

Bachelorarbeit

Palliative Care im Home Care Setting: ein Literaturreview

Eingereicht von

Anna Fleck

zur Erreichung des akademischen Grades

Bachelor of Nursing Science

(BScN)

Medizinische Universität Graz

Institut für Pflegewissenschaften

unter Anleitung von

Frau Gerhilde Schüttengruber, BSc MSc

Graz, am 13.03.2020

Eidesstaatliche Erklärung

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

Graz, am 13.3.2020

Anna Fleck, e.h.“

Inhaltsverzeichnis

Eidesstaatliche Erklärung	I
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	III
Zusammenfassung.....	IV
Abstract	V
1. Einleitung.....	1
1.1. Hintergrund	1
1.2. Entwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung	1
Definitionen: Palliative Care, Home Care, Hospiz Care.....	5
1.3. Implementierungsforschung	7
1.4. Pflegerelevanz	8
1.5. Ziel- und Forschungsfrage	9
2. Methodische Vorgehensweise	10
2.1. Suchstrategie.....	10
2.2. Auswahl der Studien	12
2.3. Auswahlprozess.....	12
2.4. Kritisches Bewerten der Studien	14
2.5. Charakteristika der Studien.....	A
3. Ergebnisse	15
3.1. Konzepte und Strategien.....	15
3.2. Modelle	21
3.3. Edukative Maßnahmen	27
4. Diskussion.....	30
4.1. Limitationen und Stärken.....	35
5. Schlussfolgerung	35
5.1. Praxis- und Forschungsempfehlung	36
Literaturverzeichnis.....	37
Anhang	XV

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1-1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung.....	4
Abbildung 2-1: Flow Chart.....	13
Tabelle 1: Suchstrategie	11
Tabelle 2: Charakteristika der Studien	A

Zusammenfassung

Hintergrund: Aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung werden mehr Versorgungseinrichtungen für die Palliativversorgung benötigt. Palliative Care ist kaum in der Langzeit- und Hauskrankenpflege integriert doch gerade dort wollen Menschen am Lebensende sterben. Um für die Betroffenen eine bestmögliche Palliativversorgung zu ermöglichen benötigt es Modelle, Konzepte und edukative Maßnahmen. Es ist dabei wichtig, diese auf internationaler Ebene zu beobachten.

Ziel: Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, zu evaluieren welche Konzepte und Strategien es international gibt, um Palliative Care in die Langzeit- und Hauskrankenpflege zu implementieren.

Methode: Als Studiendesign für diese Arbeit wurde ein Literaturreview gewählt. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken PubMed und CINAHL. Eine weitere Literatursuche fand mittels Handsuche in Google Scholar statt. Insgesamt konnten 10 Studien für diese Arbeit eingeschlossen werden. Die einzelnen Studien wurden mittels des Bewertungsbogens MMAT beurteilt.

Ergebnisse: Die Ergebnisse aus den ausgewählten Studien wurden in drei verschiedene Gruppen unterteilt: Konzepte und Strategien, Modelle sowie edukative Maßnahmen. Die Hauptergebnisse waren, Weiterbildungen und Schulungen des Personals, eine verbesserte Kommunikation zwischen den Pflegekräften, den Patientinnen und Patienten, sowie den Angehörigen und ein erweiterter Ausbau der Ressourcen. Des Weiteren sind häufig externe Experten hinzugezogen worden um die Versorgung zu optimieren.

Schlussfolgerung: Die Palliativversorgung der inkludierten Studien ist auf jeden Fall noch ausbaufähig, vor allem in der Langzeit- und Kurzzeitpflege. Schulungen und Fortbildungen bieten mehr Sicherheit im Umgang mit Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen in der Palliativversorgung.

Schlüsselwörter: Palliativversorgung, Pflege zu Hause, Konzepte

Abstract

Background: Due to the aging population, and therefore a rise in chronic and life-limiting illnesses, more care facilities are needed for palliative care. Palliative care is rarely integrated into long-term and home care. At the end of their lives, most people's last wish is to die at home. In order to provide the best possible palliative care for those affected by life-limiting illnesses, models, concepts and educational measures need to be implemented. It is important to monitor these interventions on an international level and observe the different impacts on the aging population.

Objective: The aim of this scientific work is to evaluate which concepts and strategies exist internationally in order to implement them a palliative care system, whether it be long-term or home care.

Methods: A literature review has been chosen as a study design for this thesis. The research has been conducted in the databases PubMed and CINAHL. This search has been supplemented by an internet search using Google Scholar. Altogether 10 studies have been included for this work. After being critically appraised using the MMAT evaluation form.

Results: The results of the studies have been divided into three different groups: Concepts and strategies, models and educational measures. The main results were further education and training, improved communication between nurses, patients and relatives; and an increased expansion of resources. Furthermore, external experts were frequently consulted to improve the palliative care provided.

Conclusion: Palliative care is definitely still expandable, especially in long term and short term care setting. In the majority of the studies it was mentioned that training and further training courses provide more confidence in dealing with patients and their relatives in palliative care.

Keywords: "home care", "palliative care" and "framework"

1. Einleitung

1.1.Hintergrund

Die Gesundheitsversorgung wird stark von der sich ändernden Altersstruktur sowie dem demografischen Wandel beeinflusst. Die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen nimmt zu, damit eingehend steigt auch die Anzahl an Patienten und Patientinnen, welche eine Palliativversorgung benötigen. Laut der WHO (Weltgesundheitsorganisation) 2018 brauchen ca. 40 Millionen Menschen jährlich eine palliative Versorgung, nur 14% davon haben die Möglichkeit diese zu erhalten. Aus diesen Erkenntnissen bekommt die Palliativversorgung und deren Umsetzung immer mehr von Bedeutung (WHO, 2018).

1.2.Entwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung

Gründerin der modernen Hospizbewegung war die Engländerin Cicely Saunders. Durch ihre Erfahrungen als Krankenschwester erkannte sie den Wunsch nach den Bedürfnissen und Wünschen am Lebensende, dies nahm sie als zentrales Anliegen. Hospiz leitet sich aus dem lateinischen Begriff „hospitium“ ab und bedeutet Gastfreundschaft oder Herberge. Im frühen Mittelalter wurden Unterkünfte, Schutz, Hilfe und Pflege an Pilgerwegen für jene angeboten, die nicht mehr in der Lage waren ihre Wege fortzusetzen. Nach dem Ende der Kreuzzüge und Pilgerfahrten verschwanden die Hospize und wurden von Krankenhäusern und Gaststätten ersetzt. Ende des 19. Jahrhundert wurde das „Our Lady´s Hospice“ gegründet und damit die Hospizidee wieder neu aufgegriffen. Das Ziel davon war die Betreuung von Sterbenden und Langzeitpatienten und -patientinnen

1967 eröffnete sie das St. Christopher´s Hospice. Cicely forschte zum Thema Schmerzlinderung und entwickelte das Konzept von „total pain“ in seiner körperlichen, psychischen, sozialen und spirituellen Dimension.

1975 etabliert der kanadische Arzt Balfour Mount den Begriff der „palliative care“, dies bedeutet übersetzt „schützender Mantel“. Sein Ziel war, die Haltung und Grundsätze der Hospizbewegung im Krankenhaus umzusetzen. Die Publikationen

der Schweizer Ärztin Dr. Elisabeth Kübler-Ross trugen viel dazu bei, dass mehr Aufmerksamkeit auf die Situationen von Sterbenden gelegt wurde.

1987 wurde Palliative Care als selbstständige medizinischer Fachdisziplin anerkannt.

1988 erfolgte in Mailand die Gründung der „Europäischen Gesellschaft für Palliative Care (EAPC).

2002 definierte die WHO den Begriff der Palliative Care, dies war ein Meilenstein in der Anerkennung und Bedeutung von Palliative Care. Die WHO empfiehlt ihren Mitgliedsstaaten in dieser Resolution, Palliative Care in das nationale Gesundheitssystem zu integrieren und in die Grundausbildung für alle Gesundheitsberufe zu verankern, sowie die Verfügbarkeit von Medikamenten zu erweitern (Dachverband-Hospiz, 2019).

Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Erstmals im Jahr 1999 erfolgte die systemische Verankerung der Hospiz- und Palliativversorgung im österreichischen Gesundheitssystem. Die ersten Schritte für ein umfassendes Hospiz- und Palliativversorgungskonzept wurden in Österreich seit der Jahrtausendwende gesetzt. Der Auf- und Ausbau der Palliativstationen, speziell in Akutkrankenhäusern wurde erweitert. Im Mittelpunkt stehen seitdem bundesweite Planungs- und Qualitätskriterien, sowie der Ausbau unterschiedlicher Konzepte. Des Weiteren werden Aktivitäten zu Steuerung, Vernetzung, Leitung, Beratung und Monitoring initiiert und finanziert. Dies wurde bundesländerintern vereinbart und geplant. (Sozialministerium, 2018)

Seit 2007 gibt es in Österreich das Konzept einer abgestuften Palliativversorgung (siehe Abbildung 1-1). Der Grundsatz dieses Konzeptes ist „die richtigen Patienten zur richtigen Zeit am richtigen Ort“ zu versorgen. Die Grundversorgung erfolgt in den bestehenden Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Eine adäquate Qualifikation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist erforderlich. Diese beinhaltet regelmäßige Fort- und Weiterbildungen in der Palliativversorgung. Die Kommunikation zu Patientinnen und Patienten sowie zu deren Angehörigen ist eine weitere wichtige Qualifikation des Pflegepersonals. Zusätzlich stehen fachliche Expertisen aus speziellen Versorgungsangeboten zur Verfügung um die Lebensqualität der Palliativpatienten und -patientinnen zu erhalten(ÖBIG, 2004).

Das System der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung besteht aus:

- Palliativstationen: Dies sind eigenständige Stationen, welche die Versorgung in komplexen Situationen (medizinische, pflegerische und psychosoziale Symptomatik) übernehmen und wenn die Notwendigkeit von besonderer ärztlicher Expertise gekennzeichnet ist.
- Stationäre Hospize: Diese haben eigene Organisationsstrukturen, welche stationären Pflegeeinrichtungen zugrunde liegen. Die pflegerische und psychosoziale Betreuung und bestmögliche Lebensqualität stehen im Vordergrund.
- Tageshospize: Diese bieten tageweise Betreuung und Entlastung an. Zielgruppe dabei sind Patienten und Patientinnen, die transportfähig sind, sowie auch Angehörige. Schwerpunkt ist die Gemeinschaft gleichermaßen Betroffener zu erleben Die Nacht wird in der gewohnten Umgebung verbracht.
- Mobile Palliativteams: Sind multiprofessionell zusammengesetzt, sie wendet sich an die Betreuung zu Hause. Linderung der Symptome, psychosoziale Begleitung sowie die Unterstützung der Patienten und Patientinnen und der Angehörigen stehen im Vordergrund.
- Palliativkonsiliardienste: Diese wenden sich in erster Linie an das medizinische und pflegerische Personal des Krankenhauses und ermöglichen fachliche Beratung.
- Hospizteam: Sie bieten den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen mitmenschliche Begleitung während der Erkrankung, der Trauerphasen, des Abschieds. Hospizteams sind in jedem Setting einsetzbar. Es besteht aus qualifizierten Ehrenamtlichen mit mindestens einer hauptamtlichen Koordinationsperson-

Neben den unterschiedlichen adäquaten Betreuungen der betroffenen Patienten und Patientinnen kommt es zusätzlich zur Entlastung des Akutbereichs, die Häufigkeit und auch die Dauer des Aufenthaltes wird verringert (ÖBIG, 2004).

Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung

Hospiz- und Palliativversorgung			
Grundversorgung		Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung	
Einrichtung/ Dienstleister		Unterstützende Angebote	Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliativkonsiliardienste
Langzeitbereich	Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen		Stationäre Hospize
Familienbereich, Zuhause	Niedergelassene (Fach-)Ärzeschaft, mobile Dienste, Therapeutinnen/Therapeuten ...		Mobile Palliativteams
„Einfache“ Situationen 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle		Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen 10 bis 20 Prozent der Sterbefälle	

Abbildung 1-1: Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (ÖBIG, 2004).

Definitionen: Palliative Care, Home Care, Hospiz Care

Die Weltgesundheitsorganisation definiert Palliative Care wie folgt:

„Palliativmedizin/Palliative Care ist ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperliche, psychosozialer und spiritueller Art (DGP, 2018).“

Die DGP (deutsche Gesellschaft für Palliativ Medizin) übersetzt des Weiteren die von der WHO (2002) gesetzten Schwerpunkte (DGP, 2018):

- *„Ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen*
- *bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an*
- *beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes*
- *integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung*
- *bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten*
- *bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit*
- *beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig*
- *fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen*
- *kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.“*

Bei der Hospiz Care steht der pflegerische Aspekt im Mittelpunkt. Hospizangebote sind idealerweise dem stationären Pflegebereich oder dem Bereich von mobilen Betreuungsangeboten zuzuordnen. Die Grenzen zwischen Palliative Care und Hospiz Care sind fließend zwischen Sozial- und Gesundheitswesen (Sozialministerium, 2018).

Eine Home Care Versorgung lässt eine adäquate Versorgung zu Hause stattfinden. Dies kann sowohl in einem Pflegeheim als auch im eigenen Haus sein, also dort wo Menschen in der letzten Phase ihres Lebens leben. Speziell geschultes Personal, welches Qualifikationen in den unterschiedlichsten Versorgungsbereichen hat, wird dafür eingesetzt. Das Home Care Setting beschreibt jene Settings außerhalb einer Krankenanstalt, dazu gehören Pflege- und Seniorenheime, betreutes Wohnen und natürlich das Zuhause der Patientinnen und Patienten. Medizinische Hilfsmittel, Verbandmittel oder medizinische Ernährung sind Teil der Versorgung die durch Kooperation mit Ärzten und Ärztinnen angewandt wird. Therapien und Versorgung finden zu Hause statt und müssen somit nicht im Krankenhaus erfolgen. Eine umfangreiche Beratung zu Versorgungsmethoden und Unterstützungen der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen sind ein weiterer Schwerpunkt der Home Care. Das Personal welches in der Home Care arbeitet gewährleistet, dass für Patientinnen und Patienten jegliches Versorgungsmanagement zu Hause oder auch im Pflegeheim vorbereitet ist und eine Entlassung aus der Krankenanstalt ohne Probleme möglich ist. Des Weiteren ist die Schulung von Angehörigen und Betroffenen wichtig. Dadurch werden beispielsweise in Deutschland 6 Millionen Menschen zu Hause betreut und die Krankenanstalten entlastet (BVMed, 2019).

Um eine adäquate Versorgung zu Hause gewährleisten zu können, ist es wichtig diese immer wieder zu evaluieren, sowie Stärken und Schwächen zu erkennen. Dies wird durch die Implementationsforschung ermöglicht, welche eine Art Messinstrument für den Erfolg der Implementierung der Palliativversorgung in der Langzeitpflege und Hauskrankenpflege ist.

1.3. Implementierungsforschung

Die Implementierungsforschung und die Wissenstranslation sind aktuelle, internationale Konzepte um den Prozess zu beschreiben wie Konzepte, Methoden und Strategien in die Praxis umgesetzt werden. Dies hat einen „Kreislaufcharakter“, was bedeutet, dass das Wissen von der Forschung in die Praxis gelangen soll und ebenso sollte das Wissen aus der Praxis wieder in die Forschung zurückfließen. Maßnahmen und Forschungsbemühungen nehmen sich zum Ziel, die Wissens-Praxis-Lücke zu verkleinern. Die unterschiedlichen Ergebnisse des Ergebnisteils dieser Arbeit zeigen, dass es bereits eine Vielzahl an Methoden, Konzepten und Strategien in der Palliativversorgung gibt um den Implementierungsprozess zu erleichtern. Es wird dadurch die Qualität und die Effektivität des Gesundheitssystems nachhaltig verbessert (Vollmar, 2017).

Die European Science Foundation (ESF) unterstreicht die Wichtigkeit der Implementierungsforschung. Das Wissen kann nachhaltig im Versorgungsalltag umgesetzt werden. Dies ist besonders für die medizinische Praxis von Bedeutung, da die Versorgungsforschung als relevantes Zukunftsfeld betrachtet wird. Im Fokus steht dabei nicht nur eine Wissensverbesserung, sondern auch eine Verhaltensänderung des Pflegepersonals, der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige, mit dem Ergebnis die Palliativversorgung in der Langzeitpflege und Hauskrankenpflege zu verbessern. Der Erfolg der Implementierungsforschung ist oft schwer zu messen. Es sollte über einen langen Zeitraum beobachtet und evaluiert werden, Unterschiede sind oftmals nur sehr gering und die Resultate sind schwer erhebbar. Die Implementierungsforschung ermöglicht, die Prozesse zu verstehen und wissenschaftliche Erkenntnisse zu erlangen. Die Entwicklung von Theorien, welche die professionellen Tätigkeiten der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals, aber auch der Angehörigen verbessert steht des Weiteren im Fokus.

Der wesentliche Bestandteil einer Wissenszirkulation ist der Vorgang des Lernens. Das Lernen bezieht sich nicht nur auf das Individuum, also auf die Pflegekräfte oder Ärztinnen und Ärzte, Angehörige und Patientinnen und Patienten, sondern auf die gesamte Organisationseinheit. Ebenso wie das Lernen findet auch der Prozess der Implementierung des Wissens auf unterschiedlichen Ebenen statt. Das Individuum selbst, welches eine Verhaltensänderung durchläuft, beschreibt die Mikroebene.

Organisatorische Rahmenbedingungen, die für die Durchführung einzelner Interventionen wesentlich sind werden unter der Mesoebene verstanden. Und die Gesellschaft, die zum Beispiel für Hygienestandards in Gesundheitseinrichtungen verantwortlich ist, befindet sich auf Makroebene (Vollmar, 2017).

Die Wichtigkeit besteht nun darin, wie durch die bisherigen Erkenntnisse, das Wissen über die Implementierungsforschung und der Palliative Care, Lösungen gefunden werden können, um eine für den Patienten bestmögliche palliative Versorgung gewährleisten zu können.

1.4. Pflegerelevanz

Palliative Care ist kaum in der Langzeit- und Hauskrankenpflege integriert. Der Großteil der Menschen verstirbt in Settings, welche nicht spezifisch auf Palliative Care ausgelegt sind. Aus diesem Grund braucht es geeignete Konzepte, Modelle und Theorien um Palliative care adäquat zu implementieren, nur dann können Patientinnen und Patienten bestmöglich betreut werden. Eine wichtige Rolle in der Palliative care ist der Ort, an dem sich Menschen in der letzten Phase ihres Lebens befinden. Laut Statistik ist der Wunsch des Sterbeortes das Zuhause, doch insgesamt sterben in Österreich ca. 40.000 Menschen in Krankenanstalten, ca. 16.700 in Pflegeheimen und ca. 21.600 an der Wohnadresse (Austria, 2019). Für eine bestmögliche Pflege der Betroffenen ist eine gute Hospiz- und Palliativversorgung notwendig, um würdevolles Sterben zu ermöglichen. Es benötigt neben der Managementarbeit, den Rahmenbedingungen sowie der multiprofessionellen Zusammenarbeit, ausreichend Fort- und Weiterbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Sozialministerium, 2018). Dies kann aber nur garantiert werden, wenn die Implementierungsforschung berücksichtigt wird, diese richtet ihren Schwerpunkt auf die Organisationsstruktur der jeweiligen Einrichtung und überprüft die Fortschritte, Schwächen und Stärken der Konzepte und Theorien der jeweiligen palliativen Versorgung.

Es ist daher wichtig, über die Grenzen zu blicken und Systeme, Modelle und Edukationsmöglichkeiten sowie auch die individuellen Implementierungsstrategien der Palliativversorgung auf internationaler Ebene zu betrachten.

Aufgrund der bestehenden Problematik, einer unzureichenden und lückenhaften Palliativversorgung ist es wichtig, diese Thematik genauer zu betrachten. Durch die Erkenntnisse der Implementierungsforschung und Sichtweisen unterschiedlicher Länder ist es möglich, Strategien und Lösungen für eine adäquate Palliativversorgung in der Langzeitpflege zu finden.

1.5.Ziel- und Forschungsfrage

Ziel dieser wissenschaftlichen Arbeit ist es, zu evaluieren welche Konzepte und Strategien es international gibt, um Palliative Care in der Langzeitpflege und Hauskrankenpflege zu implementieren.

Die Fragestellung lautet daher wie folgt:

Welche Konzepte und Strategien gibt es international um Palliative Care in die Langzeit und Hauskrankenpflege zu implementieren?

2. Methodische Vorgehensweise

Für diese Arbeit wurde als Design ein Literaturreview verwendet. Dies gibt einen schriftlichen Überblick über evidente Artikel in Bezug auf ein bestimmtes Forschungsproblem. Es inkludiert das Erstellen einer Forschungsfrage und eines Forschungsziels, das Entwerfen einer Suchstrategie, sowie die Suche in adäquaten Datenbanken und das anschließende kritische Bewerten und Analysieren der gefundenen Literatur (Polit & Beck 2012).

2.1. Suchstrategie

Die Literatursuche für die Beantwortung der Forschungsfrage erfolgte im Oktober 2019. Die Datenbanken PubMed und CINAHL wurden auf adäquate Artikel und Quellen durchsucht. Zusätzlich wurde eine Handsuche in Google Scholar gemacht. Für die Suche in den Literaturdatenbanken sind die Schlüsselwörter „palliative care“, „home care“ und „framework“, sowie dafür passende Synonyme, „long term care“, „residential care“, „model“, „theory“, „strategy“ „concept“ verwendet worden. Ebenso wurden die Booleschen Operatoren AND und OR eingesetzt, sowie Trunkierungen (siehe Tabelle 1). Für die Handsuche in Google Scholar wurde die Limitation „all in Titel“ verwendet. Durch diese Limitation wurden entsprechende Treffer angezeigt.

Tabelle 1: Suchstrategie

Datenbank	Datum	Treffer	Suchstrategie
PubMed	28.11.2019	269 Treffer	Search (((("palliative care"[Title/Abstract])) AND (((((model"[Title/Abstract]) OR framework[Title/Abstract]) OR theory[Title/Abstract]) OR strategy[Title/Abstract]) OR concept[Title/Abstract]))) AND (((("home care"[Title/Abstract]) OR "long term care"[Title/Abstract]) OR "residential care"[Title/Abstract])) Filters: published in the last 10 years
Cinahl	28.11.2019	157 Treffer	AB "palliative care" AND AB ("framework" or "model" or "theory" or "concept" "strategy") AND AB ("home care" or "long term care" or "residential care
Google Scholar	05.12.2019	56 Treffer	allintitle : "palliative care" AND "home care" OR "residential care" OR "long term care" AND "model*" OR "strategie" OR "framework" OR "theory" OR "concept"

2.2. Auswahl der Studien

Ein- und Ausschlusskriterien wurden angewandt, um die Literatursuche in den unterschiedlichen Datenbanken zu spezifizieren. Um die Aktualität der verwendeten Studien gewährleisten zu können, wurde Literatur aus den letzten 10 Jahren verwendet. Bei der Literaturrecherche wurden keine Forschungsdesigns ausgeschlossen um alle relevanten Ergebnisse zu generieren. Primär wurde nach internationaler Literatur gesucht, um bestmögliche Artikel für das Beantworten der Forschungsfrage zu erlangen. Insbesondere wurde auf Studien eingegangen, die verschiedene Konzepte und Modelle von unterschiedlichen Ländern in Bezug auf Palliative Care in der Langzeit und Hauskrankenpflege bearbeiten. Ausschlusskriterien für die Literatursuchen waren Studien, welche spezifische Krankheitsbilder bearbeiten. Ebenfalls ausgeschlossen wurden Studien über die palliative Versorgung von Kindern, da dies ein sehr spezifisches Thema ist, welches eigene, individuelle Forschungsfragen und -ziele benötigt.

2.3. Auswahlprozess

Die Recherche in allen drei Datenbanken ergab insgesamt 669 Treffer. In der Datenbank PubMed ergaben sich mit den ausgewählten Keywords und Synonymen 269 Treffer, davon 16 relevante. 157 Treffer ergaben sich in der Datenbank CINAHL, davon waren 10 relevante Treffer. Mittels der Handsuche Google Scholar ergaben sich von 243 Treffern, 12 relevante.

Der Verlauf der Datenanalyse wird in (siehe Abbildung 2-1) in Form eines Flow Charts dargestellt.

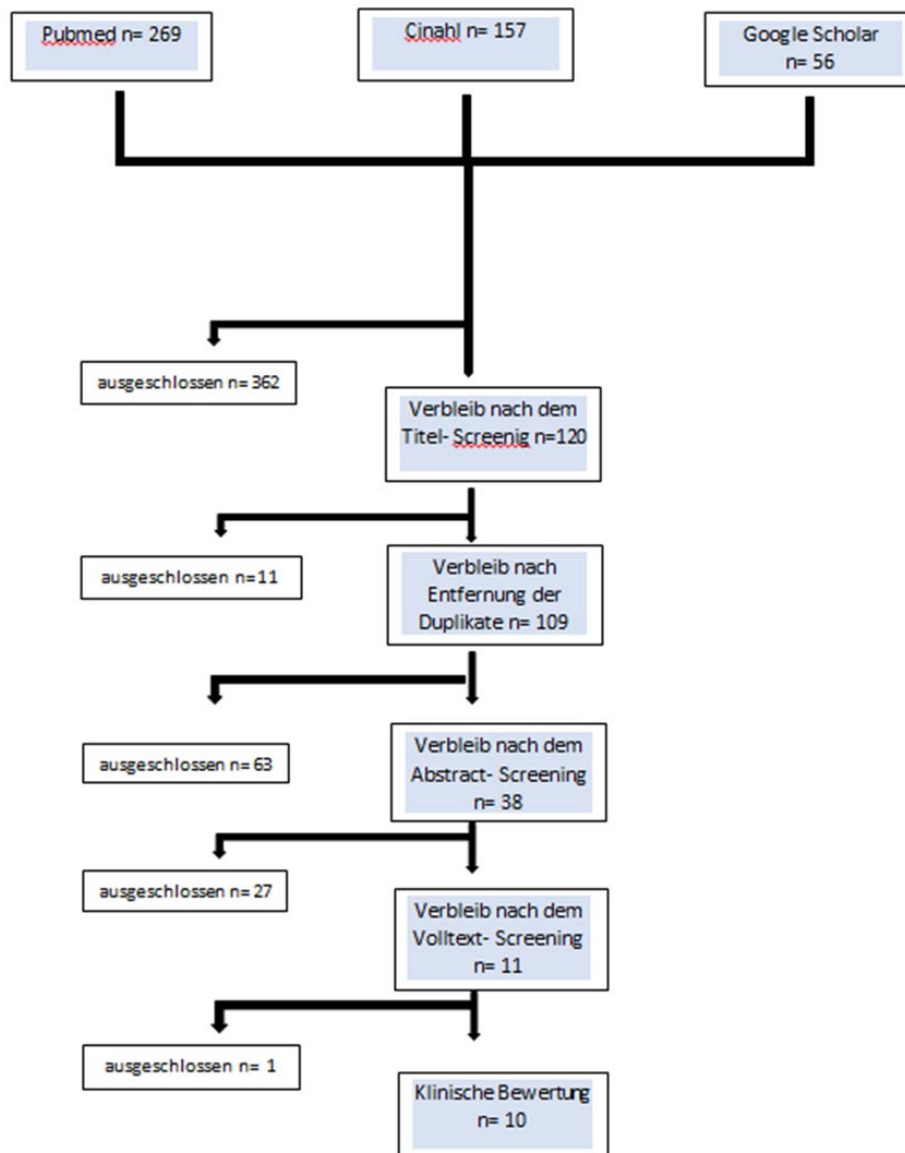


Abbildung 2-1: Flow Chart

2.4. Kritisches Bewerten der Studien

Die kritische Bewertung der einzelnen Studien erfolgte mit dem Bewertungsbogen „Mixed Methods Appraisal Tool“, kurz „MMAT“. Der „MMAT“ kann sowohl zur Bewertung primärer Studien von qualitativen und quantitativen Designs, als auch gemischter Methodik, sogenannte Mixed Methods Studien verwendet werden. Reviews und theoretische Arbeiten können nicht für diesen Beurteilungsbogen herangezogen werden. Das MMAT ermöglicht eine Bewertung der gängigsten Arten von Studienmethoden und Studiendesigns. Aus diesem Bewertungsbogen ergeben sich fünf Kategorien zur Bewertung: Qualitative Forschung, Quantitative randomisierte kontrollierte Studien, Quantitative nicht-randomisierte Studien, Quantitative deskriptive Studien und Mixed-Methods Studien.

Der MMAT Bewertungsbogen besteht aus insgesamt zwei Teilen. Der erste Teil beinhaltet eine Checkliste mit Fragen zur Studie und der zweite Teil beschäftigt sich mit den Erklärungen zu den einzelnen Kriterien. Zu Beginn gibt es für alle Studien, die bewertet werden, zwei Fragen die mit „Yes“, „No“ oder „Can´t tell“ beantwortet werden können. Als nächster Schritt werden die erwähnten Kategorien für die eingeschlossene Studie richtig ausgewählt um die Studie weiter zu beurteilen, hierbei können die Erklärungen im zweiten Teil zur Rate gezogen werden. Es sollten einheitliche Kategorien für alle Studien angewendet werden. Nach Auswahl der Kategorien werden die einzelnen Kriterien ebenfalls mit „Yes“, „No“ oder „Can´t tell“, mithilfe der Erklärung in Teil zwei, beurteilt. Zusätzlich können Kommentare für ein besseres Verständnis der Beurteilung verfasst werden. Es muss beachtet werden, dass nach der Beantwortung der Kriterien keine Punktevergabe erfolgt und somit werden nach der Beurteilung des Bewertungsbogens keine Studien ausgeschlossen. Die Bewertung jedes Kriteriums soll detailliert dargestellt werden um die Qualität der eingeschlossenen Studien besser beurteilen zu können (Hong, 2018).

2.5. Charakteristika der Studien

Tabelle 2: Charakteristika der Studien

Autoren, Jahr	Titel der Studie	Land, Setting	Studiendesign, Stichprobe	Forschungsziel	Zeitraum	Ergebnisse
Hockley et.al (2019)	A framework for cross-cultural development and implementation of complex interventions to improve palliative care in nursing homes: the PACE steps to success programme	Lancaster University, UK 7europäische Länder, Pflegeheim	Randomisierte kontrollierte Studie 7 Pflegeheime, 3638 Krankenpfleger- und Pflegehelfer	Welche Konzepte gibt es für die interkulturelle Entwicklung und welche Unterstützung ist für eine komplexe Palliativversorgung in Pflegeheimen erforderlich?	12 Monate	Konzepte für interkulturelle Anpassung und Implementierung komplexer Bildungs- und Entwicklungsmaßnahmen (Anpassung der Ressourcen, Verwendung eines Train-the-Trainers-Modells und Unterstützung während des Implementierungszeitraums)
Froggatt et.at (2017)	Palliative Care Development in European Care Homes and Nursing Homes: Application of a Typology of Implementation	UK, 29 europäische Länder, Pflegeheim	1. Interviews 2. Daten aus bereits bestehender Literatur	Ziel der Studie war, Strukturen, Organisationsmodelle und Strategien im Zusammenhang mit Palliativversorgung in Pflegeheimen in Europa abzubilden und zu klassifizieren.	2014-2015 Daten-sammlung	Implementierung der Palliativversorgung auf 3 Ebenen: Makro und Meso (diese beeinflussen die Implementierungsstrategien) und Mikro (sind Maßnahmen in Pflegeheimen)
Bone et al (2016)	Developing a model of short-term integrated palliative and supportive care for frail older people in community	England, Home Care	Beobachtungsstudie qualitatives- und quantitatives Studiendesign	Ziel war ein Modell (SIPS) für kurzfristig integrierte Palliativpflege für Menschen zu Hause oder in Pflegeheimen zu entwickeln.	Jan und Feb 2014, Mai 2014	Durch das Modell, wird das Symptommanagement verbessert, physische und psychosoziale Belastungen, Diskussionen über das Ende des Lebens erleichtert, sowie die Belastung der Pflegekräfte berücksichtigt.

Sharon Kaasalain (2019)	Palliative Care Models in Long-Term Care: A Scoping Review	Die meisten Artikel wurden aus den US verwendet	Scoping review, 369 inkludierte Studien	Bestehende Palliativmodelle in Langzeitpflegeheimen identifizieren und Schlüsselkomponenten in Bezug auf Kapazitätsaufbastrategien zu differenzieren.		drei Schlüsselkomponenten sind erforderlich: 1. Schulung und Kapazitätsaufbau; 2. Unterstützung für Bewohner, Familie und Personal; 3. Betreuungszielerörterung.
Yeager, A. et al (2016)	CanSupport: a model for home-based palliative care delivery in India	Indien, Home Care	Retrospektive Datensammlung	Durch das CanSupport Modell soll die Notwendigkeit der Palliativpflege in Entwicklungsländern geschärft werden um das Potenzial von Palliativpflege zu Hause zu stärken	2009-2010	Das CanSupport Modell bietet: Hausbesuche, telefonische Dienste, Trauerbegleitung für Familien, Qualitative, kostengünstige Palliativversorgung in Indien
Amanda Landers et al (2018)	evaluating a model of delivering specialist palliative care services in rural New Zealand	New Zealand, Home Care	cross-sectional descriptive study quantitatives und qualitatives Studiendesign	Ziel dieser Studie ist Palliativversorgungen zu verbessern und Patienten und Angehörigen zuzuhören	2015-2016	Für die Teilnehmer waren edukative Weiterbildungen, sowie vermehrte verfügbare Ressourcen sehr wichtig
Elisabeth Bergdahl et al (2019)	The theory of a co-creative process in advanced palliative home care nursing encounters: A qualitative deductive approach over time	Norwegen, Pflegeheim	Multiple Fallstudie mit deduktiver Analyse qualitativer Daten im Zeitverlauf unter Verwendung von Interviews und Beobachtungen	Ziel war es, die theoretische Konzeptualisierung des co-creative Prozesses in der häuslichen Pflege der Palliativversorgung zu testen	2009-2010	Die fünf Schritte des „co-creative“ Prozesses (HCNE) wurden als förderliche hochrangige Konzeptualisierung des Prozesses bekräftigt. Diese wurden in Haupt- Unter und Mikroprozesse unterteilt.

Roulston, E. (2018)	Canadians' Views on Palliative Care	Canada, Home Care	qualitatives und in quantitatives Studiendesign in 2 Phasen Onlinebefragung 1540 Kanadier	Ansichten der Kanadier zu sechs Themen in Bezug auf Palliativpflege.	1.Phase: Juni - Juli 2016 2. Phase: August 2016	Kanadier wünschen sich mehr Schulungen für das Personal, zusätzliche Mittel für mehr Ressourcen, bessere Einrichtungen und verbesserte Kommunikation
Gerd Ahlström (2018)	Implementation of knowledge-based palliative care in nursing homes and pre-post post evaluation by cross-over design: a study protocol	Schweden, Pflegeheim	Die Intervention und Bewertung erfolgt durch ein Crossover-Design Mixed-methods Studie nicht-randomisierte Studie, experimentelles Design	Beschreibung einer Bildungsmaßnahme mit dem Ziel einer wissensbasierten Palliativversorgung in Pflegeheimen und Beschreibung der Umsetzung einer wissensbasierten Palliativversorgung.	Phase1: 2015-2016 und Phase 2: 2016- 2017	Implementierung einer wissensbasierten Palliativversorgung in Pflegeheimen Mehrere Seminare die Wissen und Fähigkeiten vermitteln, Engagement der Teilnehmer fördern, Aktives Lernen
Seow et al. (2018)	The development of specialized palliative care in the community: A qualitative study of the evolution of 15 team	Canada , Home Care	Grounded theory	Wie sind die 15 Palliativteams zusammengesetzt und welche Unterstützungsstrategien können für diese angewendet werden?	Feb.-Aug. 2013	Vier Entwicklungsstadien: „Gründung., Start-up, Wachstum und Ausgereift“ waren zu erkennen: wichtig ist dabei überall Teambildung, Zeit Vertrauen, Kommunikation und Autorität

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Resultate der Literaturrecherche dargelegt. Diese wurden in 3 Themenbereiche untergliedert. In „Konzepte und Strategien“, „Modelle“, dabei werden verschiedene Modelle erläutert und zuletzt „edukative Maßnahmen“.

3.1. Konzepte und Strategien

In diesem Unterkapitel werden Studien dargestellt, welche Konzepte und Strategien der Palliativversorgung beinhalten.

Das „PACE – Step to Success Programm“ ist eine komplexe Bildungs- und Entwicklungsmaßnahme zur Verbesserung der Palliativpflege in Pflegeheimen. (Hockley et al., 2019) hat in seiner Studie die interkulturelle Anpassung und Umsetzung von unterschiedlichen Interventionen in der Palliativpflege untersucht. Unterschiede in Gesundheits- und Sozialsorgesystemen, der Politik und kultureller Normen wurden berücksichtigt. Das Ziel der Studie war, Strategien für die kulturelle Unterstützung sowie die Implementierung komplexer Interventionsprogramme in der Palliative Care in Pflegeheimen zu evaluieren. Aus diesem Grund wurde ein Konzept entwickelt wie Palliative Care in Pflegeheimen implementiert werden kann. Das „PACE – Steps to Success“ Programm bietet Gelegenheit für eine interkulturelle Anpassung der Intervention zur Verbesserung der Palliativversorgung. Diese interkulturelle Anpassung bestand aus der Vereinfachung des Inhaltes, dem Einsatz von Implementierungsinstrumenten, einer Übersetzung in jeweiliger Sprache um Missverständnisse zu verhindern und einer Überprüfung der Ergebnisse in 2 Pflegeheimen pro Land. Diese Studie stützt sich auf Belege aus Protokollen internationaler Treffen von Trainern, Auswertungen der Schulungen, Interviews mit denjenigen, die die Intervention in Pflegeheimen durchführen und jener die Unterstützung leisten und/oder erhalten. Die Durchführung des Programmes wurde von Mitarbeitern welche die Interventionen durchführen und den Ausbildern unterstützt. An dieser Studie haben aus 7

europäischen Ländern, insgesamt 78 unterschiedliche Pflegeheime teilgenommen, von denen die Hälfte mit dem Zufallsprinzip ausgewählt wurde. 3638 Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, sowie eine oder mehrere Manager pro Land nahmen teil. Die Durchführung des Konzeptes verlief in drei Schritten. 1. Vorbereitung der Ressourcen, 2. Training der Interventionen unter Verwendung des „Train-the-Trainer Modells“ und 3. eine Unterstützung während der gesamten Implementierung. Das „Train-the-Trainer Modell“ sieht vor, dass die Ausbildung in unterschiedliche Lernmethoden und -stilen unterteilt wird und das Wissen von internationalen Trainern -> Ländertrainer -> PACE Koordinatoren -> bis letztendlich zum Heimpersonal weitergetragen wird. Als Evaluierungsmaßnahme des Konzeptes wurden 34 Gruppeninterviews mit dem Pflegepersonal, 25 Gruppeninterviews mit den PACE Koordinatoren, 29 Interviews mit Heimleitern und 16 Online-Gruppeninterviews mit den Ländertrainern gemacht, um an die gesammelten Daten zu kommen. Die Ergebnisse zeigen, dass 6 Schritte notwendig sind um die Qualität der Palliative Home Care in Pflegeheimen zu erhalten. Nach jedem Schritt gibt es Dokumente, wiederholte Assessments, Checklisten, Skalen wie beispielsweise Schmerz- oder Depressionsskalen, Interventionen wie monatliche multidisziplinäre Treffen die durchgeführt werden. Schritt 1: Diskussionen über die derzeitige und zukünftige Pflege, Schritt 2: Einschätzung und Überprüfung, Schritt 3: Koordination mit der Palliativpflege Schritt 4: Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung mit Symptommanagement, Schritt 5: Pflege in den letzten Tagen des Lebens, Schritt 6: Pflege nach dem Tod. Diese komplexe Palliativpflege-Intervention für Pflegeheime liefert Belege für wichtige methodische und praktische Fragen, die in der Palliativversorgung für Bewohnerinnen und Bewohner am Lebensende auftreten. Sie hat Gelegenheit geboten, den Prozess der kulturübergreifenden Anpassung der Palliativversorgung in Pflegeheimen eingehend zu untersuchen. Durch das Ergebnis wie wichtig eine interkulturelle Anpassung in der Palliative Care ist, kann dieses Konzept auch für andere Kontexte nützlich sein und zu einer Qualitätssteigerung führen. Zu beachten ist jedoch, dass dieses Konzept in Ländern getestet wurde, welche mit hochwertigen Ressourcen ausgestattet sind.

In der Studie von (Bergdahl et al., 2019) wird die Theorie eines „co-creative process (ECNE)“ beschrieben. Ziel war es, die theoretische Konzeption des co-creative Prozess in der häuslichen Pflege der Palliativversorgung zu testen. In dieser qualitativen Studie wurden die Ergebnisse unter Verwendung von Interviews und Beobachtungen evaluiert. Es wurden Patientinnen und Patienten, deren Angehörige sowie das Pflegepersonal direkt vor und nach jeder Begegnung interviewt. Die Forscher waren während der gesamten Beobachtung im selben Raum wie die Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger. Die verbale und nonverbale Kommunikation, sowie die Atmosphäre des Raumes wurden mitnotiert. Diese Studie hat einen handlungsorientierten Ansatz, welcher beschreibt, wie Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger, Patientinnen und Patienten sowie Angehörige auf der letzten Lebensreise gemeinsam Möglichkeiten schaffen, um wichtige Ziele erreichen zu können. Der co-creative Prozess beinhaltet folgende Themenschwerpunkte: „Wünsche und Bedürfnisse identifizieren“, „Absichten bilden“, „Wissen über aktuelle Fähigkeiten teilen“, „Chancen identifizieren“ und „praktische Möglichkeiten mitgestalten“. Die Zeit, welche die einzelnen Pflegeheime dafür aufgebracht haben, ist für die Umsetzung ausschlaggebend. Diese Analyse schaffte Verständnis, wie die einzelnen Betroffenen miteinander handeln, reden und Möglichkeiten schaffen. Viele Symptome, Wünsche, Probleme und Bedürfnisse aus den Ergebnissen überschneiden sich miteinander, diese waren auch sehr oft mit bestimmten Lebenszielen verbunden. Alle Resultate wurden in Haupt-, Unter- und Mikroprozesse untergliedert. Hauptprozesse behandelten alle Bedürfnisse und Wünsche mit höchster Priorität für Patienten, dies ist beispielsweise das Wiedergewinnen des Appetits ohne Verwendung von appetitanregenden Medikamenten. Unterprozesse behandeln die Entlastung der Angehörigen, ein selbstständiges Handling von Stoma. Diese Prozesse wurden in medizinischer und existenzieller Weise mit den Hauptprozessen verknüpft. Mikroprozesse waren Symptome, die sich zeigten und in kurzer Zeit behandelt werden konnten, als Beispiel Probleme mit dem Hören. Diese Studie zeigt, dass das Erreichen lebenswichtiger Ziele über einen längeren Zeitraum einen komplexen Prozess erfordert. Im „co-creative process“ konnte dies verdeutlicht werden. Mit einem professionell wahrnehmenden und personenzentrierten Ansatz der Palliativpflege, konzentriert sich dieser Ansatz auf das wichtigste Ziel, nämlich das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen. Der co-creative Prozess,

als ein komplexer, aber verständlicher Prozess ist eine Möglichkeit wie die häusliche Pflege gemeinsam gestaltet wird. Der kontinuierliche Wissensaustausch ist ein Instrument um lebenswichtige Ziele erreichen zu können.

Durch dieses Konzept wird ersichtlich, wie wichtig eine Implementierung von Konzepten in die Palliativ Pflege ist. Es wird überprüft, ob die jeweiligen Maßnahmen, Gespräche und Tätigkeiten der Pflegekräfte mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen sinnvoll und tauglich für eine adäquate Palliativversorgung sind.

In der Studie von (Seow and Bainbridge, 2018) wird untersucht, wie spezialisierte Palliativpflegeteams ihre Teams vergrößert und verbessert haben. Diese qualitative Studie basiert auf einem theoretischen Ansatz und mittels halbstrukturierten, persönlichen Interviews von 15 spezialisierten Palliativpflegeteams sind die gesammelten Daten erhoben worden. Die Interviews von insgesamt 122 Personen wurden unter Verwendung eines Interviewleitfadens ausgearbeitet. Die Daten der Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer wurden zuerst von Primärinterviewer oder -interviewerinnen kodiert, dann von weiteren überprüft und diskutiert. Die Ergebnisse sind vertieft worden um Ähnlichkeiten, Assoziationen und Abweichungen zu ermitteln. Der Leitfaden wurde entwickelt, um die Perspektiven der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf den Prozess der Teambildung sowie für die gemeinsame Palliativversorgung zu untersuchen. Die Ergebnisse zeigen, dass spezialisierte Palliativteams unterschiedliche Entwicklungsstadien durchlaufen, von denen jedes eine Reihe von Möglichkeiten und Herausforderungen mit sich bringt. Obwohl sich jedes Team in seinen anfänglichen und gegenwärtigen Strukturen in der Palliativversorgung unterscheidet, waren in den Ergebnissen vier Entwicklungsstadien zu erkennen: „Gründung“, „Start-up“, „Wachstum“ und „Ausgereift“. In der Gründungsphase, also der Wachstumsphase, ist es notwendig, dass Spezialisten vor Ort sind um die Ressourcen für eine Bildung des Teams sicher zu stellen. In der zweiten Phase, der „Start up-Phase“ sind bereits bestehende Pflegeprozesse getestet und angepasst worden um die Position in den Gemeinden zu festigen. Durchlaufen die Palliativpflegeteams die Wachstumsphase, bedeutet dies für die Teams, dass sie bereits Kontakte und Beziehungen zu anderen Professionen aufgebaut haben. Eine Unterstützung,

welche Rund um die Uhr geboten wird ist hierbei möglich. Sind die Palliativpflegeteams in der letzten der 4 Phasen, sind diese „Reifeteams“, sie sind vollkommen in der Gemeinde inkludiert und zeigen eine ständige Qualitätsverbesserung. Mit jeder aufeinanderfolgenden Phase zeigen die Teams mehr Kapazität für Beratung und Schulung von externen Fachkräften und bieten rund um die Uhr Zugang zur Versorgung. Die Ergebnisse beeinflussen das gesamte Organisationssystem positiv, sowie auch individuell die Patientinnen und Patienten. Des Weiteren wird die Qualitätsverbesserung und-messung in die Praxis umgesetzt und das lokale Palliativfürsorgesystem nachhaltig beeinflusst. Ein weiteres Ergebnis ist, dass die unterschiedlichen Teams unterschiedliche Modelle und personelle Ergebnisse zeigen, jedoch wurden in jeder Phase gleiche Muster beobachtet.

Für diese 4 Entwicklungsstadien waren Teambildung, Zeit, Vertrauen, Kommunikation sowie Autorität erforderlich um Teams erfolgreich und nachhaltig zu machen. Eine gute Teamstruktur ist wesentlich für eine adäquate Palliative Care um die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten bestmöglich erhalten zu können. In dieser Studie wird veranschaulicht, wie wichtig eine gute Zusammenarbeit im Team ist und dass sich diese durchaus auf die Arbeit mit den Patientinnen und Patienten sowie mit deren Angehörigen auswirkt. Eine Voraussetzung für die Implementierung einer angemessenen Palliative Care, sind zusätzliche Strategien und Konzepte für ein gutes Teamwork. Hierbei wird klar, dass man bei der Einführung von Implementierungsstrategien auf die jeweilige Teamstruktur achten muss um zu sehen, in welcher Phase angesetzt werden kann, um sich optimal auf das Team einstellen zu können. Kann eine gute Zusammenarbeit im Team nicht gewährleistet werden, leidet die Arbeit jeder Pflegekraft darunter und es kommt zu einem Qualitätsverlust.

In der Studie von (Froggatt et al., 2017) wurden Strukturen, Organisationsmodelle im Zusammenhang mit der Palliativversorgung in Pflegeheimen in Europa abgebildet und klassifiziert. Die Studie wurde in England durchgeführt, dabei wurden Pflegeheime aus 29 europäischen Ländern inkludiert. Die Datenerhebung erfolgte mittels 2 unterschiedlichen Methoden. Zuerst wurde eine Befragung von Länderinformanten gemacht. Dabei handelt es sich um Personen mit Fachkenntnissen in der Palliativpflege mit Praxis-, Forschungs-, oder

Ausbildungserfahrung. Das Ziel bei dieser Befragung war, den Umfang der Palliativpflege in jedem Land zu beschreiben und Initiativen zur Entwicklung der Palliativpflege in Pflegeheimen zu identifizieren. Die Länderinformanten erhielten einen Fragebogen, der vom Forschungsteam entwickelt wurde. Dieser Fragebogen bearbeitete folgende Bereiche: Organisation der Pflege in Pflegeheimen, Pflegeheim als Sterbeort, Bewohner in Pflegeheimen, Arten von Pflegeheimen und Terminologie, Pflegeheimanbieter und deren Finanzierung, Schlüsselfaktoren für die Veränderung von Pflegeheimen auf nationaler und regionaler Ebene. anschließend wurden. Die weitere Datenerhebung erfolgte durch die Verwendung von statistischen Daten bereits bestehender Palliativpflegestrukturen, -dienstleistungen und -organisationen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene. Nach diesem Prozess wurde eine Typologie für die Umsetzung der Palliativversorgung in Pflegeheimen entwickelt. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass für die Umsetzung der Palliativversorgung in Pflegeheimen drei Ebenen identifiziert wurden. Die Makroebene wird in 4 Haupttypen unterteilt. Politik, Gesetzgebung, Finanzen und Regierung. Nur in 7% aller europäischen Länder wurde die Palliativversorgung auf nationaler oder regionaler Ebene in Pflegeheimen implementiert. Die Aktivitäten auf der Mesoebene klassifizierten sich aus den Aus- und Weiterbildungen, Nutzung von Werkzeugen und Rahmenbedingungen, Servicemodellen zur Unterstützung, Projekten sowie Forschung in der Palliativpraxis. Die Mikroebene beinhaltet die spezifische Umsetzung der Palliative Care in den europäischen Pflegeheimen und wie hoch die Aktivität ist. In 17% der Länder gibt es keine Belege für eine Implementierung von Palliativpflege in Pflegeheimen, darunter fallen unter anderem Rumänien, Albanien und Lettland. In 24% der Länder gibt es eine minimale Aktivität, darunter fällt beispielsweise Österreich, Schweden und die Schweiz. Die Entwicklung auf der Meso- und Mikroebene wird durch die Makroebene gestützt. Die Gesetzgebung beeinflusst Fragen wie die Personalstärke, die Qualifikation des Personals und die Verpflichtung zur Ausbildung und Zulassung bzw. Lizenzierung von Palliativpflegeeinrichtungen. Die Finanzierungspolitik erleichtert oder behindert die Umsetzung von Palliativdiensten in Pflegeheimen. Ein breites Wissen über die Veränderung des Gesundheitssystems erfordert auf allen Ebenen erhöhte Aufmerksamkeit. Ein politischer Rahmen ist für eine spezifische Umsetzung von Palliativpflegepraktiken notwendig. Durch diese Studie wurde ein niedriges Niveau

in der Entwicklung und Bereitstellung von Palliativpflege in Langzeiteinrichtungen festgestellt. Diese Implementierungstypologie bietet eine Struktur, mit der das Ausmaß der national geführten und lokal unterstützten Palliative Care in Pflegeheimen untersucht und gesteuert wird. Wird die Palliativversorgung durch diese neue Typologie neu betrachtet, können weitere Stärken und Schwächen der vorhandenen palliativen Versorgung erkannt und evaluiert werden. Wenn verstanden wird, wo jedes Land in Bezug auf die Aktivitäten der 3 Ebenen steht, kann zukünftige Implementierungsforschung in jedem Land unterschiedlich angewandt werden und darauf konzentriert werden. Es gibt zwischen den Ländern verfügbaren Daten, dem Status der Organisation von Pflegeheimen und der Dynamik der Finanzierung.

3.2. Modelle

In den Studien von (Yeager et al., 2016, Landers et al., 2018, Bone et al., 2016, Kaasalainen et al., 2019) werden Modelle dargestellt in denen die Palliativversorgung in verschiedenen Ländern unterschiedlich implementiert wird.

Die Studie von (Yeager et al., 2016) befasst sich mit einem Modell der häuslichen Palliativpflege in Indien. „CanSupport“ verfolgt ein ganzheitliches Modell der Pflege, bei dem Symptome und Schmerz unter Berücksichtigung des emotionalen und spirituellen Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten und deren Familien behandelt werden. Ziel des CanSupport Modells ist es, das Bewusstsein bezogen auf die Palliativpflege in Entwicklungsländern zu schärfen und dadurch das Potenzial von Palliativpflege zu Hause hervorzuheben. Seit 1997 bietet CanSupport kostenlose und kostengünstige Palliativpflegediensten für Patientinnen und Patienten an. Mit durchschnittlich 10 Hausbesuchen betreut das Team 764 Patientinnen und Patienten. Zu Beginn der Behandlung und bei jedem Besuch bekamen die Patientinnen und Patienten Fragebögen und validierte Hilfsmittel zur Beurteilung von körperlichen, psychosozialen, spirituellen und emotionalen Schmerzen. Zur weiteren Beurteilung des psychischen Zustandes wurden Gesundheitsfragebögen ausgehändigt. Weitere Daten wurden mittels psychosozialen Assessments und Gesprächen gesammelt. Die Pflege wird von multidisziplinären Teams aus Ärztinnen und Ärzten, dem Pflegepersonal sowie von

Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern geleistet. Diese machen regelmäßige Hausbesuche, wobei die Kommunikation und das psychische Wohlbefinden wichtige Bestandteile sind. Eine weitere Tätigkeit des CanSupport-Teams sind Telefonate, welche sie mit Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen führen um Kosten und Zeit zu sparen. Eines der aktuellen Ziele des CanSupport-Teams ist die Kommunikation und Interaktion mit Krebszentren und Onkologen aufgrund der hohen Anzahl an den zu betreuenden Krebspatientinnen und –patienten.

Die Arbeit des CanSupport –Teams erfolgt auch noch nach dem Tod der Patientinnen und Patienten. Von den teilnehmenden Patientinnen und Patienten ereigneten sich 76% der Todesfälle zu Hause, zusätzlich erhielten die Familien eine Trauerbegleitung von bis zu 6 Wochen. Im Laufe der Durchführung dieses Modells hat das Unternehmen ein nachhaltiges Modell der häuslichen Pflege am Lebensende in Indien entwickelt. Eine Herausforderung welche sich über die Jahre entwickelt hat ist, Ärztinnen und Ärzte über die Wichtigkeit eines Palliativpflegedienstes aufzuklären, sowie genügend Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aller unterschiedlichen Professionen adäquat auszubilden. Das Modell hat einen teambasierten Ansatz und ermöglicht die Koordination der Versorgung für eine wachsende Anzahl von Patientinnen und Patienten und deren Familien. Obwohl das CanSupport Modell nur für einen kleinen Teil der Bevölkerung Indiens möglich ist, zeigt es trotzdem einen anhaltenden Erfolg, welche Auswirkungen eine qualitativ hochwertige, einfache und kostengünstige Palliativversorgung auf die Entwicklungsländer hat.

(Landers et al., 2018) bewertete in ihrer Studie einen spezialisierten Palliativpflegedienst (SPCT) in einem ländlichen und abgelegenen Gebiet Neuseelands. Dieser Palliativpflegedienst beinhaltet Vollzeitspezialisten für klinische Krankenpflege, eine Unterstützung der Verwaltung, eine Verbindung zur Gesundheitsversorgung, sowie Netzwerke von Palliativpflegekräften. Um die Daten zu sammeln wurde ein Fragebogen über die primäre Gesundheitskoordination an sämtliche Gesundheitseinrichtungen versandt. Ziel ist es, ein genaues Bild der zukünftigen Palliativversorgung an der Westküste in Neuseeland zu erlangen. Die Daten wurden mittels einer Umfrage durch einen Spezialisten der Palliativmedizin

und eines Qualitätskoordinator erhoben und geprüft. Es wurden demografische Daten zur Rolle im Pflegeheim, speziell zu Palliativpatienten und Palliativpatientinnen befragt. Der zweite Teil der Befragung befasste sich speziell mit der Kommunikation. Der dritte Teil des Fragebogens konzentrierte sich auf die Bildung und Umsetzung des Palliativpflegedienstes. Ergebnisse, welche sich aus den Fragebögen dieser Studie ergaben waren, dass die Befragten eine eindeutige Lücke im Thema Ausbildung bezüglich der Palliativversorgung angaben. Die Befragten bevorzugten es Bildung über Vorlesungen oder Workshops vermittelt zu bekommen. Bildung ist äußerst wertvoll und zeigt bei einem niedrigen Kostenaufwand signifikante Unterschiede. Aktives Lernen war durch Workshops möglich, dies war den Befragten sehr wichtig. Ein weiteres Ergebnis der Befragung war die Ausarbeitung formeller Richtlinien für die Behandlung am Lebensende. Dies kann eine Strategie sein, um die Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zu verbessern. Laut Angaben der Befragten vermittelt dies vermehrt Sicherheit und gibt Unterstützung für sämtliche Gesundheitsprofessionen. Dies erfordert jedoch Engagement des Gesundheitssystems, sowie verbesserte Aufklärung und eine Schärfung des Bewusstseins dafür. Des Weiteren teilten die Befragten mit, dass dem SPCT Palliativpflegedienst Ressourcen fehlten und die Personalausstattung unzureichend war. Dies ist jedoch ein globales Problem der ländlichen Gebiete, welches auch in mehreren anderen Studien erwähnt wurde (Robinson, 2009). Ein Aufbau der Ressourcen und die Öffentlichkeitsarbeit wesentliche Beiträge für eine verbesserte Palliative Care in den ländlichen Gebieten Neuseelands. Durch diese Ergebnisse werden neue Innovationen vor Ort vorangetrieben, was Voraussetzung für eine Verbesserung der Palliativpflege ist.

Das Modell von (Bone et al., 2016) baut auf Erkenntnissen aus einer Studie über frühe Palliative Care von (Higginson et al) auf. Das „model of short-term integrated palliative and supportive care“, kurz SIPS Modell, ist ein Modell der integrierten Kurzzeit-Palliativ und Unterstützungspflege für Menschen ab dem 75. Lebensjahr, welche zu Hause oder im Pflegeheim unter nicht-malignen Bedingungen leben. Das SIPS Modell zeigt eine Kurve bezüglich des Krankheitsverlaufes der Patientinnen und Patienten und wann die optimale Zeit ist, palliative Interventionen zu setzen. Diese ist, wenn sich die Bereitschaft über die zukünftige Versorgung zu diskutieren

erhöht, die Patientinnen und Patienten einen Gesundheitsdienst in Anspruch nehmen wollen oder die Bedürfnisse der Betreuerinnen und Betreuer nicht erfüllt werden. Wenn dies der Fall ist, setzen sich die Allgemeinmediziner mit dem Palliativpflegeteam auseinander, welche dann die Maßnahmen des SIPS Modelles anwenden. Diese sind je nach Bedarf ein bis drei Besuche des Teams, eine ganzheitliche Bewertung der Patientinnen und Patienten sowie deren Pflegern, des Weiteren werden Angebote bezüglich Gespräche über das Lebensende sowie auch verschiedene Kontaktmöglichkeiten für Allgemeinmediziner, Pflegekräfte sowie der Patientinnen und Patienten zum Palliativpflegeteam angeboten. Ziele davon sind das Symptommanagement zu verbessern, dazu zählen auch psychosoziale Symptome wie Ängste, Unterstützung und Entlastung der Angehörigen und Pflegekräfte sowie Krankenhausaufenthalte zu reduzieren.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie wurden zuerst umfangreich bezüglich des ursprünglichen SIPS Modells informiert. Die beinhaltet die Pflege von Menschen am Lebensende. Angehörige der unterschiedlichsten Gesundheitsberufe, Interessensvertreter, Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörige wurden nach dem sie die Informationen erhalten haben befragt und teilten sich unabhängig voneinander in 3 Gruppen auf. Dadurch konnten die unterschiedlichsten Perspektiven ermittelt werden. Die Ergebnisse waren Grundlage für die Entwicklung und die Umsetzung des SIPS Modells.

Jede Fokusgruppe hatte einen Hauptbereich als Schwerpunkt. 1. potentielle Vorteile der kurzfristigen integrierten Palliativversorgung, 2. der optimale Zeitpunkt für die Bereitstellung einer Palliativ-Dienstleistung und 3. Wie erfolgt eine integrierte Versorgung zwischen spezialisierter Palliativversorgung und allgemeinmedizinischer Gemeinde- und Primärversorgung?

Die Datenerhebung wurde in eine qualitative und quantitative Phase aufgeteilt. Ergebnisse dieser Studie waren, dass durch dieses Modell das Symptommanagement verbessert wurde, sowie physische und psychische Belastungen der Patientinnen und Patienten verstärkt berücksichtigt wurden. Diskussionen über das Lebensende entlasteten die Patientinnen und Patienten sowie ihre Angehörige und die Pflegekräfte. Des Weiteren wurden ungeplante Krankenhausaufenthalte verringert. Wichtige Punkte dieser Studie waren, dass es eine internationale Priorität ist, zu verstehen wie ältere Menschen am besten palliativ versorgt werden können. Dafür wurde dieses Modell entwickelt, indem eine

Vielzahl der Perspektiven älterer Menschen und deren Betreuerinnen und Betreuer herausgearbeitet wurde.

Die unterschiedlichen Bedürfnisse der Betroffenen sind ernst zu nehmen. Für eine bestmögliche Betreuung ist es wichtig, speziell und individuell darauf einzugehen.

Das Ziel in der Studie von (Kaasalainen et al., 2019) ist, bereits bestehende Palliativmodelle in Langzeitpflegeheimen zu identifizieren und Schlüsselkomponenten von Palliativprogrammen zusammenzufassen. Daraus hat sich ergeben, dass für ein Palliativprogramm im Rahmen der Langzeitpflege drei Schlüsselkomponenten erforderlich sind. Wie schon in Ergebnissen anderer Studien waren in dieser Studie Schulung und ein Kapazitätsaufbau der Palliative Care entscheidend. Weitere Schlüsselkomponenten waren die Unterstützung der Bewohnerinnen und Bewohner, deren Familien, sowie das gesamte Personal und eine spezielle Betreuungszielerörterung. Aus diesen Resultaten ergab sich eine Entwicklung von 4 unterschiedlichen Modellen.

Modell 1: Modell der externen spezialisierten Palliativversorgung. Dieses Modell enthält eine direkte klinische Betreuung durch ein Spezialisten Team vor Ort. Dieses Team besteht aus Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflegerinnen und –pfleger, sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, welche alle über eine spezielle Ausbildung und Fähigkeiten in der Palliativpflege verfügen. Die Palliativversorgung wird jedoch in erster Linie für Menschen angeboten, welche sich in der letzten Lebensphase befinden und ist nicht für alle Bewohner möglich. Trotz dieses Mangels mindert dieses Modell Krankenhausaufenthalte und verbessert die Bewertung der Pflege durch die Angehörigen maßgeblich.

Modell 2: Interne Pflege am Lebensende. Bei dem Modell einer eigenen End-of-life Versorgung handelt es sich um eine hospizähnliche Betreuung innerhalb einer Langzeitpflegeeinrichtung, welche nicht auf externe Fachkräfte angewiesen ist. Dieses Modell ist am häufigsten bei Menschen mit Demenz anzutreffen, die Pflege und Behandlung wird den einzelnen krankheitsspezifischen Bedürfnissen zugeschnitten. Einheiten werden speziell auf eine individualisierte Betreuung aufgebaut. Zusätzlich werden mobile Palliativpflegeeinheiten für eine Betreuung am

Lebensende eingesetzt, diese unterstützen speziell die Familien der Betroffenen sowie medizinische Teams bei der Bewältigung von Symptomen und psychischen Leiden. Nachteil dieses Modells ist jedoch, dass eine Kontinuität zwischen der Pflege und die Beziehungen zwischen Bewohnern, Angehörigen und dem Personal nicht nachgewiesen ist.

Modell 3: Interner Kapazitätsaufbau im Rahmen eines palliativen Ansatzes. Alle Bewohner des Langzeitpflegeheimes haben Zugang zu einer hochwertigen Palliativversorgung, nicht nur diejenigen, die in den letzten Monaten ihres Lebens Palliativversorgung benötigen. Dies trägt zu einer Förderung einer qualitativ hochwertigen Palliativpflege bei. Dabei werden Führungsteams der Palliativversorgung entwickelt und Aufklärungen bezüglich eines palliativen Versorgungsansatzes für das gesamte Personal getätigt. Des Weiteren wurde ein „check-in“ Prozess durchgeführt um Fortschritte zu überwachen und Audits und Rückmeldungen sowie Qualitätsverbesserungszyklen zu planen, durchzuführen, zu studieren und umzusetzen. Im Gegensatz zum Modell 1 und 2 ermöglicht dieses Modell den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beim Auftreten neuer Probleme, diese schneller zu beurteilen und darauf zu reagieren. Dies ist möglich, da das Personal einen täglichen Kontakt mit Bewohnern und Familienmitgliedern hat.

Modell 4: Interner Kapazitätsaufbau mit externer Unterstützung durch Palliativspezialisten. Dies ist eine Mischung aus Modell 1 und 3. Der Schwerpunkt dieses Modells liegt auf der Entwicklung von Kapazitäten innerhalb des Pflegeheimes, aber es wird auch eine palliative Expertise außerhalb des Heimes herangezogen um dem Personal eine Anleitung und Wissensunterstützung geben zu können, jedoch keine direkte Betreuung der Bewohner. Die Evaluierung dieses Modells zeigte ein verstärktes Engagement der Familienbetreuer am Lebensende, den Nutzen von Konferenzen zur Palliativpflege, sowie den Nutzen eines Pflegeleitpfades und die Dokumentation von Schmerz und Dyspnoe. Auf Grundlage dieser Analyse ist Modell 4 am besten für eine Entwicklung eines Palliativpflegemodells geeignet. Es entspricht den aktuellsten Trends, wobei der Schwerpunkt auf Symptommanagement und der Bereitstellung einer Familienunterstützung liegt.

Insgesamt hat diese Überprüfung dazu beigetragen die Schlüsselkomponenten bestehender palliativer Versorgungsmodelle zu vertiefen. Diese sind (a) Strategien für die Ausbildung und den Aufbau von Kapazitäten für das Personal von Langzeitpflegeheimen zu bilden, (b) Bewohner, Familien und das Personal zu unterstützen und (c) Diskussionen über Pflegeziele und die Zustimmung zur Gesundheitsversorgung. Diese Ergebnisse haben die Möglichkeit Grundlage für zukünftige Palliativmodelle zu sein.

3.3. Edukative Maßnahmen

Die Entwicklung einer wissensbasierten Palliativpflege in Pflegeheimen war in der Studie von (Ahlstrom et al., 2018) das Ziel. Bildungsmaßnahmen in der Palliative Care wurden beschrieben sowie eine Umsetzung einer wissensbasierten Palliativversorgung wurde bewertet. Die Intervention und Bewertung der Studie erfolgten durch ein Crossover Design. Es wurden quantitative und qualitative Analysemethoden angewendet. Die Untersuchungen wurden in 2 Phasen gemacht. Die quantitative Auswertung erfolgte mittels Fragebögen und stand im Zusammenhang mit den Zielen der Palliativversorgung (Lebensqualität der Betroffenen und deren Angehörigen, der Pflegeprozesses und Erfahrungen des Personals). Es wurden deskriptive Statistiken erstellt, ein Vergleich zwischen Interventionsgruppe und Kontrollgruppe für die Evaluierung der Anwendbarkeit gemacht. Der qualitative Teil der Studie wurde durch Seminare und verschiedene Interviews ausgearbeitet. Vor Beginn der Durchführung der Studie wurden Aufklärungsbroschüren für die Seminarinhalte ausgehändigt. Die Broschüre basiert auf bisherige Forschungsergebnisse einer Pilotstudie (Socialstyrelsen, 2013), bezüglich eines nationalen Pflegeprogrammes, welches von regionalen Krebszentren entwickelt wurde und eines WHO-Palliativleitfadens. Des Weiteren waren in den Aufklärungsbroschüren Aufgaben enthalten, welche die Teilnehmerinnen und Teilnehmer vor jeder Seminarsitzung bearbeiten sollen um für die Seminare vorbereitet zu sein. Die angebotenen Seminare vermittelten Wissen und Fähigkeiten. Diese behandelten fünf Themen, jedes Thema wurde in einer Seminarsitzung bearbeitet. 1. „Der palliative Ansatz und die digitale Pflege“ Ziel

dieses Themas ist es, Verständnis über die Werte der Palliativpflege zu erlangen und unter Berücksichtigung der ethischen Konzepte die Begegnung zu Palliativpatientinnen und –patienten zu optimieren. 2. „Die nächsten Angehörigen“, der Zweck dieses Themas ist es, Verständnis und Wissen über die Situation der Angehörigen zu schärfen und Unterstützungsmöglichkeiten für die Angehörigen zu entwickeln. 3. „Existenz und Sterben“ In dieser Seminarsitzung wurde zuerst auf die eigenen Gedanken und Gefühle bezüglich Existenz und Sterben gehört, danach wurde der Schwerpunkt auf die Gesprächsführung eines solch schwierigen Themas gezielt. 4. „Die Linderung der Symptome“ Ziel war es, die Bedeutung einer guten Symptomlinderung zu erhöhen und den Umgang mit validierten Bewertungsinstrumenten zu fördern. Und in der letzten Seminarsitzung „Die kollaborative Pflege“ in diesem letzten Seminar wird die Wichtigkeit der Teamarbeit vermittelt. Die Zusammenarbeit zwischen Patientinnen und Patienten, deren Angehörige und dem Personal steht in Vordergrund. Diese Themen wurden individuell auf das jeweilige Pflegeheim angepasst. Um die Ziele der wissensbasierten Palliativversorgung zu verwirklichen, war es notwendig, forschungsbasiertes Wissen durch Schulung des Pflegepersonals in die Praxis umzusetzen. Die Seminare förderten das Engagement der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und aktives Lernen ist als Schwerpunkt angesehen worden. Weitere Untersuchungen der Studie zeigten, dass interaktive Bildung der Pflegepersonen zu besseren Ergebnissen führt als die Verwendung passiver Vorlesungen.

Die Ansichten und Erfahrungen von Kanadiern in der Palliativ Care werden in der Studie von (Roulston, 2018) untersucht. Ziel war es, Maßnahmen zusammenzufassen um eine qualitativ hochwertige Palliativversorgung in allen Teilen des Landes zu ermöglichen und daraus spezifische Palliativpflege Maßnahmen und Konzepte daraus zu entwickeln. Als Studiendesign wurde ein Mixed-Methods Design verwendet. Der qualitative Teil ergab sich aus der öffentlichen Meinung im Zusammenhang mit sechs Fragen, welche von Experten der Palliativversorgung entwickelt wurden um Ansichten zu Thema Palliativversorgung zu ermitteln. Die Rückmeldungen flossen in die nachfolgende Umfrage und die Antwortkategorien ein. Der quantitative Teil der Studie war ein Online-Fragebogen. Die Umfrageergebnisse zeigten die wesentlichen Elemente der

Palliativversorgung in Langzeitpflegeeinrichtungen. Für Kanadier sind zusätzliche Schulungen mit einer „spezialisierten Zertifizierung“ wichtig, diese stärken laut Angaben der Befragten das Selbstvertrauen in das eigene Wissen und die Fähigkeiten in der Palliativpflege. Weitere Ergebnisse waren, dass nationale Standards und Maßnahme, sowie die öffentliche Gesundheit von den Kanadiern sehr ernst genommen wurden und sie diese unterstützen, zusätzlich wurden auch Bedenken bezüglich der Finanzierung geäußert. Des Weiteren ergab sich aus den Ergebnissen, dass Pflegepersonen von zusätzlichen Mitteln für Ressourcen und einer Erweiterung der Einrichtungen profitieren. Wichtig waren für die Befragten dafür, neben den personellen Ressourcen, auch Barrierefreiheit, spezielle Pflegebetten, sowie passende Pflegeartikel um die Palliativpflege zu erleichtern und die Lebensqualität der Pflegenden zu erhalten. Das letzte wichtige Thema, welches für die Kanadier von großer Bedeutung ist, ist die Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten, deren Angehörigen sowie auch zu den einzelnen Palliativpflegerinnen und -pfleger. Durch eine Verbesserung der Kommunikation wird des Weiteren das Vertrauen zwischen den Angehörigen und dem Pflegepersonal gestärkt. Ein System einer qualitativ hochwertigen Palliativversorgung, vor allem in Pflegeheimen und Zuhause ist den Kanadiern besonders wichtig, da es gerade in Langzeitpflegeeinrichtungen und der häuslichen Palliativversorgung noch Verbesserungen geben muss. Diese Verbesserung wird möglich, wenn einheitliche Konzepte und Maßnahmen angewendet werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass spezielle Palliativprogramme, beispielsweise Seminare, Betreuungsprogramme zur Wissensunterstützung, Schulungen sowie Weiterbildungen in aktiver Gestaltung wesentlich sind. Die Kommunikation ist ein weiterer Schwerpunkt in der Palliative Care um diese verbessern zu können und das Vertrauen zwischen den Angehörigen und dem Pflegepersonal zu stärken. Ein Ausbau der verschiedenen Langzeiteinrichtungen und zusätzliche Mittel für Ressourcen tragen des Weiteren zu einer Qualitätssteigerung in der Palliativversorgung bei.

4. Diskussion

Diese Literaturrecherche hatte zum Ziel herauszufinden, wie die Palliativversorgung international im Home Care Setting implementiert wird. Die Ergebnisse der untersuchten Studien wurden in die Bereiche Konzepte und Strategien, Methoden und edukative Maßnahmen unterteilt.

In sechs der insgesamt zehn inkludierten Studien wurden Ergebnisse in Bezug auf edukative Maßnahmen erhoben (Roulston, 2018, Landers et al., 2018, Hockley et al., 2019, Froggatt et al., 2017, Kaasalainen et al., 2019, Ahlstrom et al., 2018). Die Ergebnisse aus diesen Studien ergaben, dass Schulungen, sowie Fort-, Aus-, und Weiterbildungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für eine Qualitätsverbesserung und für eine erhöhte Sicherheit der Gesundheitsversorgung wichtig sind. Die hohe Anzahl der Studien in denen diese Thematik behandelt wird veranschaulicht gut, wie wesentlich dies auf internationaler Ebene ist und warum es von großer Bedeutung ist, edukative Maßnahmen verstärkt in die Palliativversorgung im Home Care Setting zu implementieren. Die Rolle des Palliativpatienten steht im Vordergrund, daher ist auch eine spezielle Versorgung dafür ausschlaggebend. Daraus lässt sich schließen, dass qualitativ hochwertiges Wissen in der Palliative Care zu einer Aufrechterhaltung der Lebensqualität der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeheime, sowie auch des Pflegepersonals beiträgt. Laut Literatur ist es somit möglich mit nur geringem Kostenaufwand große Unterschiede zu bewirken (Landers et al., 2018). Die Wichtigkeit, kulturelle Aspekte zu berücksichtigen ging nur aus einer der zehn Studien hervor. Hockley et al., (2019) beweist durch seine Studie, dass die individuelle Betreuung unter Berücksichtigung der kulturellen Faktoren und Rituale von großer Bedeutung ist. Das Wohlbefinden der Palliativpatientinnen und -patienten wird dadurch nachweislich gesteigert und das Sicherheitsgefühl der Angehörigen wächst. In der Studie von (Froggatt et al., 2017) wurden die Fort- und Weiterbildungen zwar erwähnt, der Schwerpunkt dieser Studie ist jedoch ein anderer, daher wurde nicht näher darauf eingegangen. Dies ist ein großer Nachteil, da dadurch nicht erkennbar ist, wie Bildungsmaßnahmen umgesetzt werden. Erfahrungen bezüglich spezieller

Palliativversorgung der Home Care wurden in den Studien von (Ahlstrom et al., 2018, Roulston, 2018) bearbeitet. Interaktive Weiterbildungen sind dabei als Schwerpunkt gesetzt worden, um aktiv lernen zu können. Dies war der eindeutigen Mehrheit der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein großes Anliegen. Die Sicherheit der Pflegekräfte und Angehörigen stieg dabei beträchtlich. Dokumente zur Wissensunterstützung, in denen Tätigkeiten der speziellen Palliativversorgung enthalten waren, sowie wichtige Ziele und Maßnahmen im Umgang mit den Patientinnen und den Patienten sowie deren Angehörigen waren enthalten. Diese Dokumente waren nicht nur für die Pflegekräfte eine Unterstützung, sondern auch für die Betroffenen und deren Angehörigen.

Nur in einer der sechs Studien ist auf ein spezielles Palliativversorgungsmodell für Langzeiteinrichtungen in Bezug auf edukative Maßnahmen klar erläutert und dargestellt worden. Dieses Modell von (Kaasalainen et al., 2019) wurde durch drei Schlüsselkomponenten der Palliativversorgung entwickelt. Diese sind: Schulungen und Weiterbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ein Kapazitätsaufbau und die Unterstützung der Familien und Bewohner. Durch diese Ergebnisse konnte ein Palliativversorgungsmodell entwickelt werden. Die individuelle Palliativsituation des Betroffenen wird genau betrachtet und danach eines der vier Modelle angewendet. Jede Palliativpatientin oder Palliativpatient hat individuelle Bedürfnisse, auf diese wird in dem Modell genau eingegangen. Im Vergleich zu den anderen Studien, bei denen dies nicht so sehr hervorgehoben wird, ist das ein wichtiger Aspekt. Das Pflegepersonal wird von Experten geschult. Ein weiterer Punkt der in keiner der fünf anderen Studien erwähnt wurde, ist eine sogenannte „frühe Palliativversorgung“. Adäquate Versorgung wird in einem frühen Palliativstadium durch eine interne Palliativversorgung ermöglicht. Dieses Palliativversorgungsmodell lässt sich auch mit dem welches in Österreich verwendet wird vergleichen. Beide Modelle haben mobile Palliativteams welche Hausbesuche durchführen und eine Versorgung zu Hause ermöglichen. Dies deckt sich mit einem der größten Wünsche am Lebensende der Betroffenen.

Die Ergebnisse der Studie von (Kaasalainen et al., 2019) zeigen, dass Bildung alleine nicht ausreicht, um die Praxis zu ändern und dass daher ein vielschichtiger kapazitätsbildender Ansatz erforderlich ist um den Praxiswechsel zu unterstützen. Dies ist ein weiterer Faktor, welcher verdeutlicht wie wichtig die

Implementierungsforschung ist, denn genau dieser zeigt solche Unterschiede durch ein genaueres Betrachten der einzelnen Modelle, Konzepte und Strategien. Mit Einbezug der Implementierungsforschung ist es möglich, Erfolge der unterschiedlichen Konzepte und Strategien zu messen. Dies wird möglich indem der Wissens- und Praxisaustausch erfolgt.

Werden die letzten sechs Studien mit dem Schwerpunkt auf Schulungen und Weiterbildungen in der Palliativversorgung des Personals betrachtet, ist ersichtlich, dass dabei noch Potential ist die neuesten Erkenntnisse der Implementierungsforschung miteinzubeziehen. In der Studie von (Froggatt et al., 2017) wird das Ebenenkonzept, welches auch einen wichtigen Platz in der Implementierungsforschung hat, angewandt. Dieses Ebenenkonzept beschäftigt sich ebenso mit den Ergebnissen die auf Ebenen der Mikro- Meso-, und Makroebene zurückzuführen sind. Speziell auf der Mesoebene sind Fort- und Weiterbildungen für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Palliativversorgung ein Schwerpunkt. Ein Großteil des Pflegepersonals nimmt dies gerne an und stimmt völlig über deren Wichtigkeit zu.

Die Literaturrecherche ergab, dass in vier Studien, die Konzepte und Modelle, mit den Erweiterungen von Ressourcen und Rahmenbedingungen bearbeitet wurden. Die Studien von (Landers et al., 2018, Froggatt et al., 2017, Roulston, 2018) zeigen, dass ein Ausbau der Ressourcen sowie Erweiterungen der Einrichtungen sowohl im Pflegeheimsetting als auch Zuhause wesentlich sind. Dies beinhaltet nicht nur einen personellen Ausbau, sondern auch eine Veränderung der Rahmenbedingungen im jeweiligen Setting. Um diese drei Studien mit dem Ebenenkonzept der Implementierungsforschung zu vergleichen, zeigt sich, dass hierbei die Politik, Gesetzgebung, finanzielle Ressourcen, sowie die Regierung bedeutsam sind. Dabei spielt auch die Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle, welche eine der Schwerpunkte der Studie von (Landers et al., 2018) ist. Die Bedeutung der Palliativversorgung sollte dabei noch mehr Ansehen bekommen. Dies wird möglich, wenn Modelle, Konzepte, Strategien veröffentlicht und durch das Personal angewendet werden.

Das „step to success“ Konzept wird in der Studie von (Hockley et al., 2019) beschrieben. Der erste der drei Schritte dieses Konzeptes ist die „Vorbereitung der Ressourcen“. Damit wird auch die Lebensqualität der Angehörigen und Pflegekräfte, welche stark von den jeweiligen Pflegeaktivitäten abhängig sind, erhalten. Für eine adäquate Palliativversorgung ist der Ausbau von Ressourcen und Rahmenbedingungen daher unumstritten. Trotz der Erkenntnisse, welche in diese Studien gezeigt werden, haben 17% der europäischen Länder keine Bereitstellung von Ressourcen und nur 24% eine minimale Palliativversorgung. Österreich gehört zu den 24% der Länder, welche eine minimale Palliativversorgung erhalten. Wird jedoch die abgestufte Palliativversorgung näher betrachtet, zeigt diese Versorgung ein umfangreiches Konzept, wobei viele Bereiche im Home Care und im Krankenhaussetting abgedeckt werden. Daraus lässt sich schließen, dass es nur dann zu einer so geringen Prozentzahl kommen kann, wenn das Konzept nicht überall eingesetzt wird. Das ist oft in Langzeiteinrichtungen und bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten zu Hause der Fall (ÖBIG, 2004).

Die psychischen Bedürfnisse haben eine große Bedeutung in der Palliative Care. Dies wird auch durch fünf Studien unterstützt, welche sich intensiv mit dieser Thematik beschäftigt haben. In den Studien von (Bone et al., 2016, Seow and Bainbridge, 2018) werden speziell die Belastungsfaktoren der Pflegekräfte aber auch jene der Palliativpatientinnen und Palliativpatienten und deren Angehörige behandelt. Laut Literatur lässt sich daraus schließen, dass durch die starke psychische und physische Belastung speziell Diskussionen über das Lebensende alle Beteiligten entlasten. Dafür ist auch eine konkrete Veränderung der Pflegeplanung notwendig, dies wurde nur in der Studie von (Bone et al., 2016) erwähnt. Die Annahme, dass Kommunikation, ein spezielles Symptommanagement, Bewusstseinsänderung und Teamwork wesentliche Bestandteile sind, um die Belastung der Familien und Pflegekräfte entgegenzuwirken, wird in den Studien von (Seow and Bainbridge, 2018, Yeager et al., 2016, Landers et al., 2018, Kaasalainen et al., 2019) unterstützt. Ergebnisse von (Kaasalainen et al., 2019) heben besonders die speziellen Bedürfnisse der Betroffenen, Angehörigen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter hervor. Es ist wichtig auf diese adäquat eingehen zu können sowie auf einer Ebene zu stehen.

Kommunikation ist ein weiterer wichtiger Punkt in den Studien von (Roulston, 2018, Seow and Bainbridge, 2018, Landers et al., 2018). In diesen Studien werden auch Fort- und Weiterbildungen im Bereich der Kommunikation für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angeboten.

In drei Studien wird die Trauerbegleitung der Angehörigen, sowie das Sterben erwähnt (Hockley et al., 2019, Ahlstrom et al., 2018, Yeager et al., 2016). Im CanSupport Modell von (Yeager et al., 2016) ist die Trauerbegleitung der Angehörigen ein wichtiger Teil. Welche auch nach dem Tod der Angehörigen einige Wochen begleitet werden, dies ist bei den anderen zwei Studien sehr ähnlich. Laut Literatur führt dies zu einer großen Entlastung und trägt zum psychischen Wohlbefinden bei.

Teamwork hat einen Schwerpunkt in den Studien von (Yeager et al., 2016, Seow and Bainbridge, 2018). In beiden Studien wird ein teambasierter Ansatz angestrebt und spezielles Teambuilding mit dem Schwerpunkt Palliativpflege unterstützt die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter laut Angaben in den beiden Studien maßgeblich.

Psychisches Wohlbefinden von allen Beteiligten in der Palliativversorgung hat einen großen Einfluss auf den Krankheitsverlauf der Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse der Studien zeigen, wie wichtig hierbei eine Implementierung von Modellen, Konzepten, Strategien sowie edukativen Maßnahmen ist, um das Pflegepersonal sowie die Angehörigen entlasten zu können.

4.1. Limitationen und Stärken

Limitationen dieses Literaturreviews waren, dass nur Artikel in englischer Sprache, der letzten zehn Jahre miteinbezogen wurden. Die Schlüsselwörter waren auf Abstrakt und im Titel bezogen. Weitere Limitationen waren jegliche Zusatzerkrankungen wie zum Beispiel Krebs oder Demenz.

Stärken dieses Literaturreviews waren, dass besonders auf Artikel mit internationalem Palliativschwerpunkt wertgelegt wurde.

5. Schlussfolgerung

Durch Zusammenfassung aller gefundenen Daten aus den inkludierten Studien konnten fünf wichtige Themenbereiche für eine Verbesserung der Palliativversorgung dargelegt werden. Die fünf Schwerpunkte ergaben sich durch Angaben und Beobachtungen von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten, Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen. Es wurden unterschiedliche Konzepte, Strategien, Modelle, Theorien und edukative Maßnahmen angewendet, um jene Bereiche der Palliativversorgung zu finden, in denen Verbesserungen getätigt werden müssen. Der wichtigste Bereich ist die Bildung. Weiterbildungen und Schulungen des Personals und der Angehörigen mit dem Schwerpunkt aktives Lernen sind ausschlaggebend. Dies ist eine Methode um das Wissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verbessern zu können. Bezüglich dieses Themas gab es unterschiedliche Modelle mit verschiedenen Zyklen der Fortbildungsmaßnahmen. Weitere wichtige Erkenntnisse waren die Themenbereiche Kommunikation und Teamarbeit. Eine wichtige Strategie um Unsicherheiten und Missverständnisse zu umgehen ist, Förderungen in diesem Bereich anzubieten. Des Weiteren sind Konzepte wichtig, in denen Ressourcen gefördert werden. Räumliche, sowie auch personelle Ressourcen sind für eine adäquate Palliativversorgung wesentlich. Aufgrund der interdisziplinären Versorgung sind nicht nur Pflegeinterventionen wesentlich, sondern unter anderem auch Interventionen von Physiotherapeutinnen und -therapeuten, Diätologinnen und Diätologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern. Im Allgemeinen konnte die

Wichtigkeit des Qualitätsmanagements in der Palliativversorgung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festgestellt werden.

5.1. Praxis- und Forschungsempfehlung

Die Ergebnisse haben eine große Relevanz für die Pflegepraxis, darum wäre es wichtig die Erkenntnisse aus anderen Ländern zu implementieren und anzuwenden. Es gibt gute Ergebnisse, in denen die Umsetzung von Palliativ-Pflege-Implementierungen nachhaltig funktioniert. Aus diesem Grund wäre es wichtig, diesen Ansätzen nachzugehen um die Pflegequalität zu verbessern. Diese Erkenntnisse könnten auch für Österreich von Nutzen sein, um dort die Versorgung zu optimieren. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, weitere Forschungen im Bereich der Palliativpflege zu tätigen, da es in diesem Bereich auf allen Ebenen Lücken gibt. Ein Ausbau der Palliativpflege auf die Langzeit- und Hauskrankenpflege wäre sinnvoll, um in diesen Settings qualitativ hochwertige Palliativpflege anzubieten. Viele Studien zeigen wie die Palliativversorgung im Krankenhaussetting implementiert wird, jedoch nur wenige wie dies in der Langzeitpflege umgesetzt wird. Wesentlich hierbei ist eine adäquate Wissensbasis der Pflegepersonen. Darum wäre es wichtig Schulungen und Weiterbildungsprogramme für Pflegepersonen anzubieten, um eine gute Versorgung für Palliativpatienten und Palliativpatientinnen zu bieten. Diese Programme helfen von Beginn an den Betroffenen zu unterstützen und geben den Pflegekräften Sicherheit in der Palliativversorgung.

Literaturverzeichnis

- AHLSTROM, G., NILSEN, P., BENZEIN, E., BEHM, L., WALLERSTEDT, B., PERSSON, M. & SANDGREN, A. 2018. Implementation of knowledge-based palliative care in nursing homes and pre-post post evaluation by cross-over design: a study protocol. *BMC Palliat Care*, 17, 52.
- AUSTRIA, S. 2019. *Statistik Austria* [Online]. Available: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/index.html [Accessed].
- BERGDAHL, E., TERNESTEDT, B. M., BERTERO, C. & ANDERSHED, B. 2019. The theory of a co-creative process in advanced palliative home care nursing encounters: A qualitative deductive approach over time. *Nurs Open*, 6, 175-188.
- BONE, A. E., MORGAN, M., MADDOCKS, M., SLEEMAN, K. E., WRIGHT, J., TAHERZADEH, S., ELLIS-SMITH, C., HIGGINSON, I. J. & EVANS, C. J. 2016. Developing a model of short-term integrated palliative and supportive care for frail older people in community settings: perspectives of older people, carers and other key stakeholders. *Age Ageing*, 45, 863-873.
- BVMED. 2019. *Homecare* [Online]. Available: <https://www.bvmed.de/de/versorgung/homecare> [Accessed 10.12.2019].
- DACHVERBAND-HOSPIZ. 2019. *Geschichte* [Online]. Available: <https://www.hospiz.at/hospiz-palliative-care/internationales/> [Accessed 09.12.2019].
- DGP, D. G. F. P. M. 2018. *WHO Definition of Palliative Care 2002* [Online]. Available: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf [Accessed].
- FROGGATT, K., PAYNE, S., MORBEY, H., EDWARDS, M., FINNE-SOVERI, H., GAMBASSI, G., PASMAN, H. R., SZCZERBINSKA, K. & VAN DEN BLOCK, L. 2017. Palliative Care Development in European Care Homes and Nursing Homes: Application of a Typology of Implementation. *J Am Med Dir Assoc*, 18, 550.e7-550.e14.
- HOCKLEY, J., FROGGATT, K., VAN DEN BLOCK, L., ONWUTEAKA-PHILIPSEN, B., KYLANEN, M., SZCZERBINSKA, K., GAMBASSI, G., PAUTEX, S. & PAYNE, S. A. 2019. A framework for cross-cultural development and implementation of complex interventions to improve palliative care in nursing homes: the PACE steps to success programme. *BMC Health Serv Res*, 19, 745.
- HONG 2018. Mixed Methods Appraisal Tool.
- HOWELL, D., MARSHALL, D., BRAZIL, K., TANIGUCHI, A., HOWARD, M., FOSTER, G., THABANE, L. J. J. O. P. & MANAGEMENT, S. 2011. A shared care model pilot for palliative home care in a rural area: impact on symptoms, distress, and place of death. 42, 60-75.
- KAASALAINEN, S., SUSSMAN, T., MCCLEARY, L., THOMPSON, G., HUNTER, P. V., WICKSON-GRIFFITHS, A., COOK, R., BELLO-HAAS, V. D., VENTURATO, L., PAPAIOANNOU, A., YOU, J. & PARKER, D. 2019. Palliative Care Models in Long-Term Care: A Scoping Review. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 32, 8-26.
- LANDERS, A., DAWSON, D. & DOOLAN-NOBLE, F. 2018. Evaluating a model of delivering specialist palliative care services in rural New Zealand. *J Prim Health Care*, 10, 125-131.
- ÖBIG. 2004. *Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung* [Online]. Available: https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/6/7/CH3967/CMS1103710970340/bericht_abgestufte_hospiz-und_palliativversorgung.pdf [Accessed 05.12.2019].
- POLIT, D. & BECK, C. (2012): *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9th edn., *Lippcott Williams & Wilkins*
- ROBINSON, C. 2009. Rural Palliative Care: a comprehensive Review. *J Palliat Med*
- ROULSTON, E. 2018. Canadians' Views on Palliative Care. *J Palliat Med*, 21, S9-s14.

- SEOW, H. & BAINBRIDGE, D. 2018. The development of specialized palliative care in the community: A qualitative study of the evolution of 15 teams. *Palliat Med*, 32, 1255-1266.
- SOCIALSTYRELSEN 2013. the national knowledge support document for good palliative care at the end of life. *national board of health and welfare*.
- SOZIALMINISTERIUM, Ö. 2018. *Hospiz und Palliativversorgung in Österreich* [Online]. Available: https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem_Qualitaetsicherung/Planung_und_spezielle_Versorgungsbereiche/Hospiz_und_Palliativversorgung_in_Oesterreich [Accessed 05.12.2019].
- VOLLMAR, H. C. 2017. Wie gelangt Wissen in die Versorgung?
- WHO. 2018. *Palliative Care* [Online]. Available: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/en/> [Accessed 05.12.2019].
- YEAGER, A., LAVIGNE, A. W., RAJVANSHI, A., MAHATO, B., MOHAN, R., SHARMA, R. & GROVER, S. 2016. CanSupport: a model for home-based palliative care delivery in India. *Ann Palliat Med*, 5, 166-71.

Anhang

Studie: A framework for cross-cultural development and implementation of complex interventions to improve palliative care in nursing homes: the PACE steps to success programme (Hockley et al., 2019)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?		X		Nur das Ziel der Studie wurde genau beschrieben
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?			X	Da die Forschungsfrage nicht genau veranschaulicht wurde
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?	X			<i>Es ist kurz beschrieben</i>
	2.2. Are the groups comparable at baseline?	X			<i>Die Hälfte der Pflegeheime wurde zufällig ausgewählt</i>
	2.3. Are there complete outcome data?	X			<i>Dies wurde mit Zahlen und Grafiken dargestellt</i>
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?	X			<i>Die Forscher führten nicht selbstständig die Interventionen durch</i>
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?	X			<i>Es haben sich alle Teilnehmer an die Interventionen gehalten</i>
	3.1. Are the participants representative of the target population?				

3. Quantitative nonrandomized	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Developing a model of short-term integrated palliative and supportive care for frail older people in community settings: perspectives of older people, carers and other key stakeholders (Bone et al., 2016)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Die Forschungsfrage wurde in diesem Artikel klar formuliert

	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				

5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	X			<i>Da beide Teile für das Forschungsziel notwendig sind</i>
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	X			
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	X			<i>Es wurde erwähnt, dass unterschiedliche Perspektiven unterschiedlich zu betrachten sind</i>
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?	X			Diese wurden berücksichtigt
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	X			<i>Ja, sie wurden angemessen berücksichtigt</i>

Studie: The development of specialized palliative care in the community: A qualitative study of the evolution of 15 teams (Seow et al., 2018)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			In dieser Studie wurde die Forschungsfrage klar formuliert
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Die gesammelten Daten waren für die Beantwortung der Forschungsfrage ausreichend
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			Da Erfahrungen durch Interviews kodiert wurden
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			Ja das war eine adequate Methode
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			<i>Dies wurde genau erklärt</i>
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			<i>Durch wörtliche Zitate wurde dies gezeigt</i>
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			<i>Dies ist in der Diskussion ersichtlich</i>

2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: CanSupport: a model for home-based palliative care delivery in India (Yeager et al., 2016)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Sie ist klar definiert
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Die gesammelten Daten ermöglichen die Beantwortung der Forschungsfrage
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				

4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?	X			<i>Da es speziell die Palliativversorgung in Pflegeheimen betrifft.</i>
	4.2. Is the sample representative of the target population?	X			<i>Ja dies ist repräsentativ.</i>
	4.3. Are the measurements appropriate?	X			<i>Mittels einem speziell ausgearbeiteten Fragebogen.</i>
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?			X	<i>Dies ist nicht genau angegeben/ersichtlich.</i>
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?	X			<i>Die Forschungsfrage kann durch die statistische Analyse beantwortet werden.</i>
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Evaluating a model of delivering specialist palliative care services in rural New Zealand (Landers et al., 2018)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Ja und sie wurde mit dem Ziel verdeutlicht.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Dies ist auch schriftlich erwähnt worden.
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					

1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	X			<i>Da auf bereits bestehende Literatur und Neue zugegriffen wurde. Des Weiteren waren beide Teile zur Beantwortung der Forschungsfrage notwendig.</i>

5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	X			<i>Dadurch konnte sie beantwortet werden.</i>
5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	X			<i>Diese wurden durch das Design angemessen interpretiert.</i>
5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			X	Es gab keine Widersprüche.
5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	X			

Studie: Implementation of knowledge-based palliative care in nursing homes and pre-post post evaluation by cross-over design: a study protocol (Ahlström et al., 2018)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Forschungsfrage und Forschungsziel waren in der Studie beschrieben.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Ja es wurde eine adequate Datensammlung durchgeführt.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				

	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?		X		<i>Es ist nicht erklärt worden, es ist lediglich "für Beantwortung der Forschungsfrage" geschrieben worden</i>
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	X			<i>Ja diese wurden alle erklärt</i>
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	X			<i>Diese wurden genau interpretiert</i>
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?	X			<i>Es wurde auf bisherige und neue Erkenntnisse eingegangen.</i>
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	X			<i>Diese stimmen überein.</i>

Studie: Palliative Care Development in European Care Homes and Nursing Homes: Application of a Typology of Implementation (Froggatt et al., 2017)	
Methodological quality criteria	Responses

Category of study designs		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Ja diese ist mit eigenem Unterpunkt klar definiert
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Die Datensammlung ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				

	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?	X			<i>Da sie die Befragung mit statistischen Daten aufwerteten</i>
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	X			<i>Diese wurden adäquat integriert</i>
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	X			<i>Die Komponenten wurden gut interpretiert</i>
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?	X			Da die Befragung subjektiv ist
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	X			<i>Ja, diese entsprechen den Kriterien</i>

Studie: Palliative Care Models in Long-Term Care: A Scoping Review (Sharon Kaasalainen et al., 2019)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Ja, die Forschungsfrage wurde klar definiert.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Die Datensammlung ermöglichte eine Beantwortung der Forschungsfrage. Es ist eine angemessene Anzahl an Reviews verwendet worden.
<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>					
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				

	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				

5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				
---	--	--	--	--

Studie: The theory of a co-creative process in advanced palliative home care nursing encounters: A qualitative deductive approach over time (Elisabeth Bergdahl et al., 2019)					
Category of study designs	Methodological quality criteria	Responses			
		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Diese wurde klar in der Studie definiert
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Die Datensammlung war für die Beantwortung der Forschungsfrage adäquat.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?	X			Da Interviews und Fragebögen verwendet wurden
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			Es wurde die richtige Datensammlungsmethode zur Beantwortung der Forschungsfrage verwendet.
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			<i>Diese sind angemessen von den Beobachtungen und Interviews abgeleitet.</i>
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			<i>Ja durch die Theorie des 'co-creative' Prozesses.</i>
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?	X			
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				

	2.5 Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				
	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?				
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?				
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?				
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?				
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?				

Studie: Canadians' Views on Palliative Care (Roulston, E. 2018)	
Methodological quality criteria	Responses

Category of study designs		Yes	No	Can't tell	Comments
Screening questions (for all types)	S1. Are there clear research questions?	X			Ja wurde klar in der Studie erwähnt.
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?	X			Die Datensammlung ermöglicht die Beantwortung der Forschungsfrage.
	<i>Further appraisal may not be feasible or appropriate when the answer is 'No' or 'Can't tell' to one or both screening questions.</i>				
1. Qualitative	1.1. Is the qualitative approach appropriate to answer the research question?				
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?				
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?				
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?				
	1.5. Is there coherence between qualitative data sources, collection, analysis and interpretation?				
2. Quantitative randomized controlled trials	2.1. Is randomization appropriately performed?				
	2.2. Are the groups comparable at baseline?				
	2.3. Are there complete outcome data?				
	2.4. Are outcome assessors blinded to the intervention provided?				
	2.5. Did the participants adhere to the assigned intervention?				
3. Quantitative nonrandomized	3.1. Are the participants representative of the target population?				
	3.2. Are measurements appropriate regarding both the outcome and intervention (or exposure)?				
	3.3. Are there complete outcome data?				
	3.4. Are the confounders accounted for in the design and analysis?				
	3.5. During the study period, is the intervention administered (or exposure occurred) as intended?				
4. Quantitative descriptive	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the research question?				
	4.2. Is the sample representative of the target population?				
	4.3. Are the measurements appropriate?				

	4.4. Is the risk of nonresponse bias low?				
	4.5. Is the statistical analysis appropriate to answer the research question?				
5. Mixed methods	5.1. Is there an adequate rationale for using a mixed methods design to address the research question?		X		<i>Es wurde nur kurz erwähnt, jedoch nicht ausführlich begründet.</i>
	5.2. Are the different components of the study effectively integrated to answer the research question?	X			<i>Die öffentliche Meinung, sowie Onlinefragebögen.</i>
	5.3. Are the outputs of the integration of qualitative and quantitative components adequately interpreted?	X			<i>Die Ergebnisse wurden angemessen interpretiert.</i>
	5.4. Are divergences and inconsistencies between quantitative and qualitative results adequately addressed?			X	<i>Diese wurden in der Studie nicht genauer erwähnt.</i>
	5.5. Do the different components of the study adhere to the quality criteria of each tradition of the methods involved?	X			<i>Es waren entsprechende Komponenten vorhanden.</i>