden bei Braun, Gordon & Uziely (2010); Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh (2008); Jenull & Brunner (2008) und Wilson, Avalos & Dowling (2016) als mäßig bis sehr positiv.

Pflegepersonen mit höherem Alter, Berufserfahrung und einer Ausbildung oder Weiterbildungen im Bereich *Palliative Care* reagieren weniger emotional und haben eine positive Einstellung zur Betreuung von Menschen am Lebensende – verglichen mit jungen, unerfahrenen Pflegepersonen oder jenen ohne Weiterbildungen im Bereich *Palliative Care* (Braun, Gordon & Uziely 2010; Dong et al. 2016; Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008; O'Connor 2016; Wang et al. 2018; Wilson, Avalos & Dowling 2016). Daher ist einerseits die Berufserfahrung, aber auch das Bedürfnis nach Aus- und Weiterbildung für die Pflegepersonen ein essentieller Punkt (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; O'Connor 2016; Zheng, Lee & Bloomer 2017). Da die Ausbildung nur eine kleine Basis an Wissen zur Betreuung von Menschen am Lebensende bietet und den Pflegepersonen somit zu Beginn Kompetenzen fehlen, wünschen sie sich im Bereich der *Palliative Care* und *End of Life Care* Weiterbildungen (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; O'Connor 2016). Auch Cevik & Kav (2010) brachten hervor, dass Ausbildungsprogramme zur Wissenserweiterung und zum Ausbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten benötigt werden, um das Sterben und den Tod langfristig verarbeiten zu können. Die Versorgung von terminal Kranken erfordert spezialisiertes Wissen und Training der Gesundheitsprofessionen. Aus- und Weiterbildungen können das Bewusstsein des Todes bei Pflegepersonen vergrößern, dadurch die Todesangst lindern und positive Einstellungen bezogen auf die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit terminalen Erkrankungen fördern. Die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten und

ihren Angehörigen, die emotionale Unterstützung der Angehörigen von Sterbenden, das Zulassen und Zeigen eigener Gefühle, sich selbst mit dem Tod und damit verbundener Angst zu konfrontieren und die Selbstreflexion sollten bereits in der Pflegeausbildung behandelt werden und ebenso als Weiterbildung für Pflegepersonen zur Verfügung stehen (Cevik & Kav 2010).

Durch die Änderung der Ausbildung in der Gesundheits- und Krankenpflege in Österreich wird die *Palliative Care* jedoch von den derzeitigen 60 Unterrichtsstunden auf bis zu 16 Stunden reduziert. Weiters ist die Einführung der Pflegefachassistenz, die einen Teil der Kompetenzen des diplomierten Personals übernimmt, eine Herausforderung. Sie haben anstatt der drei Jahre eine zweijährige Ausbildung, um Wissen und Erfahrung zu generieren (Kössler 2016). Und nur ein geringer Teil absolviert die Basisausbildung *Palliative Care*. Damit die *Palliative Care* umgesetzt werden kann, ist eine Aus- und Weiterbildung der Berufsgruppen nötig, besonders für jene, die in der Grundversorgung tätig sind (Peltari, Pissarek & Zottele 2017).

Der ‚Skill und Grade Mix‘ kann dieser vermutlichen Problematik entgegenwirken. Pflegepersonen mit unterschiedlichen Fähigkeiten innerhalb eines Teams treffen aufeinander und bieten individuelle Kompetenzen durch Qualifikationen, Expertisen und Erfahrungen. Der Austausch beziehungsweise das Heranziehen von Meinungen der erfahrenen Pflegepersonen oder ausgebildeten Expertinnen und Experten kann einen Vorteil in der Patientinnen- und Patientenversorgung bieten. Es ist ein optimales Konzept für den Gesundheitsbereich, da vorhandene Ressourcen eingesetzt werden, um flexibel und kosteneffektiv eine ganzheitliche Betreuung bieten zu können (Duffield, Roche & O’Brien-Pallas 2007; Jacob, McKenna & D’Amore 2015).

Auch sieht die Palliativ- und Hospizversorgung in Österreich die Versorgung von Personen mit komplexen Situationen und schwierigen Fragestellungen in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung vor (siehe Abbildung 1), da diese Teams die Expertise für herausfordernde Situationen besitzen. Aufgrund der noch nicht flächendeckenden Umsetzung der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung müssen alle weiteren Betreuungseinrichtungen, wie Krankenhäuser, Pflegeheime oder die Betreuungen zu Hause, in schwierigen Situationen übernehmen. Daher sind Weiterbildungen sowie Spezialisierungen im Bereich *Palliative Care* und *End of Life Care* auch für die Grundversorgung essentiell (Dachverband Hospiz Österreich 2019).

Ein weiterer kritischer Punkt ist die Linderung von Schmerz und Leid. Pflegepersonen meinen, dass es sehr belastend ist, wenn die verabreichten Therapien keine Wirkung zeigen. Sie fühlen sich in diesen Situationen verzweifelt (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Beck et al. 2011; Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008; Karlsson et al. 2010; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014; Oflaz et al. 2010). Das trifft vor allem dann zu, wenn sie keine medizinische Unterstützung erhalten (Beck et al. 2011; Karlsson et al. 2010). Jedoch sind ein effektives Symptommanagement und die Schmerzbehandlung wesentliche Faktoren eines optimalen Sterbeprozesses für Patientinnen und Patienten sowie für die Pflegepersonen selbst und stellen vermutlich daher eine Herausforderung dar, wenn sie nicht zufriedenstellend erreicht werden können (Cevik & Kav 2010).

Pflegepersonen beklagen ebenso eine zu späte Aufklärung über die Diagnose sowie, dass Diagnostik und Behandlungen oft bis zum Lebensende durchgeführt werden (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Karlsson et al. 2010). Eine absolut ehrliche Aufklärung über den Zustand und die Prognose sowie eine gemeinsame Entscheidungsfindung werden einerseits als essentiell gesehen (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Inghelbrecht et al. 2009; McLennan et al. 2010; O'Connor 2016). Andererseits denken die Pflegepersonen bei Dong et al. (2016) und Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh (2008), dass ein Belügen der Sterbenden zur Hoffnungserhaltung wichtig im Versorgungsprozess ist. Abhängig könnte dies von der jeweiligen Kultur sein. Denn die chinesische traditionelle Todeskultur erlaubt es nicht, das Sterben und den Tod mit den todkranken Personen selbst zu besprechen, auch nicht in der terminalen Phase. Es wird versucht, die Hoffnung aufrechtzuerhalten, da sie als Energie gesehen wird, die eine Person bestärkt, weiterzuleben (Dong et al. 2016). Weiters sind Pflegepersonen teilweise der Meinung, dass das Kommunizieren von schlechten Nachrichten eine Quelle für emotionale Erschöpfung und folgend ein Burnout ist (Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008).

Weitere Themen sind das Sterben zulassen und die palliative Sedierung, die zum Bereich der indirekten Sterbehilfe zählen. Pflegepersonen wünschen sich, dass das Sterben zulassen im Team diskutiert wird und würden dem jederzeit zustimmen, vor allem, wenn es der Wunsch von der zu betreuenden Person ist (Karlsson et al. 2010). Ist die Patientin, der Patient am Lebensende nicht mehr entscheidungsfähig, aber ebenso bei noch vollständig vorhandener Einsichts- und Urteilsfähigkeit, ist eine

Patientinnen- und Patientenverfügung oder in Folge eine Vorsorgevollmacht häufig eine große Hilfestellung. Eine Patientinnen- und Patientenverfügung legt bestimmte medizinische Behandlungen fest beziehungsweise lehnt diese ab und tritt in Kraft, sobald die Patientin oder der Patient nicht mehr handlungs- und urteilsfähig ist. Es wird zwischen einer verbindlichen, welche durch zum Beispiel einen Notar beglaubigt wurde, somit rechtskräftig ist und den Handlungsweg enthält, und der beachtlichen Verfügung, die den Willen der Patientin, des Patienten beschreibt, aber nur eine Orientierungshilfe ist und an die das medizinische Personal nicht gebunden wird, unterschieden (Bundesministerium für Gesundheit 2010). Bei einer Vorsorgevollmacht bestimmt eine Person, die eventuell bereits schwer krank, aber noch urteils-, einsichts- und äußerungsfähig ist, wer im Falle eines Verlustes dieser Fähigkeiten, die bevollmächtigte Person sein und auch, um welche Angelegenheiten sich diese kümmern soll, wie zum Beispiel medizinische Entscheidungen (Bundeskanzleramt für Österreich 2016).

Eine weitere Option und eine deutlich umfassendere Entscheidungshilfe für die Professionistinnen und Professionisten, aber auch für Angehörige ist das sogenannte ‚Advanced Care Planning‘. Dies ist ein Prozess, der die Patientin, den Patienten befähigt, ihre/seine Wünsche gemeinsam mit dem Behandlungsteam und den Angehörigen auszudrücken und dadurch eine bestmögliche individuelle Vorausplanung zu verschriftlichen. Zu Beginn des Prozesses werden individuelle Vorlieben, Wünsche, Werte, Ziele und der Lebenswille besprochen. Basierend auf den Ergebnissen finden weitere Planungs- und Konkretisierungsschritte statt. Hintergrund ist das ethische Prinzip der Selbstbestimmung. Daher soll das Ziel eine gesundheitliche Vorausplanung inklusive der Unterlassung oder Durchführung von Behandlungen sowie Maßnahmen sein, die dem Willen der aufgeklärten Patientinnen und Patienten entspricht (Singer, Robertson & Roy 1996). Das ‚Advanced Care Planning‘ beinhaltet daher eine gemeinsame Entscheidungsfindung, auch ‚Shared Decision Making‘ genannt. Dies wird als ein Ansatz definiert, in dem die Professionistin, der Professionist und die/der Betroffene aktiv Informationen austauschen, Behandlungsoptionen besprochen und gemeinsame Entscheidungen getroffen werden (Elwyn et al. 2010). Auch die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen den Wunsch der Pflegepersonen, Patientinnen und Patienten in den gesamten Prozess miteinzubeziehen und Entscheidungen am Lebensende gemeinsam, interprofessionell und mit der Patientin, dem Pati-

enten zu treffen (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Inghelbrecht et al. 2009; McLennan et al 2010).

Neben dem Sterben zulassen steht die palliative Sedierung. Diese nehmen Pflegepersonen zur Linderung von behandlungsresistentem Leid der Sterbenden in Kauf. Sie fühlen sich jedoch unsicher in der Durchführung und wünschen sich eine Handlungsempfehlung (Abarshi et al. 2014; Inghelbrecht et al. 2009). Auch andere Erhebungen zeigen, dass Pflegepersonen die palliative Sedierung als einen schmalen Grat zur Tötung auf Verlangen sehen und sich unsicher in der Anwendung fühlen. Eine schriftliche Hilfestellung zur medizinischen Anordnung und praktischen Handhabung wäre, den Pflegepersonen nach, hilfreich (Anquinent et al. 2015; Rietijens et al. 2007).

Neben diesem Wunsch nach Handlungsempfehlungen bei palliativen Sedierungen kommen zur Bewältigung der *End of Life Care* einige Unterstützungsmaßnahmen hervor. Essentielle Punkte sind ausreichende Freizeit und die Freizeitgestaltung sowie private und berufliche Beziehungen (Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014; Zheng, Lee; Bloomer 2017). Außerdem haben beinahe alle Pflegepersonen das Bedürfnis, die Arbeit beziehungsweise die Gedanken von der Arbeit nicht mit nach Hause zu nehmen. Sie wollen eine völlige Trennung von Arbeit und Privatleben, eine Abgrenzung (Beck et al. 2011; Jenull & Brunner 2008; Zheng, Lee & Bloomer 2017).

Jedoch gestaltet es sich bei Arnaert, Seller, Wainwright (2009) als schwierig, die Gedanken zur Arbeit zu Hause auszuschalten, was eine erneute emotionale Herausforderung bedeutet. Der Psychotherapeut Hilarion G. Petzold beschreibt bereits 1996 in seiner Theorie der integrativen Methodik, dass ein Abgrenzen von Situationen nicht optimal zur Vorbeugung von emotionaler Überlastung, Depression, psychischem Stress oder einem Burnout ist. Sondern, dass ein sogenanntes ‚Angrenzen‘ beider Bereiche für eine Verarbeitung stattfinden muss. Somit ist für die Verarbeitung von belastenden Situationen die Selbstreflexion sowie die Reflexion im Team und nicht die Verdrängung essentiell (Petzold 2003).

Dies bestätigen ebenso die Bedürfnisse nach informellen Besprechungen oder formellen Supervisionen, die deutlich hervorkommen. Nachbesprechungen und der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen sowie mit eigener Familie und Freunden bieten emotionale Unterstützung und sind ein Weg der Reflexion von Situationen

(Andersson, Salickiene & Rosengren 2016; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Beck et al. 2011; Jenull & Brunner 2008; Zheng, Lee & Bloomer 2017). Doch nach Arnaert, Seller & Wainwright (2009) und Zheng, Lee & Bloomer (2017) fehlen den Pflegepersonen die Zeit und auch der Raum, um über den Tod von betreuten Personen zu sprechen. Ebenso wünschen sich Pflegepersonen externe Supervisionen im Team und Patientinnen- und Patientennachbesprechungen auf interprofessioneller Basis. Diese formellen Gespräche finden, gleichfalls wie informelle Besprechungen, den Pflegepersonen nach, nicht oder nur kaum statt (Abarshi et al. 2014; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Beck et al. 2011; O'Connor 2016; Zheng, Lee & Bloomer 2017). Auch die Literatur sieht den Einsatz von informellen und formellen Besprechungen als essentiell. Vor allem formelle Besprechungen, wie Supervisionen, sollten ein Bestandteil in der *Palliative Care* und *End of Life Care* sein und nicht erst in Krisensituationen eingesetzt werden (Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019).

Ein weiterer Punkt sind Spiritualität und Religion. Diese können laut den Pflegenden eine Stütze für sie selbst sein und ihnen in schwierigen Situationen helfen (Zheng, Lee, Bloomer 2017). Auch spielen sie in der Betreuung von Personen am Lebensende eine bedeutende Rolle, damit der Umgang mit der Krankheit erleichtert und dadurch das Leid gelindert wird (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Balboni et al. 2012; Dong et al 2016; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014; Zheng, Lee & Bloomer 2017). Die Spiritualität wird auch in der Definition der *Palliative Care* genannt und ist eine der vier Säulen, die die *Palliative Care* ausmacht (WHO 2019).

Eine geteilte Einstellung haben die Pflegepersonen zu den Angehörigen der zu betreuenden Personen. Einerseits werden Angehörige in der Betreuung am Lebensende als Belastung gesehen (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008; Jenull & Brunner 2008; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014; O'Connor 2016; Wang et al. 2018). Gründe dafür könnten emotionale Ausbrüche, unrealistische Erwartungen oder umfangreiche Forderungen der Angehörigen sein (Abu-Saad, Dimassi & Abboud 2009; Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh 2008). Andererseits sind sie ein Teil in der *Palliative Care* und spielen eine bedeutende Rolle im Pflegeprozess (Arnaert, Seller & Wainwright 2009; Beck et al. 2011; Dong et al. 2016; Karlsson et al. 2010; Luxardo, Padros & Tripodoro 2014). Das trifft vor allem auf die Versorgung der Sterbenden zu Hause zu.

Angehörige übernehmen einen großen Teil der Pflege zu Hause, auch informelle Pflege genannt, und begleiten die terminal Kranken häufig bis zum Tod (Bundesministerium Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2018). Daher empfiehlt der Dachverband Hospiz Österreich (2019) in der Hospiz- und Palliativversorgung die Unterstützung durch mobile Palliativteams und ehrenamtliche Hospizteams für zu Hause, aber auch für Hilfestellungen in einer Langzeiteinrichtung. Konsiliardienste können Akutstationen durch Expertinnen und Experten unterstützen und Wissen bezogen auf *Palliative Care* kann ausgetauscht werden (Dachverband Hospiz Österreich 2019).

Dieser Einbezug der *Palliative Care* sollte der Literatur nach nicht erst in der letzten Lebensphase, sondern viel früher stattfinden. Die sogenannte ‚*Early Palliative Care*‘ ermöglicht Patientinnen und Patienten mit fortgeschrittenem Krebs sowie deren Angehörigen, eine langfristige Beziehung mit dem professionellen Betreuungsteam der *Palliative Care* zu entwickeln. Diese Beziehung kann schwierige Gespräche über Prognosen, aber auch über Risiken und Vorteile von Behandlungsmöglichkeiten, unter Einbezug der Ziele der Patientinnen, Patienten und Angehörigen, erleichtern. Das bessere Verständnis ihrer Prognose trägt möglicherweise dazu bei, dass *Palliative Care*-Patientinnen und -Patienten weniger aggressive Therapien am Lebensende erhalten und die Lebensqualität verbessert wird (Temel et al. 2007).

Neben der ständigen Wissenserhaltung und -erneuerung sind Beiträge der Forschung zum Thema Lebensende essentiell. Das transdisziplinäre Forschungs- und Kompetenznetzwerk Lebensende in Österreich wurde im Jahr 2014 für eine Wissensgenerierung und den Wissenstransfer im Bereich Lebensende gegründet. Ziel ist unter anderem die Etablierung eines österreichischen Forschungsschwerpunktes zum Thema Lebensende. Kernthemen sind die Versorgungssituation am Lebensende, Konzepte eines würdevollen Sterbens, ethischer Zugänge, von Einstellungen sowie Motiven für Entscheidungen am Lebensende und kulturelle Normen sowie gesellschaftliche Ideale (Netzwerk Lebensende 2014). Durch den demografischen Wandel gewann die Betreuung und Begleitung von Menschen am Lebensende in den letzten Jahren, vor allem aufgrund der angestiegenen Lebenserwartung, der chronischen Erkrankungen und der Multimorbidität im Alter, an Bedeutung. Die Sterbeforschung sollte jedoch aufgrund von Institutionalisierung, Professionalisierung, Medikalisierung und Verrechtlichung des Lebensendes intensiviert

werden. Dadurch können Veränderungen am Lebensende besser verstanden und Konsequenzen für die medizinische, politische, wirtschaftliche und rechtliche Praxis abgeleitet werden (NFP 67 2017). Hier werden in erster Linie Personen, die am Lebensende stehen, aber auch ihr betreuendes Umfeld einbezogen. Dies betrifft je nach Betreuungsausmaß auch Pflegepersonen jeder Disziplin. Dieses Netzwerk zielt darauf ab, Problematiken aufzuzeigen, Aufklärungsarbeit zu leisten, aber auch Empfehlungen für die Praxis abzugeben (Netzwerk Lebensende 2014).

4.1 Stärken und Limitationen

Diese Arbeit weist einige Stärken sowie Limitationen auf. Eine Stärke ist die Wahl des Designs, da durch die systematische Literaturübersicht ein umfassender Einblick in die derzeit vorhandenen Ergebnisse zu diesem Thema gegeben wird. Im Vergleich zu einer einfachen Literaturrecherche kann durch die systematische Vorgehensweise eher der umfassende Einbezug relevanter Literatur für den gewählten Zeitraum gewährleistet werden. Die Qualitätsbeurteilung der Literatur nach dem Volltextscreening durch drei Begutachterinnen stellt eine weitere Stärke dar. Die drei Pflegewissenschaftlerinnen weisen Erfahrung sowie eine wissenschaftliche Ausbildung vor und besitzen somit die Expertise, die Qualitätsbeurteilungen mit den passenden Instrumenten gewissenhaft durchzuführen. Außerdem gibt es nach Wissen der Autorin keine weitere Übersichtsarbeit im deutschsprachigen Raum zum Thema Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen bei der Versorgung von Menschen am Lebensende. Da sowohl diplomierte Pflegepersonen als auch Pflegeassistentinnen und -assistenten eingeschlossen wurden, kann eine umfangreiche Sichtweise der Pflegepersonen gegeben werden. Ebenso wurde das Setting in den Einschlusskriterien nicht eingegrenzt, da Menschen mit terminalen Erkrankungen in unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen oder zu Hause von Pflegepersonen betreut werden und damit die Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse aller Pflegepersonen von Bedeutung sind. Somit ist davon auszugehen, dass die Meinungen von Pflegepersonen unterschiedlicher Qualifikationen, Berufserfahrung und Arbeitsplätze zusammengefasst werden konnten. Dies gibt einen guten Überblick und kann mögliche Unterschiede durch Ausbildung, Erfahrung oder das Setting aufzeigen. Die eingeschlossenen quantitativen Studiendesigns sind Querschnitterhebungen, welche einen schwachen Evidenzgrad aufweisen. Ebenso lässt dieses Design eine Darstellung kausaler Zusammenhänge nicht zu und kann somit teilweise als Limitati-

on gesehen werden. Jedoch sind experimentelle oder prospektive Studiendesigns für diese Thematik aufgrund ethischer Belange schwierig oder kaum umsetzbar.

Die Studienqualität der Einzelerhebungen wurde bereits umfassend in der Methodik (siehe 2.6) beschrieben. Da ein Cut off Point (70 Prozent) für den Einschluss von Studien festgelegt wurde und keine Erhebung darunter liegt, ist von einer durchschnittlich guten methodologischen Qualität der Einzelerhebungen und Reviews auszugehen. Hauptkritikpunkt bei den qualitativen Erhebungen ist das Fehlen von kulturellen und theoretischen Hintergründen bezogen auf die Autorinnen und Autoren, was einen etwaigen Interessenskonflikt nicht transparent machen würde. Bei Prävalenzerhebungen wurden größtenteils wegen fehlender Angaben zur Poweranalyse Punkte abgezogen. Bei einer Querschnittstudie fehlen Angaben zur Validität des Erhebungsinstrumentes, was durchaus einen Kritikpunkt darstellt.

Dass nur in Englisch oder Deutsch veröffentlichte Literatur eingeschlossen wurde, gilt als eine Limitation, da Literatur in weiteren Sprachen und somit wichtige Erkenntnisse zum Thema fehlen könnten. Eine weitere Problematik stellt die Vergleichbarkeit der Länder mit unterschiedlichen Kulturen und Anschauungen dar. Aufgrund dessen, dass der Tod und das Sterben in einigen Ländern weiterhin ein Tabuthema ist, werden auch die Pflege von Menschen am Lebensende und ihre Handlungen dadurch beeinflusst. Es schränkt die Vergleichbarkeit mit Ländern und Kulturen, die das Sterben und den Tod als Prozess des Lebens ansehen, ein. Der Einschluss von quantitativen als auch qualitativen Studiendesigns gibt eine umfangreiche Sicht auf die Thematik, dadurch konnten Ergebnisse von großen Erhebungen sowie individuelle Meinungen bei Interviews gewonnen werden. Jedoch sind die Unterschiede im Studiendesign vor allem zwischen den Prävalenzerhebungen und der qualitativen Methode als Kritikpunkt zu sehen. Denn aufgrund der Unterschiede in den Punkten Personenanzahl, Erhebungsmethode und Analyse sind die Ergebnisse unterschiedlich in ihrer Evidenz und schränken somit die Vergleichbarkeit der einzelnen Literatur ein. Durch die Integrationsmethodik nach Sandelowski, Voils, Barroso (2016) in der Datenextrahierung und Datensynthese konnten die Ergebnisse unterschiedlicher Studiendesigns jedoch spezifischen Kategorien zugeordnet und narrativ dargestellt werden.

4.2 Empfehlungen für die Forschung

Empfehlungen für weitere wissenschaftliche Arbeit wären systematische Literatürübersichtsarbeiten zu spezifischen Themen am Lebensende, welche die Pflege be-

treffen – mit dem Fokus auf den Arbeitsbedingungen, der Kommunikation, den Angehörigen oder dem Sterbenzulassen in der *End of Life Care*. Diese Arbeiten würden einen genaueren Einblick in die Thematik geben und folglich könnten Empfehlungen für die Praxis abgeleitet werden. Ein weiterer für die Forschung wichtiger Punkt ist die Definierung des Begriffes *End of Life Care* für die Wissenschaft, aber auch für die Praxis, damit eine präzise und einheitliche Begriffsverwendung gewährleistet werden kann. Da in diesem systematischen Review die Ausbildungsgrade der Pflegeberufe zusammengefasst wurden, wäre ein Vergleich unterschiedlicher Graduierungen in der Pflege interessant. Es könnten Differenzen erhoben und auf graduierungsspezifische Bedürfnisse gesondert eingegangen werden. Qualitative Erhebungen bezogen auf Bewältigungsstrategien könnten unterstützend zur Gestaltung eines Fragebogens für eine umfangreiche Prävalenzerhebung zu Bewältigungsstrategien für Pflegepersonen in der *Palliative Care* oder *End of Life Care* sein. Weitere Prävalenzerhebungen mit validierten Messinstrumenten zu spezifischen Themen würden möglicherweise auf einen Zusammenhang zwischen den Einstellungen, Wünschen sowie Bedürfnissen und Faktoren wie Alter, Ausbildung, Erfahrung hindeuten. In weiterer Folge könnte eine Strategie, die den Pflegepersonen nach als hilfreich gesehen wird, in einer randomisiert kontrollierten Studie getestet werden, wie zum Beispiel die Durchführung von regelmäßigen formellen Unterstützungen wie Supervisionen und Patientinnen- und Patientennachbesprechungen. Zudem könnte die Veränderung der Einstellungen, bezogen auf das Sterben und den Tod, durch diese unterstützenden Maßnahmen erhoben werden.

4.3 Empfehlungen für die Praxis

Aus- und Weiterbildung	<ul style="list-style-type: none"> • Weiterbildungen <i>Palliative Care</i> / End of Life Care • Spezialisierungen im Bereich <i>Palliative Care</i> • 'Skill und Grade Mix'
Evidenzbasierte Hilfsmittel	<ul style="list-style-type: none"> • Leitlinien • Pocket Cards • Top Ten Tipps <i>Palliative Care</i>
Shared Decision Making	<ul style="list-style-type: none"> • Ehrliche Aufklärung • Gemeinsame Entscheidungen • Interprofessionalität • Vorausschauende Planung
Advanced Care Planning	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten • Hilfestellung für die Professionen im Gesundheitsbereich
Early Palliative Care	<ul style="list-style-type: none"> • Konsiliardienst • Stärkung der Beziehung Patientin, Patient / Team • Symptommanagement / Lebensqualität
Versorgung zu Hause	<ul style="list-style-type: none"> • Angehörige • Mobile Palliativteams / Ehrenamt • Symptommanagement
Arbeit und Privat	<ul style="list-style-type: none"> • Balance halten • Angrenzen und nicht abgrenzen • Freizeit und Freizeitgestaltung
Formelle Gespräche	<ul style="list-style-type: none"> • Interprofessionelle Besprechungen • Patientinnen- und Patientennachbesprechungen • Supervisionen
Informelle Gespräche	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch im Team • Spontane Gespräche • Gespräche mit eigenen Angehörigen
Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstreflexion • Reflexion im Team

Abbildung 3: Empfehlungen für die Pflegepraxis, abgeleitet von den Ergebnissen

Aus den Ergebnissen dieser systematischen Literaturübersichtsarbeit können einige Empfehlungen für die Pflegepraxis abgeleitet werden. Ein essentielles Ergebnis ist das Bedürfnis nach Aus- und Weiterbildung von Pflegepersonen, um Unsicherheiten in der Versorgung und Kommunikation mit Menschen am Lebensende zu verringern und die Kompetenzen zu erweitern. Vor allem durch die Änderungen im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das Hinzukommen der Pflegefachassistentinnen und -assistenten in Österreich gilt es, kontinuierliche Wissenserweiterung im Bereich *Palliative Care* und Versorgung von Menschen am Lebensende anzubieten. Die Gruppe der Pflegefachassistenz hat aufgrund der gekürzten Ausbildung im Vergleich zu den diplomierten Pflegepersonen eine deutlich geringere Anzahl an Unterrichtsstunden in der *Palliative Care*, übernimmt jedoch in Zukunft einen Großteil der Tätigkeiten des diplomierten Personals (Kössler 2016). Ein Fokus sollte auf die Wissensgenerierung durch Fort- und Weiterbildungen neben der Arbeit in der Praxis gelegt werden. Weiters wäre die Spezialisierung in der *Palliative Care*, zumindest der Basislehrgang *Palliative Care*, für zumindest eine Pflegeperson pro Station oder Gesund-

heitseinrichtung empfehlenswert. Da der überwiegende Anteil von palliativen oder terminalen Situationen auf nicht spezialisierten Stationen beziehungsweise Einrichtungen stattfindet, ist ein einfacher und direkter Zugang zu einer fachlichen Beratung und die Unterstützung durch Spezialistinnen und Spezialisten für die Praxis essentiell. Wie bereits erwähnt, könnte durch Spezialisierungen der sogenannte ‚Skill und Grade Mix‘ in der Praxis gewährleistet und eine ressourcenorientierte, individuelle Versorgung geboten werden.

Weiters kann der Einsatz evidenzbasierter Hilfsmittel den Pflegealltag unterstützen oder sogar vereinfachen. Eine Möglichkeit sind Leitlinien wie die *S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung*. Sie kann unterstützend in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung eingesetzt werden, vielmehr bietet sie jedoch der Grundversorgung eine essentielle Hilfestellung. Hauptthemen, die behandelt werden, sind Atemnot, Tumorschmerz, Obstipation, Depression, Kommunikation, Sterbephase und Versorgungsstrukturen. Wichtige Punkte aus der Literatur werden genannt und allgemeine Handlungsempfehlungen abgegeben. Einzelne Themen könnten anhand von Pocket Cards für den Pflegealltag schriftlich und vereinfacht dargestellt werden, um die Hilfestellung jederzeit bei sich zu haben (Leitlinienprogramm Onkologie 2015).

Dem Bedürfnis nach einer Leitlinie sowie einer Handlungsempfehlung für palliative Sedierungen kann mit der *EAPC Leitlinie Sedierung in der Palliativmedizin – Leitlinie 1 für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung* gedient werden. Von der *European Association for Palliative Care* empfohlen, enthält die Leitlinie Informationen zu Indikationen, Kontraindikationen, missbräuchlicher Sedierung sowie Anleitung zur Methode, Titration und zur Zustimmung sowie Entscheidungshilfen für Hydratation, Ernährung und Begleitmedikationen (Cherny & Radbruch 2009 / übersetzt von Alt-Epping, Sitte & Nauck). Zumindest sollte die Kurzfassung der Leitlinie in Einrichtungen, die palliative Sedierungen durchführen, für medizinisches und pflegerisches Personal zur Verfügung stehen. Ebenso wären für die palliative Sedierung Fortbildungen, bezogen auf medizinische und ethische Aspekte, essentiell, um etwaige Unsicherheiten auszuschalten und ein kompetentes Handeln sicherzustellen.

Ein weiteres gutes Hilfsmittel für evidenzbasierte aktuelle Themen zur *Palliative Care* und *End of Life Care* sind die monatlich erscheinenden *Top Ten Tips Palliative Care*

for Palliative Care Clinicians / Palliative Care Clinicians should know..., veröffentlicht vom Journal of Palliative Medicine (Ann-Liebert 2019).

Der nächste für Pflegepersonen wichtige Punkt sind ehrliche Aufklärungen und gemeinsam getroffene Entscheidungen, sowohl mit der Patientin, dem Patienten als auch im interprofessionellen Team. Mit dem Ansatz des *Shared Decision Making* (siehe 4.0) wird eine gemeinsame Entscheidungsfindung ermöglicht, was eine ehrliche und ausführliche Aufklärung voraussetzt. Fallbesprechungen im interprofessionellen Team können den Informationsaustausch sowie die Kommunikation verbessern und dadurch die Zusammenarbeit erleichtern.

Eine weitere Erleichterung für den Behandlungsprozess ist das sogenannte *Advanced Care Planning* (siehe 4.0), diese vorausschauende Planung bietet den Pflegepersonen und dem gesamten Team eine Hilfestellung. Vor allem für Langzeiteinrichtungen und Betreuungen zu Hause kann ein erstellter Plan das Selbstbestimmungsrecht der Patientin, des Patienten aufrechterhalten und vermeidbare Behandlungen oder Krankenhauseinweisungen verringern. Auch das frühe Hinzuziehen der *Palliative Care* in den Versorgungsprozess bringt optimierte Symptombehandlung und Verbesserung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung.

Die *Early Palliative Care* (siehe 4.0) stärkt langfristig die Beziehung zwischen Patientin, Patient und dem Palliative Care-Team und erleichtert häufig den Übergang von der onkologischen zur palliativen Betreuung. Dies könnte im stationären Setting durch Palliativkonsiliardienste teilweise umgesetzt werden. Der Konsiliardienst soll aus Medizin und Pflege bestehen und palliativmedizinische, -pflegerische Fragestellungen auf Stationen beantworten. Optimal wäre eine Zusammenarbeit von Palliativmedizin und den Akutbereichen, wie zum Beispiel die Anwesenheit einer Palliativmedizinerin, eines Palliativmediziners in einer onkologischen Ambulanz.

Die Betreuungspersonen im häuslichen Setting sollten ein Augenmerk auf den Einbezug der Angehörigen legen. Vor allem, ob die Angehörigen die erforderliche Betreuung leisten können oder zusätzliche Unterstützung, ebenso psychisch, benötigen. Unterstützung im Bereich der *Palliative Care* und *End of Life Care* können mobile Palliativteams oder ehrenamtliche Hospizmitarbeiterinnen, -mitarbeiter sein. Durch das interprofessionelle Palliativteam können Symptome zu Hause gelindert,

palliativmedizinische und -pflegerische Fragen häufig geklärt und psychosoziale Betreuung geleistet werden.

Anstatt dem Wunsch, Arbeit und Privates zu trennen und sich abzugrenzen beziehungsweise Grenzen zu setzen, ist die Methode des Psychotherapeuten Petzold empfehlenswert. Er beschreibt in der integrativen Methode (siehe 4.0) das Angrenzen an Situationen und lehnt die Verdrängung ab, welches die Verarbeitung von belastenden Situationen erleichtert. Essentiell sind auch ausreichend freie Tage und eine individuell passende Freizeitgestaltung zur Erholung.

Informelle und formelle Gespräche sollten zur Verarbeitung von belastenden Situationen und zur Reflexion im Team regelmäßig durch die Führungsposition angeboten werden. Formelle Gespräche können auf Basis von interprofessionellen Besprechungen, Nachbesprechungen und Supervisionen im Team oder Einzelsupervisionen stattfinden. Informelle Gespräche sollten im regelmäßigen Stationsalltag durchgeführt werden. Das bedeutet mittels Austausch im Team, bei Dienstübergaben oder durch spontane Gespräche nach belastenden Situationen. Ebenso bietet der Austausch mit eigenen Angehörigen zu Hause eine gute Verarbeitungsmethode von schwierigen Situationen, natürlich unter Beachtung des Datenschutzes.

Diese Gespräche tragen zur Reflexion im Team bei. Wichtig für das Aushalten von Situationen und das Zurechtkommen mit dem Stationsalltag ist die Selbstreflexion. Selbstreflexion fördert die persönliche Entwicklung sowie die Entwicklung der Selbsterkenntnis und eigener Werte, ebenso wird der Charakter der Pflegeperson gestärkt und dies hat einen positiven Einfluss auf die Einstellungen zur *Palliative Care* und *End of Life Care*.

5. Schlussfolgerung

Mit dieser systematischen Literaturrecherche und den nachfolgend eingeschlossenen Studien konnte das Forschungsziel erfüllt und die Forschungsfrage beantwortet werden. Verschiedene Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse der Pflegepersonen zur Versorgung von Menschen am Lebensende in der *Palliative Care* konnten identifiziert und Empfehlungen für weitere Forschung und die Praxis abgeleitet werden. Gefundene allgemeine Einstellungen zur *Palliative Care* zeigen, dass sich die Definition aus der Literatur mit den Handlungsweisen und Überzeugungen der Pflegepersonen in der Praxis deckt. Jedoch gestalten die Arbeitsbedingungen wie Zeit,

Arbeitspensum oder fehlende Ressourcen, das limitierte Wissen vor allem durch mangelhafte Ausbildung und fehlende Erfahrung in der Versorgung von Menschen am Lebensende, die behandlungsresistenten Symptome wie psychisches Leid und der multidimensionale Schmerz und deren Behandlung, die Kommunikation am Lebensende mit einhergehenden Unsicherheiten sowie die Entscheidungen am Lebensende über das Sterben zulassen, eine palliative Sedierung und den Sterbeort die Bereitstellung einer qualitativen palliativen Versorgung als schwierig und stellen für die Pflegepersonen eine Belastung dar. Die Berufserfahrung, absolvierte Aus- und Weiterbildungen, Grenzen zwischen Arbeit und Privatem, die Spiritualität, das Zulassen von Trauer, die Anerkennung und Unterstützung im Team und von den Sterbenden und ihren Angehörigen sowie die Selbstreflexion unterstützen die Pflegepersonen bei der Bewältigung des fordernden Arbeitsalltages und von belastenden Situationen. Konzepte wie das *Advanced Care Planning*, das *Shared Decision Making* und die *Early Palliative Care* können Wünsche und Bedürfnisse der Pflegepersonen wie die Selbstbestimmung, eine vorausschauende Planung, ehrliche Aufklärungen, die gemeinsame Entscheidungsfindung und die Erhaltung der Lebensqualität positiv unterstützen. Angebotene Weiterbildungen im Bereich der *Palliative Care* und *End of Life Care* sowie Spezialisierungen in diesem Bereich führen zu einem ‚Skill und Grade Mix‘ im Team, der einige Vorteile mit sich bringt. Informelle und formelle Gespräche begünstigen den Austausch im Team und die Reflexion von Situationen sowie der Pflegepersonen selbst. Die Verwendung von evidenzbasierten Hilfsmitteln wie Leitlinien oder Handlungsempfehlungen in zusammengefassten Versionen kann Pflegepersonen in der Praxis unterstützen. Weitere wissenschaftliche Arbeit im Bereich der Einstellungen, Wünsche und Bedürfnisse von Pflegepersonen in der Versorgung von Menschen am Lebensende könnte spezifisch auf einzelne belastende Faktoren eingehen und die Ausprägungen nach Ausbildungsgrad oder länderspezifisch darstellen. Auch die Bewältigungsstrategien in der *Palliative Care* und *End of Life Care* bedürfen weiterer Forschungsarbeit, um psychischer Überbelastung und den damit einhergehenden Folgen für die Pflegepersonen vorzubeugen.

6. Referenzliste

Abarshi, EA. Papavasiliou, ES. Preston, N. Brown, J. Payne, S. 2014, The Complexity of Nurses' Attitudes and Practice of Sedation at the End of Life: A systematic Literature Review, *Journal of Pain and Symptom Management*, 10.1016, 47(5), 915-925.

Abu-Saad, HH. Dimassi, H. Abboud, S. 2009, Perspectives on palliative care in Lebanon: knowledge, attitudes, and practices of medical and nursing specialties, 10.1017, 7(3), 339-347.

Andersson, E. Salickiene, Z. Rosengren, K. 2016, To be involved – A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients, 10.1016, 38, 144-149.

Ann-Liebert, M. 2019 *Journal of Palliative Medicine*, <https://www.liebertpub.com/achtion/doSearch?AllField=top+ten+tips&SeriesKey=jpm&startPage=0&sortBy=Earlies> (Zugriff am: 23.03.2019).

Anquinet, L., Rietjens, J.A., Mathers, N., Seymour, J., Van der Heide, A. & Deliens, L. 2015, „Descriptions by General Practitioners and Nurses of Their Collaboration in Continuous Sedation Until Death at Home: In-Depth Qualitative Interviews in Three European Countries“, *Journal of Pain and Symptom Management*, 1, 98-109.

Arnaert, A. Seller, R. Wainwright, M. 2009, Homecare Nurses' Attitudes Toward Palliative Care in a Rural Community in Western Quebec, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 11(4), 202-208.

Balboni, MJ. Sullivan, A. Amobi, A. Phelps, AC. Gorman, DP. Zollfrank, A. Peteet, JR. Prigerson, HG. VanderWeele, TJ. Balboie TA. 2013, Why is Spiritual Care Infrequent at the End of Life? Spiritual Care Perceptions Among Patients, Nurses, and Physicians and the Role of Training, *American Society of Clinical Oncology*, 10.1200, 31(4), 461-467.

Beck, I. Törnquist, A. Broström, L. Edberg, AK. 2001, Having to focus on doing rather than being – Nurses assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings, *International Journal of Nursing Studies*, 10.1016, 49, 455-464.

Behrens, J. Langer, G. 2016 *Evidence based Nursing and Caring – Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung*, 4., vollständige überarbeitete und erweiterte Auflage, Hogrefe Verlag, Bern, Schweiz.

Bioethikkommission 2015, Sterben in Würde – Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen, https://www.bundeskanzleramt.gv.at/documents/131008/549639/Sterben_in_Wuerde.pdf/81bff2b3-b65b-467d-9d61-6cf22dbc4b75 (Zugriff am: 07.02.2019).

Braun, M. Gordon, D. Uziely, B. 2010, Associations between oncology nurses attitudes toward death and caring for dying patients, *Oncology Nursing Forum* 37(1), E43-49.

Bundeskanzleramt Österreich 2016, Allgemeines zur Vorsorgevollmacht, <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/290/Seite.2900205.html>, (Zugriff am: 31.01.2019).

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019 Hilfe und Unterstützung, <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/krisenintervention/inhalt>, (Zugriff am: 31.01.2019).

Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort, 2019, Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> (Zugriff am: 31.01.2019).

Bundesministerium für Gesundheit o. J., Die Patientenverfügung, <http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Medizin/Patientenverfuegung/>, (Zugriff am: 31.01.2019).

Burns, N. Grove SK. 2001 *The Practice of Nursing Research – Conduct, Critique & Utilization*, 4. Auflage, Saunders an Imprint of Elsevier, Philadelphia, USA.

Cevik, B. Kav, S. 2010 Attitudes and Experiences of Nurses toward Death and Caring for Dying Patients in Turkey, *Cancer Nursing*, 36(6), E58-E65.

Cherny, NI. Radbruch, L. 2009 / übersetzt von Alt-Epping, B. Sitte, F. Nauck, L. 2010 Sedierung in der Palliativmedizin – Leitlinie 1 für den Einsatz sedierender Maßnahmen in der Palliativversorgung, *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 10.1055, 11: 112-122.

Dachverband Hospiz Österreich, 2019, Einrichtungsübersicht, <https://www.hospiz.at/einrichtunguebersicht/> (Zugriff am: 31.01.2019).

Dachverband Hospiz Österreich, 2019, Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung, <https://www.hospiz.at/fachwelt/spezialisierte-hospiz-und-palliativversorgung/> (Zugriff am: 31.1.2019).

Dong, F. Zheng, R. Chen, X. Wang, Y. Zhou, H. Sun, R. 2016, Caring for dying cancer patients in the Chinese cultural context: A qualitative study from the perspectives of physicians and nurses, *European Journal of Oncology Nursing*, 10.1016, 21, 189-196.

Duffield, C. Roche, M. O'Brien-Pallas, L. 2007 *Glueing it Together: Nurses, Their Work Environment and Patient Safety*, University of Technology, Sydney, NSW.

Elwyn, G. Coulter, A. Laitner, S. Walker, E. Watson, P. Thomson, R. 2010 Implementing shared decision making in the NHS, 10.1136, 14, 341.

Huang, CC. Chen, JY. Chiang, HH. 2016, The Transformation Process in Nurses Caring for Dying Patients, *The Journal of Nursing Research*, 10.1097, 24(2), 109-117.

Henderson, V. 1978, *Textbook of the Principles and Practice of Nursing*, 6. Auflage, Macmillan Verlag, New York.

Higgins, JPT. Green, S. 2011, *Cochrane Handbook for Systematic Reviews*, Version 5.1.0, The Cochrane Collaboration.

Hui, D. Mori, M. Parsons, HA. Kim, SH., Li, Z. Damani, S. Bruera, E. 2012, The Lack of Standard Definitions in the Supportive and Palliative Oncology Literature, *Journal of Pain and Symptom Management*, 10.1016, 43(3), 582-592.

Hui, D. De La Cruz, M. Mori, M. Parsons, HA. Kwon, JH. Torres-Vigil, I. Kim, SH. Dev, R. Hutchins, R. Liem, C. Kang, DH. Bruera, E. 2013 Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries and textbooks, *Support Care Cancer*, 10.1007, 21, 659-685.

Inghelbrecht, E. Bilsen, J. Mortier, F. Deliens, L. 2009, Nurses' attitudes towards end-of-life decisions in medical practice: a nationwide study in Flanders, Belgium, *Palliative Medicine Journal*, 10.1177, 23, 649-658.

Iranmanesh, S. Dargahi, H. Abbaszadeh, A. 2008, Attitudes of Iranian nurses toward caring for dying patients, *Palliative and Supportive Care*, USA, 10.1017, 6, 363-369.

Jacob, E. McKenna, L. D'Amore, A. 2015, The changing skill mix in nursing: considerations for and against different levels of nurse, *Journal of Nursing Management*, 23, 421–426.

Jenull, B. Brunner, E. 2008, Death and Dying in Nursing Homes: A Burden for the Staff, *Journal of Applied Gerontology*, 10.1177, 27(2), 166-180.

Joanna Briggs Institute, 2014, *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2014 Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews*, The Joanna Briggs Institute, Australia.

Karlsson, M. Roxberg, A. Barbosa da Silva, A. Berggren, I. 2010, Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study, *International Journal of Palliative Nursing*, 16(5), 224-231.

Kössler, H. 2016, Konsequenzen aus der GuKG – Novelle 2016 BGBl. I Nr. 75/2016 für den allgemeinen wie spezialisierten Palliativ- und Hospizbereich, <https://www.hospiz-baden.at/wp-content/uploads/2016/09/GuKG-Novelle-2016.pdf> (Zugriff am: 31.01.2019).

Leitlinienprogramm Onkologie, 2015, S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, 128/001OL, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLI_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf, (Zugriff am: 23.3.2019).

Littlewood, C. Chance-Larsen, K. McLean, SM. 2010, Quality appraisal as part of the systematic review: a review of current methods, *International Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 1(1), 53-58.

Lunney, JR. Lynn, J. Foley, DJ. Lipson, S. Guralnik, JM. 2003, Patterns of functional decline at the end of life, *Journal of the American Medical Association*, 14.2879, 23(19), 87-92.

Luxardo, N. Padros, CV. Tripodoro, V. 2014, Palliative Care Staff Perspectives – The Challenges of End-of-Life Care on Their Professional Practices and Everyday Lives, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 10.1097, 16(3), 165-172.

McLennan, S. Celi, LA. Gillett, G. Penney, J. Foss, M. 2010, Nurses Share Their Views on End-of-Life Issues, Kai Tiaki Nursing New Zealand, 16(4), 12-14.

Netzwerk Lebensende 2014, Transdisziplinäres Forschungs- und Kompetenznetzwerk Lebensende, <http://www.netzwerk-lebensende.at/index.php> (Zugriff am: 07.02.2019).

NFP 67 Nationales Forschungsprogramm 2017, Synthesebericht NFP 67 – Lebensende, <http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-de.pdf> (Zugriff am: 07.02.2019).

O'Connor, D. 2016, The Lived Experience of Nursing Caring for Patients at the End of Life in Clinical Settings, ProQuest LLC, 10260393, 1-182.

Oflaz, F. Arslan, F. Uzun, S. Ustunsoz, A. Yilmazkol, E. Ünlü, E. 2010, A Survey of Emotional Difficulties of Nurses Who Care for Oncology Patients, Psychological Reports, 10.2466, 106(1), 119-130.

Oxford Wörterbuch, 2009, End of Life Care, Oxford University Press, New York.

Pelttari, L. Pissarek, AH. Zottele, P. 2017, Hospiz- und Palliative Care in Österreich 2016, https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2017/09/HOSPIZ_datenbericht_web_barr.pdf (Zugriff am: 31.1.2019).

Petzold, HG. 2003, Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, Junfermann Verlag, Paderborn.

Polit, DE. Beck, CT. 2017 Nursing Research – Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 10. Auflage, Wolters Kluwer, Philadelphia, USA.

Rietjens, J.A.C., Hauser, J., Van der Heide, A. & Emanuel, L. 2007, „Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation“, Palliative Medicine, 21, 643-649.

Sakai, M. Naruse, T. Nagata, S. 2013, Home visiting nurses attitudes toward caring for dying patients, and related workplace factors, International Journal of Palliative Nursing, 1357-6321, 19(4), 195-204.

Sandelowski, M. Voils, CI. Barroso, J. 2006 Defining and Designing Mixed Research Synthesis Studies, National Institute of Health, 13(1), 29.

Schroeder, K. Lorenz, K. 2018, Nursing and the Future of Palliative Care, Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 5(1), 4-8.

Singer, PA. Robertson, G. Roy, D. 1996, Bioethics for Clinicians. Advance Care Planning. Canadian Medical Association Journal, 15; 1689-1692.

Statistik Austria, 2018, Gesundheit, http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/index.html (Zugriff am: 31.01.2019).

Temel, JS. Jackson, VA. Billings, JA. 2007, Phase II study: Integrated palliative care in newly diagnosed advanced non-small-cell lung cancer patients, Journal of Clinical Oncology 25: 2377–2382.

Wang, L. Li, C. Zhang, Q. Li, Y. 2018, Clinical nurses' attitudes towards death and caring for dying patients in China, International Journal of Palliative Nursing, 24(1), 33-39.

Wilson, O. Avalos, G. Dowling, M. 2016, Knowledge of palliative care and attitudes towards nursing the dying patient, British Journal of Nursing, 25(11), 600-605.

World Health Organization, 2019, WHO Definition of Palliative Care <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (Zugriff am: 31.01.2019).

Zheng, R. Lee, SF. Bloomer, MJ. 2017, How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta synthesis, Journal of Clinical Nursing, 10.1111, 27, e39-49.

V. Anhang

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Abarshi et al, 2014

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

90% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Abu-Saad, Dimassi & Abboud, 2009

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

100% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Andersson, Salickiene & Rosengren, 2015

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
			Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

80% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Arnaert, Seller & Wainwright, 2009

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
			Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

70% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Balboni et al., 2012

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

77,7% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Beck et al., 2011

	Yes	No	Unclear	Not applicable		
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>	Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

100% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Braun, Gordon & Uziely, 2010

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

88,8% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Dong et al., 2016

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
			Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

90% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Huang, Chen, Chiang, 2016

	Yes	No	Unclear	Not applicable		
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>	Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

80% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Inghelbrecht et al., 2015

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

100% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Iranmanesh, Dargahi & Abbaszadeh, 2009

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

77,7% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Jenull & Brunner, 2008

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

88,8% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Karlsson et al., 2010

	Yes	No	Unclear	Not applicable		
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>	Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

90% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Luxardo, Padros & Tripodoro, 2014

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
			Seek further info	<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

90% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: McLennan et al., 2010

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
		Seek further info		<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

77,7% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Qualitative Research

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: O'Connor, 2016

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is there congruity between the stated philosophical perspective and the research methodology?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is there congruity between the research methodology and the research question or objectives?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is there congruity between the research methodology and the methods used to collect data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Is there congruity between the research methodology and the representation and analysis of data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Is there congruity between the research methodology and the interpretation of results?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Is there a statement locating the researcher culturally or theoretically?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Is the influence of the researcher on the research, and vice-versa, addressed?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Are participants, and their voices, adequately represented?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Is the research ethical according to current criteria or, for recent studies, and is there evidence of ethical approval by an appropriate body?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Do the conclusions drawn in the research report flow from the analysis, or interpretation, of the data?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	<input checked="" type="checkbox"/>	Exclude	<input type="checkbox"/>
		Seek further info		<input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

90% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Oflaz et al., 2010

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

88,8% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Sakai, Nourse & Nagata, 2013

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

100% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Wang et al., 2012

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

88,8% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Wilson, Avalos & Dowling, 2016

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Was the sample frame appropriate to address the target population?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were study participants sampled in an appropriate way?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the sample size adequate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
4. Were the study subjects and the setting described in detail?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was the data analysis conducted with sufficient coverage of the identified sample?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were valid methods used for the identification of the condition?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Was the condition measured in a standard, reliable way for all participants?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was there appropriate statistical analysis?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the response rate adequate, and if not, was the low response rate managed appropriately?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

88,8% in der Qualitätsbeurteilung

JBI Critical Appraisal Checklist for Systematic Reviews and Research Syntheses

Drei Reviewerinnen

Autor, Jahr: Zeng et al., 2017

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the search strategy appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Were the specific directives for new research appropriate?	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Overall appraisal:	Include	X	Exclude	<input type="checkbox"/>
				Seek further info <input type="checkbox"/>

Comments (Including reason for exclusion)

90,9% in der Qualitätsbeurteilung