

Bachelorarbeit

Ethische Aspekte der Palliativpflege

Eingereicht von
Elisabeth Maria Kletz

**Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)**

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
Gerhilde Schüttengruber, BSc. MSc.

Graz, 25. März 2020

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz 25. März 2020

Elisabeth Maria Kletz, eh.

Inhalt

Inhalt	ii
Abbildungsverzeichnis	iii
Tabellenverzeichnis.....	iii
Zusammenfassung.....	iv
Abstract	v
1. Einleitung.....	6
1.1 Ethik und Moral	6
1.2 Moralischer Distress.....	7
1.3 Palliativpflege	8
1.4 Palliative Sedierung.....	10
1.5 Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid	11
1.6 Ethische Grundsätze der Medizin	11
1.7 Pflegerelevanz.....	12
1.8 Fragestellung und Forschungsziel.....	13
2. Methode.....	14
2.1 Literaturrecherche	14
2.2 Suchergebnisse.....	15
2.3 Kritische Bewertung der Studien	15
3. Ergebnisse	17
3.1 Blickwinkel der Pflege.....	21
3.2 Schmerzlinderung	23
3.3 Palliative Sedierung.....	23
3.4 Beziehungen.....	24
3.5 Ressourcen	26
3.6 Entscheidungen über das Ende des Lebens.....	26
3.7 Hierarchie.....	28
4. Diskussion	30
4.1 Implikationen für die Forschung.....	33
4.2 Implikationen für die Praxis.....	33
4.3 Limitationen	33
5. Schlussfolgerung.....	34
6. Literaturverzeichnis.....	36
7. Anhang.....	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Der Behandlungsansatz im Palliative Care erfolgt immer multimodal durch ein multiprofessionelles Team (Bergen P., 2019, S. 335).....	9
Abbildung 2: Flowchart	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken Pubmed und CINAHL.....	14
Tabelle 2: Charakteristika der Studien.....	18

Zusammenfassung

Hintergrund: In Österreich sterben jedes Jahr ca. 80.000 Menschen. Die Palliativversorgung vertritt das Konzept der ganzheitlichen Betreuung. In dieser Phase treten viele Fragen auf, welche auch die Auseinandersetzung mit ethischen Aspekten beinhalten.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, welche ethischen Aspekte der Palliativpflege in der Literatur beschrieben werden.

Methode: Dieses Literaturreview veranschaulicht die Bereiche, mit den wesentlichsten ethischen Aspekten der Palliativpflege. PubMed und CINAHL wurden als Datenbanken verwendet und in Google Scholar und Referenzlisten wurde die Handsuche durchgeführt. Anschließend wurden die ausgewählten Studien mit dem Bewertungsbogen von Hong et al. (version 2018) bewertet. Dabei wurden für diese Arbeit sieben Studien inkludiert.

Ergebnisse: Für Angehörige der Pflege bringt die palliative Versorgung viele Herausforderungen mit sich. Durch die Individualität jedes Patienten und jeder Patientin treten unterschiedliche ethische Aspekte auf, die aufgrund beeinflussender Faktoren zu moralischem Distress führen können. Folgende Kategorien konnten identifiziert werden: Blickwinkel der Pflege, Schmerzlinderung, palliative Sedierung, Beziehungen, Ressourcen, Entscheidungen über das Ende des Lebens und Hierarchie.

Schlussfolgerung: Die Palliativpflege beinhaltet ein umfassendes Aufgabengebiet und ethische Herausforderungen. Besonders sollte ein Grundwissen zu Ethik in der Ausbildung geschaffen werden. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden und diese bewältigen zu können, sollte zukünftig der Fokus auf Fort- und Weiterbildungen gelegt werden.

Abstract

Background: Every year 80,000 people die in Austria. Palliative care represents the concept of holistic care. Many questions arise in this phase and includes the discussion of ethical aspects.

Aim: The aim of this study was to identify which ethical aspects of palliative care are described in the literature.

Methods: PubMed and CINAHL were used as databases and hand searches were carried out in Google Scholar and reference lists in October and November 2019 searching for the terms 'palliative*' AND 'ethic*'. Seven studies were included.

Results: The initial search identified 303 papers and 7 of them were considered eligible. Palliative care poses many challenges for nursing relatives. The following categories could be identified: Perspective of care, pain relief, palliative sedation, relationships, resources, decisions about the end of life, hierarchy.

Conclusion: Palliative care involves a wide range of tasks and ethical challenges. In particular, a basic knowledge of ethics in education should be created. In order to meet and overcome these challenges, the focus in future should be on further education and training.

1. Einleitung

„Das ist ethisch nicht vertretbar, wo bleibt da die Moral?“ Diese Aussagen werden im Alltag immer wieder verwendet, jedoch was wird damit konkret gemeint? Auch im pflegerischen Alltag stellen sich Pflegepersonen immer wieder die Frage: Ist das richtig was ich mache, was soll ich tun?“ Diese Herausforderungen erleben Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen auch in der Palliativpflege, jedoch mit dem relevanten Unterschied, dass es hier um das Ende des Lebens geht (H. Kohlen, 2019).

1.1 Ethik und Moral

Ethik und Moral sind deutlich voneinander zu unterscheiden. *„Ethik ist die selbstreflexive Theorie der Moral, d.h. die Reflexion, welche die Prinzipien und Normen des menschlichen Handelns, anhand der Beurteilungsalternativen von Gut und Böse bzw. Gut und Schlecht auf seine Sittlichkeit hin, überprüft“*. Körtner (2004) beschreibt in seinem Buch „Grundkurs Pflegeethik“, dass sich der Mensch frei entscheiden will, aber sich trotzdem an einen Orientierungsrahmen hält. Dieser wird von Normen und Werten einer Gesellschaft gebildet (Körtner, 2004).

Werte werden von der jeweiligen Kultur geprägt, wie zum Beispiel die Gestaltung einer Heiratszeremonie. Normen sind hingegen weltweit gültig, wie etwa die Pflicht Grausamkeiten gegenüber Mitmenschen zu unterlassen (N. Brieskorn, 2000).

Moral bezeichnet die Verhaltensnormen der gesamten Gesellschaft oder einer Gruppe, die aufgrund von Traditionen akzeptiert und stabilisiert werden. Kurz gesagt, lässt sich dies mit der Frage: „Wie soll ich leben?“ einfach erklären (Körtner, 2004).

Ethik wird in vier Grunddimensionen geteilt. Die Individualethik befasst sich mit dem Verhalten des Subjekts mit sich selbst, z. B. „Weshalb möchte ich Gesundheits- und Krankenpflegerin werden?“ Das Verhalten vom Subjekt zum einzelnen anderen wird in der Personalethik behandelt, z. B. Soll ich zum vierten Mal dem Glockenruf nachgehen, obwohl bei den vorigen drei Malen nur Nichtigkeiten zu erledigen waren? Die Sozialethik meint das Zusammenwirken des Subjekts mit mehreren anderen und meint zum Beispiel das Diskutieren über unterschiedliche Pflegekonzepte. Die Umweltethik wird dem Verhalten des Einzelnen gegenüber der außermenschlichen Natur zugeschrieben. Darunter versteht Körtner (2004), wenn es um Tierversuche geht. Kann der Mensch es ethisch vertreten, Mäuse mit Hilfe der Gentechnik, Krebs zu injizieren? (Körtner, 2004)

Im Laufe der Jahre entwickelten sich nicht nur die oben angeführten Grunddimensionen der Ethik, sondern auch zuordbare Bereichsethiken. Wirtschaftsethik, Wissenschaftsethik, Technikethik u.v.m. wurden aufgrund der Komplexität, der sich immer verändernden Gesellschaft, begründet. Die für die Arbeit wohl wichtigste Bereichsethik, ist die Pflegeethik. Diese steht in starker Verbindung mit der Medizinethik, da sich pflegeethische Fragen stark mit medizinethischen überschneiden. Aufgrund dieser gegenseitigen Überschneidung spricht Körtner (2004) von einer Ethik des Gesundheitswesens bzw. Gesundheitsethik. Die Gesundheitsethik umfasst weitreichende Fragestellungen, neben Therapie, Pflege und Fürsorge beinhaltet sie auch den Bereich der Vorsorge. Sie gehört somit nicht nur der Individual- und Personalethik an, sondern kann der Sozialethik zugeordnet werden. Fragen der Gesundheitsethik können, aufgrund ihrer Komplexität, nur in Zusammenarbeit mit interdisziplinären und multiprofessionellen Teams beantwortet werden (Körtner, 2004).

Im pflegerischen Alltag stoßen Pflegepersonen oft an persönliche Grenzen. Fragen, ob die Therapie noch zur Verbesserung der Lebensqualität beiträgt oder eher das Leiden verlängert oder was soll ich tun, wenn demenzerkrankte Bewohner die Nahrungsaufnahme verweigern, kreisen in vielen Köpfen. Nun stellt man sich die Frage was man tun soll. Die Pflegeethik reflektiert pflegerisches Handeln und ermöglicht auch eine Lösung für ethische Probleme. Pflegekräfte erfahren in diesen Situationen ein Gefühl von Unwohlsein, Machtlosigkeit und Ohnmacht. In der Fachterminologie spricht man vom moralischen Distress, welchen sie erleben (H. Kohlen, 2019).

1.2 Moralischer Distress

Moralischer Distress wird in drei unterschiedliche Punkte unterteilt. Erstens moralische Unsicherheit, dies beschreibt das Gefühl, wenn die ethischen Prinzipien, welche für das vorherrschende Problem zutreffen, nicht erkennbar sind. Das moralische Dilemma wird dadurch charakterisiert, wenn zwei ethische Prinzipien erkennbar sind, jedoch sich diese nicht miteinander vereinbaren lassen. Moralischer Distress entsteht dann, wenn jemand weiß was zu tun ist, jedoch hindern externe und interne Faktoren, danach zu handeln. Auch personale Hürden, wie Durchsetzungsvermögen, Sozialisierung, Zweifel und mangelhaftes Verständnis die Situation zu deuten, führen zu moralischen Distress. Institutionelle Hürden,

wie etwa Personalmangel, hierarchisches System und Mangel an Kollegialität beeinflussen die Entstehung moralischen Stresses. Diese Herausforderungen haben täglich Einfluss auf den Alltag der Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (Weber, 2016).

Die Pflegeethik hilft, durch ihre charakteristische Eigenschaft des Reflektierens, bei der Entscheidungsfindung. Sie spielt besonders in der Palliativpflege eine wichtige Rolle.

1.3 Palliativpflege

Die Palliativpflege nach der WHO (World Health Organization) definiert:

Palliative Care ist ein Ansatz, der die Lebensqualität der PatientInnen und deren Familienangehörigen welche mit Problemen aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, verbessern soll. Durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, Behandlung von Schmerzen sowie anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Bedürfnissen soll dieses Ziel erreicht werden. (WHO, 2018)

Palliativmedizin:

- *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. (WHO, 2018)

Der interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlungsansatz der Palliativpflege lässt viele Meinungen aufeinanderstoßen. Medizinische Fachkräfte unterschiedlicher Berufsgruppen nehmen Situationen verschieden wahr und sehen die für sie wichtigen Aspekte. Die Ethik hilft bei diesen Entscheidungsprozessen, um den Bewohnern und Bewohnerinnen, Klienten und Klientinnen und Patienten und Patientinnen bestmögliche Behandlungsoptionen zu schaffen (Weber, 2016).

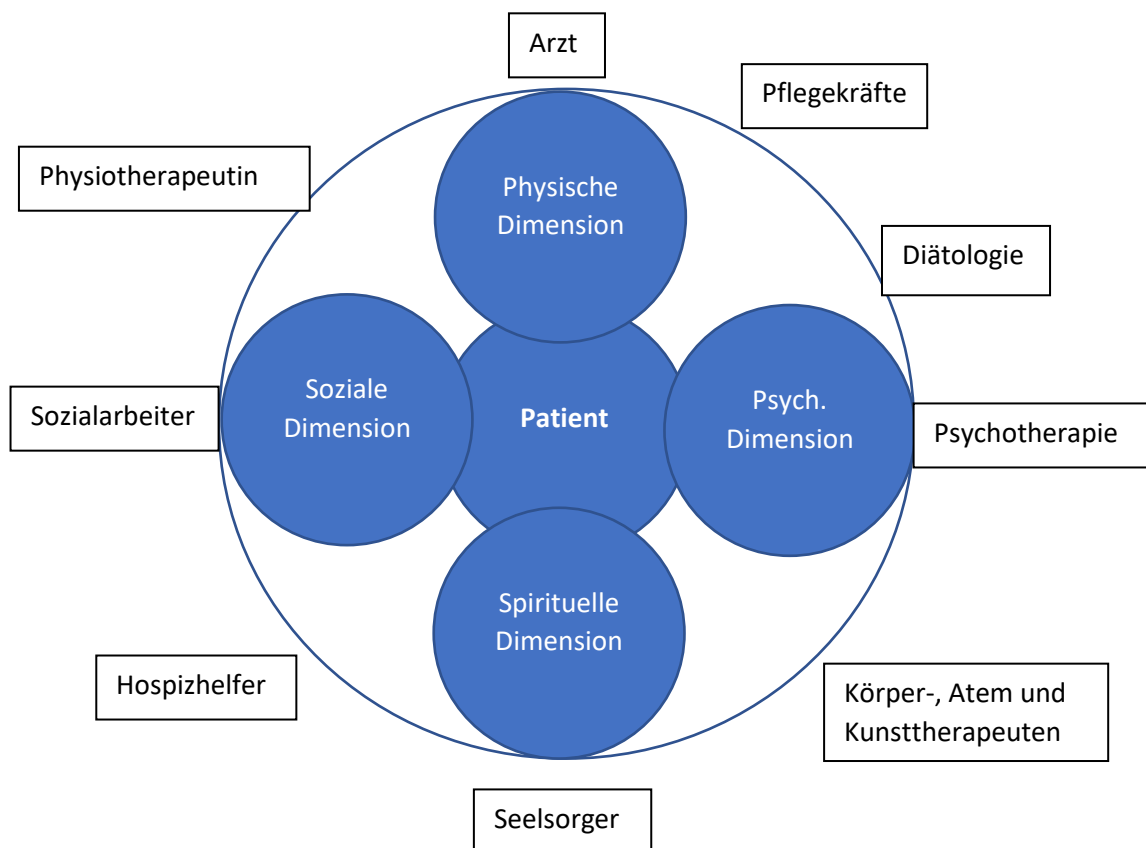


Abbildung 1: Der Behandlungsansatz im Palliative Care erfolgt immer multimodal durch ein multiprofessionelles Team (Bergen P., 2019, S. 335)

1.4 Palliative Sedierung

D. Weixler et al. (2016) definieren die palliative Sedierung als überwachten Einsatz von Medikamenten, die das Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage verfolgen. Es wird die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für Patienten und Patientinnen, Angehörige und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ethisch akzeptablen Weise reduziert. Im Gegensatz zu Tötung auf Verlangen oder ärztlich assistierten Suizid, wird die palliative Sedierung als ethisch akzeptable Alternative gesehen. Bewirkt der gewählte Grad der Sedierung, dass das Leid für die Patienten und Patientinnen erträglich wird, so spricht man von Proportionalität. Wird die Regel der Proportionalität missachtet, verwischt die Möglichkeit zur Abgrenzung zu Tötungshandlungen.

Die palliative Sedierungstherapie (PST) wird in leicht, mild und tief, weiters in zwischenzeitlich oder intermittierender und kontinuierlich eingeteilt. Eine weitere Form der PST ist die kontinuierliche tiefe palliative Sedierungstherapie (KTPS).

Leichte Sedierung oder milde Sedierung ermöglicht einen Bewusstseinszustand, in dem Patienten und Patientinnen verbal kommunizieren können.

Bei der tiefen Sedierung erfährt der Sedierte bzw. die Sedierte einen Zustand, der die verbale Kommunikation nicht ermöglicht.

Der Zustand einer zwischenzeitlichen oder intermittierenden Sedierung wird für einen zeitlich begrenzten Raum aufrechterhalten, ist dieser vorbei wird die Sedierung reduziert und ermöglicht aufzuwachen. Verbessert sich der Zustand der Patienten und Patientinnen nach diesem Zeitraum so wird auf weitere Sedierungen verzichtet. Diese wird nur bei einem gleichbleibenden oder verschlechterten Zustand fortgesetzt.

Die kontinuierliche Sedierung charakterisiert sich aufgrund ihrer unbestimmten und ununterbrochenen Verabreichung.

Unter der kontinuierlichen palliativen Sedierungstherapie wird eine anhaltende tiefe Sedierung bis zum Eintreten des Todes verstanden. Diese kommt bei therapierefraktärem, unerträglichem Leiden zum Einsatz.

Der Begriff terminale Sedierung wird als veraltet angesehen, da die Formulierung missverständlich ist. Die Fehlinterpretation, dass die Verkürzung des Lebens als Ziel gesetzt wird, führte zur Ablehnung dieser Bezeichnung (D. Weixler et al., 2016).

1.5 Euthanasie und ärztlich assistierter Suizid

Euthanasie bedeutet, dass ein Arzt (oder eine andere Person) einer Person Medikamente verabreicht, womit die Person auf ihren freiwilligen und sachkundigen Wunsch hin getötet wird.

Die technische Beschreibung der Handlung wird auch mit dem Ausdruck „Tötung auf Verlangen“ bezeichnet. Die Handlung erfolgt durch eine Injektion eines Barbiturates, damit die Person in einen komatösen Zustand fällt. Anschließend wird ein Muskelrelaxans injiziert, welches das Aussetzen der Atmung auslöst und dadurch die Person stirbt.

Der ärztlich assistierte Suizid wird dadurch definiert, dass ein Arzt vorsätzlich einer Person, auf deren freiwilligen und sachkundigen Wunsch hin zu sterben, Medikamente für die Selbstverabreichung bereitstellt.

In folgenden Ländern sind Euthanasie und der ärztlich assistierte Suizid legal: Vereinigte Staaten (Oregon, Washington, Vermont, Montana, Kalifornien, New Mexico, New Jersey), Schweiz, Niederlande, Belgien und Luxemburg (Radbruch et al., 2016).

1.6 Ethische Grundsätze der Medizin

Die Grundsätze des Gesundheitswesens wurden bereits in der Menschenrechtskonvention verankert. Das Prinzip der Autonomie beschreibt die Anerkennung, dass eine Person das legitime Recht und die Fähigkeit besitzt, eine freie Wahl zu treffen. Weiters wird es durch die ohne unangemessenen Druck und Zwang erzeugte Einwilligung definiert. Auch der Erhalt geeigneter Information und die Möglichkeit die bereits gegebene Einwilligung zu ändern, ist Teil des Prinzips. Dieser Grundsatz des Wiederrufs ist im Artikel 5 des Übereinkommens der Menschenrechte und Biomedizin niedergelegt.

Das Benefizienz und Nicht-Schadensprinzip besagen die doppelte Verpflichtung des ärztlichen Personals. Der größtmögliche Nutzen soll angestrebt werden und zugleich potenzielle Schäden anhand medizinischer Interventionen möglichst begrenzen. Die Patienten und Patientinnen müssen eine verhältnismäßige und an die Situation angepasste Behandlung erfahren.

Das Prinzip der Gerechtigkeit besagt, dass Menschen das Recht auf gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung in adäquater Qualität haben. Dies ist im Artikel 3 des Übereinkommens über Menschenrechte und Biomedizin verankert. Um dieses Prinzip zu leben, sollten vorhandene Ressourcen so gerecht wie möglich verteilt werden und Gleichheit in keiner Verbindung mit Diskriminierung stehen. So wurde auch die Palliativversorgung fester Bestandteil der Krankenversorgung (Weber, 2016).

1.7 Pflegerelevanz

Die Palliativpflege bedeutet keine gewöhnliche medizinische Versorgung, sie sieht die Patienten und Patientinnen in ihrer Ganzheitlichkeit. Somit gilt es für Pflegepersonen nicht nur physische, sondern auch psychische Bedürfnisse zu stillen. In der palliativen Betreuung begegnen den Patienten und Patientinnen eine Vielzahl an Emotionen, Themen und Gedanken, welche vielleicht bereits der Vergangenheit angehörten. Auch das Pflegepersonal wird mit Situationen konfrontiert und damit verbundene Fragen. In vielen Bereichen der Palliativpflege kommen ethische Dilemmata auf, sei es die unwirksame Therapie der Schmerzen, der Tod selbst oder auch der Mangel an Ressourcen. Diese und eine Vielzahl an zusätzlichen Bereichen werden von ethischen Aspekten begleitet (Maffoni et al., 2019). Eine Fortsetzung der Therapie oder auch der Abbruch, kann bei bestimmten Fällen nur anhand eines ethischen Bezugs getroffen werden. Palliativpflege trifft Menschen in schwierigen Lebenslagen und will deren Lebensqualität verbessern und auch Zugehörige unterstützen (Körtner, 2004).

Besonders der interdisziplinäre und multiprofessionelle Ansatz ermöglicht Menschen mit tödlichen Prognosen Symptome zu lindern, die Lebensqualität zu steigern und vor allem ein würdevolles Ende (Weber, 2016).

Beeinflussende Faktoren für die Entstehung von moralischen Distress werden nicht immer erkannt. Aus diesem Grund muss eine Wissenserweiterung und Sensibilisierung in diesem Bereich geschaffen werden und zukünftig dafür geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln und auch anzuwenden (Weber, 2016).

1.8 Fragestellung und Forschungsziel

Die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit lautet:

„Welche ethischen Aspekte der Palliativpflege werden in der Literatur beschrieben?“

Das Forschungsziel ist es herauszufinden, welche ethischen Aspekte der Palliativpflege in der Literatur angeführt werden. Diese Aspekte sollen als Basis für weiterführende Forschung dienen. Hauptziel dieser Arbeit ist eine Wissenserweiterung und Sensibilisierung für Ethik im Bereich Palliativpflege zu erreichen.

2. Methode

Als Design zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde ein Literaturreview durchgeführt. Dies definiert Polit&Beck (2017) als eine kritische Zusammenfassung des aktuellen Forschungsstandes zu einem bestimmten Forschungsproblem.

2.1 Literaturrecherche

Die Literaturrecherche begann im Oktober 2019 und erfolgte bis November 2019. Gesucht wurde in den Datenbanken Pubmed (Public Medical Literature OnLine) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature). Ergänzend wurden Studien per Handsuche in Google Scholar und von Referenzlisten durchsucht. Die Datensuche erfolgte ausschließlich in englischer Sprache. Die verwendeten Keywords (Tabelle 1) wurden mit den Bool'eschen Operatoren „AND“ und „OR“ miteinander verknüpft. Um die Recherche zu erweitern, wurden auch Trunkierungen „*“ verwendet. Die Suche in den beiden Datenbanken zeigte ähnliche Ergebnisse. Aufgrund der geringen Literatur wurde auf das Jahr der Publikationen nicht geachtet, jedoch auf die Sprache Deutsch und Englisch. In beiden Datenbanken Pubmed und CINAHL wurden keine weiteren Einschränkungen durchgeführt.

In Google Scholar wurde mit den Keywords „palliative care“ AND „ethical aspects“ recherchiert. Dies ergab 187 000 Treffer, wobei die ersten vier Seiten durchsucht wurden.

Tabelle 1: Suchanfragen in den Datenbanken Pubmed und CINAHL

Pubmed	(palliative*[Title/Abstract]) AND ethic*[Title/Abstract]
CINAHL	AB "end of life care" OR "palliative care" AND AB ethic*

2.2 Suchergebnisse

Mit der oben beschriebenen Suchstrategie wurden in der Datenbank PubMed 413 Studien und in CINAHL 527 Studien gefunden, wobei nur deutsche und englische Studien beachtet wurden. Als nächster Schritt wurde ein Titel- beziehungsweise Abstractscreening der Resultate durchgeführt. Ein großer Teil der Studien schied bereits nach diesem Screening aus, da der Hauptfokus im Abstract, nicht auf ethischen Aspekten der Palliativpflege lag. Anschließend wurden die übriggebliebenen Studien anhand eines Volltextscreenings näher begutachtet. Nach dieser Form der Analyse ergaben sich 27 Studien, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage miteinbezogen wurden. Währenddessen die Handsuche in Google Scholar keine Treffer ergab und somit keine Studien inkludiert wurden.

2.3 Kritische Bewertung der Studien

Die Bewertung der ausgewählten Studien erfolgte anhand des Bewertungsinstruments Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT). Das MMAT wurde erstmals im Jahre 2006 veröffentlicht, daraufhin wurde es 2011 überarbeitet und 2018 auf die neueste Version aktualisiert. Es dient zur qualitativen Beurteilung empirischer Studien, speziell von systematischen Mixed Study Reviews. Diese wurden in fünf Kategorien unterteilt: qualitative Studien, randomisierte kontrollierte Studien, nicht randomisierte Studien, quantitativ deskriptive Studien und „*mixed-method*“ Studien. Allgemein gültig sind für jedes Studiendesign zwei Fragen, weiters müssen pro Studiendesign noch weitere Fragen zur kritischen Beurteilung der Qualität des Designs beantwortet werden. Das Bewertungsinstrument beinhaltet eine Erläuterung zu den gestellten Fragen.

Die Bewertung der Studien anhand des MMAT befindet sich im Anhang.

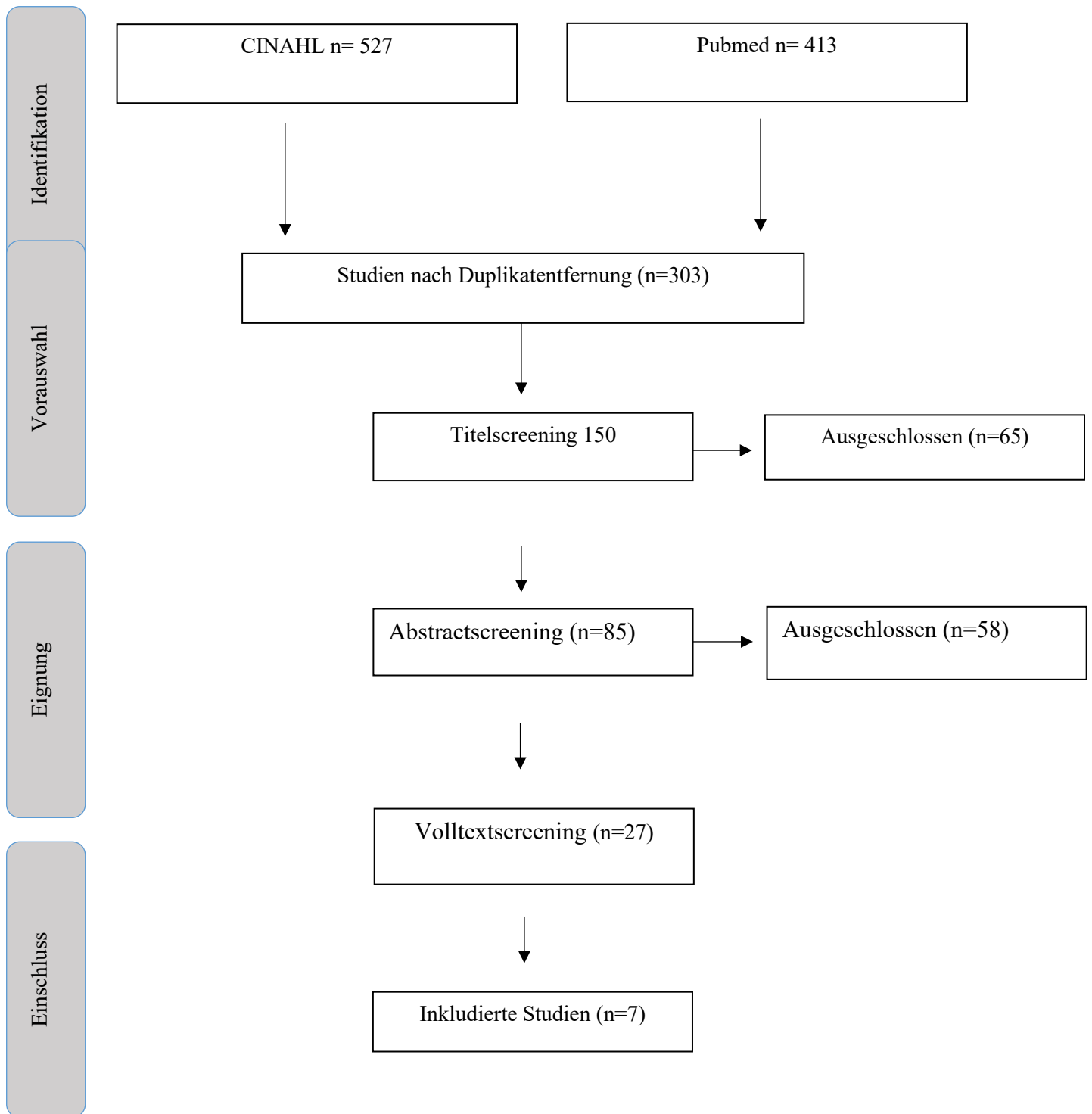


Abbildung 2: Flowchart

3. Ergebnisse

Anhand der im Methodenteil beschriebenen Suchstrategie, ergab die Recherche 7 adäquate Studien. Diese wurden in den Ländern Amerika, Amsterdam, Italien, Finnland und Vereinigtes Königreich durchgeführt. Bei diesen Studien wurde sowohl ein qualitatives als auch ein quantitatives Design verwendet.

Tabelle 2: Charakteristika der Studien

Autor/Jahr/Land	Titel	Ziel	Methode	Ergebnisse
De Panfilis et al., 2019 Italien	<i>"I go into crisis when ...": ethics of care and moral dilemmas in palliative care</i>	Ziel dieser Studie war es herauszufinden, ob Pflegepersonen von Ethik beim Verstehen von ethischen Fragen der Palliativpflege beeinflusst werden	Design: Qualitative Studie n= 16	Moral ist das Wissen um die Beziehung zu Patienten. Moral ist das Erkennen von moralischen Prinzipien. Moralische Dimension und Kommunikation. Moralische Dilemmata sind individuelle Konflikte.
Georges and Grypdonck, 2002 Amsterdam	<i>Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review</i>	Wie Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen auf Palliativstationen von ethischen Problemen betroffen sind und die Art der moralischen Probleme zu beschreiben, denen sie begegnen.	Design: Literaturübersicht n= 28	Ergebnisse wurden in folgende Kategorien eingeteilt: moralische Einstellung der Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, Bedrohung der moralischen Integrität, moralische Probleme, emotionale Konsequenzen moralischer Probleme
Hemberg and Bergdahl, 2019 Finnland	<i>Dealing with ethical and existential issues at end of life through co-creation</i>	Ziel war es, Erfahrungen von Pflegepersonen mit ethischen und existenziellen Problemen durch Mitgestaltung am Ende des Lebens in der häuslichen palliativen Pflege zu untersuchen	Design: Qualitative Studie n= 12	Als Resultat ergab sich ein Hauptthema und vier Unterthemen. Das Hauptthema lautete: Es bedarf an tiefen zusammenarbeitenden Beziehungen, um ethische und existenzielle Probleme am Ende des Lebens zu bewältigen. Es wurde ein Modell erstellt, um die Ergebnisse und die

				Notwendigkeit einer vertrauensvollen Beziehung bei ethischen Problemen und Situationen veranschaulichen.
Muldrew Nee Preshaw et al., 2018 Vereinigtes Königreich	<i>Ethical issues experienced during palliative care provision in nursing homes.</i>	Ziel war es die ethischen Aspekte in Zusammenhang mit Palliativpflege in Pflegeheimen im UK zu erforschen.	Design: Qualitative und quantitative Studie n= 221	Es ergaben sich aus den Interviews drei Hauptthemen, ethische Probleme, Beziehungsprobleme und organisatorische Probleme.
Maffoni et al., 2019 Nicht ersichtlich	<i>Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review</i>	Das Ziel dieser Studie war es, Studien zu untersuchen, welche sich mit der moralischen Belastung von Gesundheitsberufen in der Palliativpflege beschäftigen.	Design: Literaturübersicht n= 10	Die Ergebnisse wurden in vier Kategorien eingeteilt: <ul style="list-style-type: none"> - Persönliche Faktoren - Patienten und Pflegepersonal - Kollegen und Vorgesetzte - Umwelt und Organisation
Stievano et al., 2019 Italien	<i>Nursing's professional dignity in palliative care: Exploration of an Italian context</i>	Ziel war es, die Relevanz der beruflichen Würde von Pflegepersonen in der Palliativpflege zu untersuchen.	Design: Qualitative Studie n= 69	<ul style="list-style-type: none"> - Würde der Personen selbst - Berufliche Beziehungen und Teamarbeit - Pflegeprofessionalität - Ethische Dilemmata - Beziehungen zu Patienten und den Angehörigen

<p>Wiegand et al., 2015 Amerika</p>	<p><i>Palliative and End-of-Life Ethical Dilemmas in the Intensive Care Unit</i></p>	<p>Ziel war es, allgemeine ethische Herausforderungen anhand von Fallstudien zu untersuchen und gemeinsam Ansätze mit Intensivpfleger und Intensivpflegerinnen in Zusammenarbeit mit einem interdisziplinären Team zu diskutieren, um diese Herausforderungen zu meistern.</p>	<p>Design: Qualitative Studie n= 6</p>	<p>Wunsch der Patienten steht an erster Stelle und muss bekannt sein. Kommunikation muss deutlich, offen und ehrlich sein. Interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtert die Entscheidungsfindung.</p>
--	--	--	---	---

Die Ergebnisse der Studien veranschaulichen deutliche Gemeinsamkeiten und konnten dadurch in folgenden Kategorien eingeteilt werden: Blickwinkel der Pflege, Schmerzlinderung, palliative Sedierung, Beziehungen, Ressourcen, Entscheidungen über das Ende des Lebens und Hierarchie.

3.1 Blickwinkel der Pflege

Georges and Grypdonck (2002) befassen sich damit, inwieweit Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in der Palliativpflege von ethischen Themen betroffen sind. Der Hintergrund dieses Artikels beruhte darauf, dass bereits vorhandene Literatur sich selten explizit mit Pflegepersonal und deren moralischen Problemen beschäftigt. Anhand einer Literaturübersicht inkludierten die Forscher jene Literatur, diese sich mit moralischer Erfahrung und Problemen im Bereich der Palliativpflege befasst. Vorerst wurden in dem Artikel vier Hauptbereiche definiert und anschließend wurden diese in weitere Unterthemen gegliedert. Einer der vier Hauptbereiche, moralisches Verhalten von Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, veranschaulicht die Erkenntnisse bezüglich der moralischen Einstellungen und Prozesse von Pflegepersonen (Georges and Grypdonck, 2002).

Dieser gliedert sich als erstes in den Unterschied des Ansatzes des Pflegepersonals und ärztlichen Personal bei moralischen Problemen. Georges and Grypdonck (2002) beschreibt, dass Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen versuchen, moralische Probleme aus der Sicht der Patienten bzw. der Familie zu sehen. Zum Beispiel bei der Entscheidung des Sterbeortes. Es wurde jedoch beobachtet, dass Ärzte und Ärztinnen sich bei Entscheidungen an medizinischen und wissenschaftlichen Aspekten orientieren. Der zweite Unterpunkt beschreibt, dass das moralische Verhalten des Pflegepersonals sich an deren Engagement für Patienten, Erfahrungen und emotionaler Reaktionen orientiert. Anhand des Beispiels, dass Pflegepersonen danach streben, das „Richtige“ für sterbende Patienten zu tun, beschreibt Georges and Grypdonck (2002), dass Courage, Engagement und Kompetenz dafür ausschlaggebend seien. Es wird hervorgehoben, dass die Orientierung an Emotionen nicht als irrational zu sehen ist, sondern sich auf das Engagement für Patienten zurückzuführen lässt. Das Unterthema „Vorgänge, die mit moralischen Verhalten verbunden sind“ beschreibt die Auswirkungen, wenn sich Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen mit ethischen Problemen befassen. Durch die Selbstreflexion, regelmäßige Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und mit dem

multiprofessionellen Team, gelingt es das ethische Problem eventuell zu lösen. Durch den Austausch mit Kollegen erfahren Pflegepersonen andere Sichtweisen, auch das Hinterfragen der persönlichen Einstellung eröffnet Lösungswege. Das Abhalten von Fallbesprechungen wird als sehr positiv beschrieben, da der Patient ganzheitlich besprochen wird. Pflegepersonen berichten, dass anhand dieser Fallbesprechungen jedem Teilnehmer und jeder Teilnehmerin eine Stimme gegeben wird. Solche Lösungswege werden aufgrund einer passiven Haltung, erschwert. Das Vermeiden eine Entscheidung zu treffen, sich nicht für dieses Problem zuständig fühlen, die Schuld auf andere schieben, charakterisieren die Forscher als eine passive Haltung (Georges and Grypdonck, 2002).

Der zweite Hauptbereich, Bedrohung der moralischen Integrität von Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen schildert die Situation, wenn sich Pflegekräfte mit ihrer Meinung zurückhalten. Die Forscher beschreiben dies als Zwiespalt, da das Pflegepersonal sich mit Meinungen und Vorschlägen, in Bezug auf ethische Entscheidungen, teilweise zurückhält, da die Angst vor der Ablehnung ihrer Äußerungen zu groß sei. Besonders die Ablehnung von Kollegen sei beängstigend. Aufgrund eines solchen Verhaltens, sagen Georges and Grypdonck (2002), dass Angehörige der Pflege eine Distanz zu den Patienten entwickeln. Durch das Akzeptieren dieser Machtlosigkeit, wird die moralische Integrität geschwächt und moralische Fragen werden als nicht mehr wichtig angesehen (Georges an Grypdonck).

Muldrew Nee Preshaw et al. (2018) untersuchten in ihrer Studie ethische Themen in Zusammenhang mit der Palliativversorgung in Pflegeheimen im Vereinigten Königreich. Anhand eines mixed-method Designs wurden semi-strukturierte Interviews mit 13 registrierten Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Pflegeassistenten und Pflegeassistentinnen durchgeführt. Zusätzlich wurde eine Querschnittstudie in Form eines Fragebogens an 69 Pflegepersonen vollzogen. Die Forscher und Forscherinnen teilen die Ergebnisse der Untersuchungen in drei Kategorien ein. Die erste Kategorie, ethische Themen in der Praxis, beinhaltet unter anderem, wenn Pflegekräfte die Körperpflege unterstützen wollen, aber die Patienten es verweigern. Die Pflegekräfte beschreiben dies als ein ethisches Problem, da eine unzureichende Körperpflege gesundheitliche Folgen mit sich bringen könnte, aber sie nicht gegen den Willen der Patienten handeln wollen. Sie schildern in einen Konflikt mit sich selbst zu seien und dieser wird als sehr belastend empfunden. Weiters sehen die Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, dass die Autonomie der Patienten nicht behindert

werden darf, jedoch stoßen sie hier an eine persönliche Grenze, da sie aufgrund ihrer persönlichen Werte dies nicht mit sich vereinbaren können (Muldrew Nee Preshaw et al., 2018).

3.2 Schmerzlinderung

Der dritte Hauptbereich der Studie von Georges and Grypdonck (2002) befasst sich mit der Wahrnehmung von Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in Bezug auf moralische Probleme. Das Unterthema „Umgang mit dem Leid der Patienten“ beschreibt die Situation, wenn Patienten unter Schmerzen und anderen Symptomen leiden, jedoch die medikamentöse Behandlung keine Linderung erzielt. Pflegepersonen erfahren dies als eines der häufigsten ethischen Probleme. Es wird beschrieben, dass Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in eine Konfliktsituation geraten. Eine Dosiserhöhung könnte die Schmerzen lindern, jedoch auch zum Tode führen. Georges and Grypdonck (2002) erklären, dass das Pflegepersonal eine professionelle Haltung aufgrund ihres Wissens entwickelt. Selbst wenn der Patient kurz nach der Verabreichung einer höheren Dosis verstirbt, kommt das Gefühl der Schuld nicht auf, da Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen die Intention des Linderns der Schmerzen im Sinn hatten und nicht die Beschleunigung des Todes (Georges and Grypdonck, 2002).

3.3 Palliative Sedierung

Maffoni et al. (2019) untersuchte anhand einer Literaturübersicht, wie medizinische Fachkräfte in der Palliativpflege moralischen Stress erleben. Die Ergebnisse der inkludierten Studien wurden vier Hauptthemen zugeordnet: persönliche Faktoren, Patienten und Pflegende, Kollegen und Vorgesetzte, Umwelt und Organisation. Das Hauptthema persönliche Faktoren beinhaltet Ergebnisse, wie zum Beispiel, dass Frustration, Schuldgefühle, Verlust und Trauer menschliche Reaktionen im Umgang mit sterbenden Menschen sind. Jedoch tragen diese Emotionen zu moralischer Bedrängnis bei. Besonders das Geschehen eines plötzlichen Todesfalls im Dienst, wird laut Maffoni et al. (2019) als herausfordernd beschrieben. Die Ergebnisse der durchgeführten Literaturübersicht zeigen auch auf, dass in Verbindung mit der Palliativpflege viele ethische Fragen auftreten und diese für Pflegekräfte nicht jedes Mal zu beantworten sind. Die Forscher und Forscherinnen beschreiben die palliative Sedierung als ethische Herausforderung. Pflegende berichten

einerseits von einer Linderung der begleitenden Symptome, jedoch wird die Wahrnehmung der Patienten und Patientinnen eingeschränkt. Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen berichten, dass die Einschätzung der Schmerzhöhe, aufgrund der eingeschränkten Kommunikation, erschwert wird und dadurch auch die Dosissteigerung mit Fragen und vor allem Unsicherheit einhergeht. Mimik und Gestik wird unterschiedlich interpretiert, beschreiben Maffoni et al. (2019).

3.4 Beziehungen

In der zweiten Kategorie von Muldrew Nee Preshaw et al. (2018) wird die Beziehung von den Pflegekräften zu Angehörigen, Kollegen und den Bewohnern dargestellt. Anhand der Erzählung der interviewten Pflegekraft, erklären die Forscher und Forscherinnen Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegekräften. Im Interview berichtet die Pflegekraft, dass die Schlafmedikation einer dementen Bewohnerin, auf Wunsch der Angehörigen abgesetzt wurde. In der folgenden Nacht schrie die Bewohnerin mehrmals und war sehr verwirrt. Die Pflegekräfte berichteten den Angehörigen, dass es nicht möglich war die Bewohnerin zu beruhigen, jedoch bestanden die Angehörigen auf die Einhaltung ihres bereits geäußerten Wunschs. Die Pflegekraft schilderte dies als sehr belastend. Die dritte Kategorie von Muldrew Nee Preshaw et al. (2018) bezieht sich auf organisatorisch bedingte ethische Themen. Pflegende empfinden es als sehr negativ, dass sie keine Zeit haben mit den Bewohnern zu sprechen, obwohl es in ihrem Sinne wäre. In einem Zitat aus dem Interview, erklärt eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, dass während einem Aufnahmegespräch mindestens viermal die Rufglocke betätigt wird und aufgrund des Personalmangels, sie jedes Mal unterbrechen muss. Somit wird das Kennenlernen der Bewohner als sehr herausfordernd beschrieben (Muldrew Nee Preshaw et al., 2018).

Georges and Grypdonck (2002) beschreiben im Unterthema „Adäquatheit der medikamentösen Behandlung“ die Herausforderungen die Pflegekräfte in diesem Bereich erfahren. Es wird die Sichtweise, in Bezug auf die Richtigkeit der gewählten Therapie, von Ärzten und Angehörigen der Pflege verglichen. Die Entscheidungen der Ärzte und Ärztinnen beruhen auf Befunden, diagnostischen Verfahren und theoretischem Wissen. Im Gegensatz sehen Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen die Behandlung aus Sicht der Patienten, da diese mehr Zeit mit den Patienten und Patientinnen verbringen und durch Kommunikation die Wünsche und

Bedürfnisse erfahren. Die Forscher beschreiben, dass dies nur möglich ist, aufgrund der permanenten Anwesenheit von Pflegepersonal und damit entstehende Beziehung zwischen Patienten und Patientinnen und den Pflegepersonen. Patienten und Patientinnen haben rund um die Uhr Betreuung durch Pflegepersonen, wohingegen Ärzte sich nicht 24 Stunden auf der Station befinden. Weiters wird angeführt, dass durch den vermehrten Kontakt mit den Patienten und Patientinnen auch häufiger das Hinterfragen der geplanten Behandlung vorkommt. Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen beobachten die Wirkung der Therapie und erkennen auch eine Verbesserung oder auch Verschlechterung des Zustandes. Das Wohl der Patienten und Patientinnen ist für Pflegekräfte das Wichtigste, auch wenn damit der Therapieabbruch im Raum steht. Sie wollen den Betroffenen die letzten Lebensphasen so angenehm wie möglich gestalten (Georges and Grypdonck, 2002).

Maffoni et al. (2019) erklären das Hauptthema „Patienten und Pflegende“ anhand des Beispiels, dass es für Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen sehr bedrückend ist, wenn den Patienten nicht die ganze Wahrheit über ihren Gesundheitszustand mitgeteilt wird. Dies geschieht meist auf Wunsch der Angehörigen. Die Pflegepersonen berichten, dass sie mit den Patienten nicht mehr über alles sprechen können und ihnen die Kommunikation teilweise sehr schwerfällt. Die Angst etwas Falsches zu sagen ist für sie zu groß und so versuchen sie nur kurze Gespräche zu führen. Jedoch leidet die Qualität der Betreuung, so formulieren die Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen. Maffoni et al. (2019) erklärt dieses Gefühl des Unwohlseins dadurch, dass die Pflegekräfte eine Beziehung zu den Patienten und Patientinnen aufbauen und somit kritischen Situationen schwer ertragen können. Die Pflegenden beschreiben dieses Verschweigen von Informationen als eine Form des Lügens und dies gehe nicht mit ihren persönlichen Werten einher (Maffoni et al., 2019).

Hemberg and Bergdahl (2019) führten eine Studie, über die Erfahrungen im Bereich ethischer und existenzieller Probleme durch Mitgestaltung am Lebensende, in der häuslichen palliativen Pflege, durch. Es wurden Interviews mit 12 Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen durchgeführt und daraus ergab sich das zentrale Ergebnis, dass tiefe mitwirkende Beziehungen notwendig für die Beantwortung ethischer und existenzielle Fragen am Lebensende sind. Zusätzlich wurden noch vier Unterthemen kategorisiert. Das Unterthema „Unterstützung des Sterbeprozesses durch Mitwirkung“ beschreibt unter anderem die Kommunikation mit dem Klienten über die Art und Weise des

Sterbens. Hemberg and Bergdahl (2019) zeigt, dass die Klienten Wünsche nur dann äußern, wenn Vertrauen vorherrscht. Gespräche über das Sterben selbst, das Beisein von Pflegenden und Angehörigen oder auch Gespräche über alltägliche Themen finden in der häuslichen palliativen Pflege einen Platz. Es wird betont, dass die Klienten das Recht haben darüber zu entscheiden, wie sie Sterben. Auch das Vermitteln zwischen Klienten und Angehörigen wird als Teil der ethischen Herausforderungen gesehen. Pflegende beschreiben sich in den Interviews als das Sprachrohr der Klienten. Anhand eines Zitats wird betont, dass oft die Sichtweise der Angehörigen sich stark von der Sichtweise der Klienten unterscheidet und so die Pflegenden zur Stimme der Klienten werden. Es wird berichtet, dass die Überbringung einer Entscheidung teilweise leichter verkraftet wird, wenn sie von einer Pflegeperson kommt (Hemberg and Bergdahl, 2019).

3.5 Ressourcen

Weiters wird angegeben, dass Pflegepersonen auch unter den nur gering vorhandenen Ressourcen leiden. Eine Pflegekraft teilt in einem Interview mit, dass es auf Station nur zwei Rollatoren gibt und wenn diese in Verwendung sind nur einzelne Bewohner sich fortbewegen können. Sie beschreibt ein Gefühl von Ungerechtigkeit und Einschränkung der Freiheit für die Patienten zu erleben. Maffoni et al. (2019) beschreibt in der Kategorie „Umwelt und Organisation“, dass die zur Verfügung gestellten Ressourcen nur eine mangelhafte wirksame Palliativversorgung ermöglichen. Auch eine unzureichende Ausbildung im Bereich Palliativpflege, kann ethische, medizinische und rechtliche Auswirkungen mit sich bringen. Die Forscher und Forscherinnen beziehen in dieser Kategorie auch den kulturellen Kontext mit ein. Dieser wird als zusätzlicher beeinflussender Faktor in der moralischen Belastung beschrieben. Eine weitere Erläuterung zu diesem Thema wurde nicht angeführt (Maffoni et al., 2019).

3.6 Entscheidungen über das Ende des Lebens

Georges and Grypdonck (2002) beschreiben beim dritten Hauptbereich, emotionale Konsequenzen moralischer Probleme, die Wahrnehmung von Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in Bezug auf moralische Probleme. Der dritte Hauptbereich beinhaltet unter anderem ein Unterthemen, welches sich mit auftretenden Problemen beim Treffen von Entscheidungen über das Ende des Lebens befasst. Speziell wird das Thema Euthanasie und welche Sichtweise das Pflegepersonal

darüber hat, behandelt. Euthanasie wird von den Forschern folgend beschrieben: die Injektion eines Barbiturates, um Patienten und Patientinnen ins Koma zu versetzen und anschließend durch die Injektion eines Muskelrelaxans das Aussetzen der Atmung zu erreichen und sogleich den Tod. Aufgrund von bereits vollzogenen Untersuchungen, wurde ersichtlich, dass zu diesem Thema zwei Perspektiven, seitens der Pflege, existieren. Einerseits ist die Euthanasie für das Pflegepersonal kein moralisches Problem, wenn es nicht gegen ihre persönlichen Werten verstößt, es wird den Patienten mit Respekt begegnet und somit auch deren Autonomie gewährt. Es wird als Teil ihres Berufes angesehen. Die Assistenz bei der Euthanasie wird zu einer moralischen Bedrängnis, wenn noch wenig Erfahrung mit dem Prozess gemacht wurde. Georges and Grypdonck (2002) führen das Beispiels an, dass Pflegepersonen die Euthanasie akzeptieren, wenn sie es als Bestandteil der Therapie sehen und wenn keine Besserung des Zustandes zukünftig erreichbar ist. Wird diese Form des Sterbens als zu früh und übereilt gesehen, berichten Pflegepersonen dadurch dies als illegalen Mord zu empfinden (Georges and Grypdonck, 2002).

Wiegand et al. (2015) versuchten anhand von Fallstudien die ethischen Herausforderungen auf einer Intensivstation zu schildern und wie Intensivkrankenpfleger und Intensivkrankenpflegerinnen, diese mit Hilfe eines interdisziplinären Teams, meistern. Vorab wird der Fall kurz geschildert und anschließend analysiert. In der ersten Fallstudie wird von einer 34-jährigen Frau berichtet, mit bekannter Depression, welche versuchte sich mit einer Überdosis an Schmerzmitteln, zu töten. Sie wurde auf eine Intensivstation gebracht. Die Mutter gab dem Pflegepersonal eine Patientenverfügung und äußerte den Wunsch dieser nachzugehen, somit die Therapie zu stoppen. Die Pflegefachkraft entschied sich für die Einberufung eines Ethikkomitees, da sie es als falsch ansah, die Therapie einzustellen. Die zuständige Intensivpflegerin versuchte der Mutter zu vermitteln, dass es noch Hoffnung für ihre Tochter gab. Die Mitglieder des Ethikkomitees kamen zu dem Entschluss, dass der Zustand der Patientin nicht den festgelegten Kriterien der Patientenverfügung entsprach. Die Ärzte und Ärztinnen begründeten diesen Entschluss damit, dass es aufgrund der bereits eingeleiteten Therapie zur Besserung des Zustandes kam und dies nicht ethisch vertretbar wäre, in dieser Situation die Therapie einzustellen. Bei der Analyse dieses Falles, wurde die Fragestellung, ob der Abbruch der Behandlung das richtige ist, als ethisches Dilemma definiert. Die Intensivpflegerin betonte, dass die definierten Kriterien der Patientenverfügung nicht zutreffen und untermauerte auch die Wichtigkeit dieser intensiven Auseinandersetzung mit diesem ethischen Dilemma. Sie berichtet, dass es

ihre Pflicht ist, sich für die Patientin einzusetzen, da sie überzeugt ist, das richtige zu tun. Aufgrund des vom Ethikkomitee festgelegten Entschlusses, berichtet die Intensivpflegerin ein Gefühl von Bestätigung und Bestärkung in ihrem Tun zu bekommen (Wiegand et al., 2015).

3.7 Hierarchie

Das Hauptthema „Kollegen und Vorgesetzte“ beschreibt die Differenzen zwischen Kollegen und Vorgesetzten. Besonders der Raum und die Zeit für offene und respektvolle Kommunikation untereinander sei nicht immer vorhanden. Maffoni et al. (2019) berichtet in diesem Hauptthema auch über Meinungsverschiedenheiten. Die bestehende Hierarchie zwischen dem ärztlichen Personal und dem Pflegepersonal erschwert die Kommunikation. Dies sieht die Pflege als negativen Einfluss auf die Behandlung der Patienten. Es wird angegeben, dass aufgrund von Furcht die Pflege sich nicht jedes Mal äußert (Maffoni et al., 2019).

In der Studie von Stievano et al. (2019) wird Bezug auf die berufliche Würde im palliativem Setting von Gesundheits- und Krankenpflegern und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen genommen. Durch die Verwendung eines qualitativen Designs, in Form von Fokusgruppen und anschließender Analyse der Dialoge, wurden vier Hauptbereiche kategorisiert. Der Hauptbereich „professionelle Beziehungen und Teamarbeit“ beinhaltet die Kommunikation zwischen den Pflegekräften, zum ärztlichen Personal und gegenüber anderen Berufsgruppen. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Fokusgruppen berichten im Dialog, dass der Umgang vom ärztlichen Personal gegenüber der Pflege viele Ungerechtigkeiten mit sich bringt, diese werden auch als ethisch nicht vertretbar beschrieben. Äußerungen, wie zum Beispiel, dass das Pflegepersonal zu Seite weichen soll oder die Unterstellung nichts zu Wissen und sich mit der Meinung zurückhalten müssen, beschreiben die Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen als sehr respektlos und belastend. In einem Zitat aus der Fokusgruppe, berichtet eine Gesundheits- und Krankenpflegerin, dass auch die Kommunikation zwischen Pflege und Physiotherapie nicht immer einwandfrei funktioniert. Oftmals wird die Pflege nicht über die durchgeführten Tätigkeiten informiert. Eine solche Form der Kommunikation wird laut den Teilnehmern und Teilnehmerinnen als störend und unnötig bezeichnet. Die Kommunikation zwischen den Pflegepersonen wurde grundsätzlich als sehr respektvoll beschrieben. Ein Zitat beschreibt den Fall, wenn es auf Station viele Patienten und Patientinnen mit hohem Pflegebedarf gibt, diese viele Medikamente brauchen und zusätzlich Personalmangel herrscht, funktioniert die Kommunikation nicht immer einwandfrei. In solchen Situationen kommt es laut Gesundheits- und Krankenpfleger und

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zu einer spannungsvollen Atmosphäre und zu schroffen Aussagen gegenüber den anderen. Die Forscher und Forscherinnen beschreiben eine nicht funktionierende Kommunikation als negativen Einfluss auf die Qualität der Betreuung von Patienten und Patientinnen. Zugleich leiden darunter verschiedenen Berufsgruppen und dies führt auch zu Unzufriedenheit (Stievano et al., 2019).

4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es herauszufinden, welche ethischen Aspekte der Palliativpflege in der Literatur angeführt wurden. Die sieben untersuchten Studien veranschaulichten folgende Bereiche: Blickwinkel der Pflege, Schmerzlinderung, palliative Sedierung, Beziehungen, Ressourcen, Entscheidungen über das Ende des Lebens und Hierarchie.

Der Blickwinkel der Pflege, somit die Erfahrungen mit ethischen Dilemmata, stellte sich als ein häufig genanntes Thema dar. Besonders wurde auf die moralische Erfahrung der Pflegepersonen Wert gelegt. In den Studien von Stievano et al. (2019) und Georges and Grypdonck (2002) wurde die gleichen Themen beschrieben. Die Ergebnisse der beiden Studien veranschaulichten die Empfindung der Pflege bezüglich der Kommunikation mit dem ärztlichen Personal, als sehr negativ. In beiden Studien betonte das Pflegepersonal, dass aufgrund dieser vorhandenen Art der Kommunikation auch Patienten und Patientinnen darunter leiden (Stievano et al., 2019). Wolf et al. (2019) befassen sich mit der Erfahrung von Intensivpflegern und Intensivpflegerinnen, im Bereich der Palliativpflege und die damit verbundene moralische Belastung. Anhand von einem Fragebogen wurden bestimmte Bereiche abgefragt und unter anderem auch wie sie die Kommunikation im interdisziplinären Team empfinden. In dieser Studie wurde betont, dass Pflegekräfte die Kommunikation als Schlüssel für eine qualitätsvolle Pflege sehen. Die Auswertung des Fragebogens ergab, dass 86,6% die Kommunikation mit dem Team als sehr wichtig empfinden (Wolf et al., 2019).

In der Studie von Maffoni et al. (2019) wurde anhand einer Literaturübersicht untersucht, wie medizinische Fachkräfte in der Palliativpflege moralischen Stress erleben. Die Ergebnisse zeigten Emotionen, wie Frustration, Zweifel und Trauer als natürliche menschliche Reaktion in der Palliativbetreuung. Diese verstärken jedoch die moralische Bedrängnis der Pflegepersonen und erzeugen in vereinzelt Situationen das Gefühl von Machtlosigkeit. Die Forscher und Forscherinnen beschreiben die Palliativpflege als einen Risikofaktor für die Entstehung von moralischen Distress. Aus diesem Grund betonen die Forscher und Forscherinnen, dass das Pflegepersonal ethische Kompetenz entwickeln muss. Diese soll einem verhelfen ethische Dilemmata zu erkennen und dafür geeignete Bewältigungsstrategien zu entwickeln. (Maffoni et al., 2019). In der Studie von Karlsson et al. (2010) war es das Ziel, die Erfahrungen von Gesundheits- und Krankenpflegern und

Gesundheits- und Krankenpflegerinnen in der häuslichen palliativen Pflege, mit ethischen Dilemmata, zu untersuchen. Sieben Pflegepersonen gaben schriftlich verfasste Berichte, in Bezug auf erfahrene ethische Dilemmata ab und diese wurden anschließend analysiert. Die Analyse ergab, dass Frustration, Machtlosigkeit und Sorge die vorherrschenden Hauptthemen sind. Auch in dieser Studie kamen die Forscher und Forscherinnen zu dem Entschluss, dass Pflegepersonen im Bereich der Ethik eine intensivere Ausbildung erhalten müssen, um mit ethischen Dilemmata umgehen zu können (Karlsson et al., 2010).

Auch während der Umsetzung der medizinisch angeordneten Therapie erleben Pflegepersonen Emotionen, wie Zweifel und Unsicherheit. Maffoni et al. (2019) betonten besonders die Anwendung der palliativen Sedierung als teilweise schwierige Situation. Aufgrund der dadurch erschwerten Kommunikation müssen sich Pflegekräfte auf die geäußerte Mimik und Gestik der Patienten und Patientinnen beschränken. Die Interpretation dieser „Parameter“ wird immer unterschiedlich sein, da diese auf der subjektiven Beobachtung basieren. Für einige hilft das Zuziehen einer zweiten Meinung und somit erlangten Pflegekräfte für ihre Einschätzung Zustimmung (Maffoni et al., 2019).

Georges and Grypdonck (2002) erklären, dass die Einnahme einer professionellen Haltung von Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen ihnen dabei hilft, zum Beispiel die Linderung von Schmerzen nicht mit Schuld zu verbinden. So veranschaulicht das Beispiel, dass Pflegepersonen nach der Medikamentengabe zur Schmerzlinderung und den darauffolgenden Eintritt des Todes, keine Schuld erleben. Ihre Intention war es den Schmerz zu lindern und nicht das Leben zu verkürzen. (Georges and Grypdonck, 2002). Dies wird auch in der Studie von De Vries and Plaskota (2017) angeführt. In dieser wurden semistrukturierte Interviews mit Gesundheits- und Krankenpflegern und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen, welche in einem Hospiz arbeiten, durchgeführt. Ziel war es die Erfahrungen dieser Pflegepersonen mit der palliativen Sedierung zu untersuchen. Im Interview berichtete eine Pflegeperson, dass die palliative Sedierung zum Tod führen kann und mit jeder Gabe an Medikamenten, dieser näher rückt. Für die Pflegeperson steht das Wohl der Patienten und Patientinnen im Mittelpunkt ihrer Tätigkeiten. In einem weiteren Interview beschreibt eine Pflegeperson, dass die Anpassung der Dosis auch sehr herausfordernd werden kann und Unsicherheit mit sich bringt. Speziell wenn nach der Verabreichung keine Besserung zu bemerken ist (De Vries and Plaskota, 2017).

In der Studie von Muldrew Nee Preshaw et al. (2018), durchgeführt in einem palliativem Pflegeheim, wird die Beziehung von den Pflegekräften zu Angehörigen beschrieben. Im Interview berichtete eine Pflegekraft, dass die Angehörigen den Wunsch beim behandelnden Arzt äußerten, bei der dementen Mutter die Schlafmedikation nicht mehr zu verabreichen. Die Pflegekraft erzählte, dass in der Folgenacht die Bewohnerin schrie und stark verwirrt erschien. Die Angehörigen bestanden jedoch auf ihren Wunsch und dies wurde eingehalten (Muldrew Nee Preshaw et al., 2018)

Im Gegensatz zu der Studie von Muldrew Nee Preshaw et al. (2018) war in der Studie von De Vries and Plaskota (2017) der Wunsch der Angehörigen, dass der Patient seine beruhigende Schlafmedikation bekommt. Für die Angehörigen war es wichtig, dass der Patient ruhig und zufrieden wirkt. Das Zitat einer Pflegeperson besagt, dass es für Angehörige sehr beunruhigend und verängstigend ist, wenn die Patienten und Patientinnen zu leiden scheinen (De Vries and Plaskota, 2017).

Hemberg and Bergdahl (2019) beschreiben in ihrer Studie die Erfahrungen von Pflegepersonen in der häuslichen Pflege, im Bereich ethischer und existenzieller Probleme, durch Mitgestaltung am Lebensende. Anhand der geführten Interviews wurde klar, dass sich die Klienten und Klientinnen gegenüber den Pflegenden nur dann äußern, wenn sie ihnen vertrauen. Die Pflegenden berichten, dass es ihnen wichtig ist, eine Beziehung aufzubauen, damit sie alle Bedürfnisse der Klienten erfahren können. Das Vertrauen schafft auch schwierige Themen mit Angehörigen zu kommunizieren. Die Pflegenden beschreiben sich oft als das Sprachrohr der Klienten und können Wünsche der Klienten leichter äußern als diese selbst. Auch die Studie von Rehmann-Sutter C. (2016) wird hervorgehoben, dass Patienten und Patientinnen Wünsche nicht gegenüber jedem äußern. Um einen Wunsch auszusprechen, bedarf es zuerst einen intensiven Klärungsprozess, der auch die Beziehung und Kommunikation einschließt. Die Äußerung von Wünschen, speziell der Wunsch zu Sterben, wird nicht nur für Angehörige zu einer Herausforderung, auch das gesamte Betreuungsteam wird damit konfrontiert. Eine wesentliche Rolle spielt auch der Inhalt des geäußerten Wunsches. Für viele Patienten und Patientinnen besteht der Wunsch darin, zum Beispiel den Prozess des Sterbens zu unterstützen oder auch alles dafür zu geben diesen zu verlangsamen. Um diese Herausforderung zu meistern, beschreiben Rehmann-Sutter C. (2016), dass Beteiligte des palliativen Behandlungskomplex Wünsche versuchen müssen zu verstehen, sich in die Lage der Patienten und Patientinnen mit samt ihren Grenzen zu versetzen (Rehmann-Sutter C., 2016).

4.1 Implikationen für die Forschung

Die verwendete Literatur dieser Arbeit zeigt viele ethische Aspekte im Bereich der Palliativpflege auf. Die bereits bestehende Literatur befasst sich nur beschränkt mit der Sicht der Pflege. In der weiterführenden Forschung sollte speziell die Perspektive der Pflegekräfte intensiv untersucht werden. Dadurch wird für zukünftig Pflegende ein großes Wissensspektrum geschaffen, welches sich natürlich in der Praxis positiv äußert. Zusätzlich müssen die vorhandenen Bewältigungsstrategien erforscht werden und wie diese zu optimieren sind. Der Umgang mit ethischen Aspekten soll in der Praxis unterstützend durch Fachpersonal begleitet werden, um die damit verbundene Entstehung des moralischen Distress zu reduzieren.

4.2 Implikationen für die Praxis

Die angeführten Kategorien veranschaulichen, dass speziell Pflegepersonen in der Palliativpflege von vielen ethischen Herausforderungen begleitet werden. Emotionen wie Frustration, Zweifel, Unsicherheit und Trauer sind nur ein Ausschnitt. Aus diesem Grund bedarf es einer professionellen Unterstützung im Pflegealltag, besonders wenn sich ethische Dilemmata ergeben. Auch die Erweiterung der ethischen Kompetenz beinhaltet das Wissen, welche Bewältigungsstrategien geeignet sind und wie diese auch anzuwenden sind.

Die Palliativpflege orientiert sich am Konzept der Ganzheitlichkeit und vereint dadurch auch diverse Berufsgruppen. Professionalität beinhaltet nicht nur Wissen in speziellen Bereichen, sondern spiegelt sich auch im Umgang mit den Mitmenschen wider. Respekt und Wertschätzung innerhalb aller Berufsgruppen sollte nicht zur Ausnahme, sondern zur Selbstverständlichkeit werden.

4.3 Limitationen

Die Limitation dieser Bachelorarbeit ist die Literaturrecherche in den zwei Datenbanken. Zusätzlich kann die Sprache, welche auf Deutsch und Englisch begrenzt wurde, als weitere Limitation dienen.

5. Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Palliativpflege viele ethische Herausforderungen mit sich bringt. Das Auftreten vom moralischen Distress wird stark betont. Gesundheits- und Krankenpfleger und Gesundheits- und Krankenpflegerinnen haben nicht nur mit einer Knappheit von organisatorischen oder institutionellen Ressourcen zu kämpfen, auch wird der persönlichen Ressource etwas abverlangt. Ein wichtiger Aspekt ist, dass Pflegekräfte nicht nur die physischen Grundbedürfnisse der Patienten und Patientinnen erfüllen, sondern auch einen wesentlichen Beitrag zum psychischen Wohlbefinden leisten. Zum Beispiel das Führen von Gesprächen über den Tod oder der Wunsch zu Sterben, werden für Pflegepersonen zur Herausforderung.

Ethische Aspekte finden sich in der Kommunikation, bei Entscheidungsprozessen, der persönlichen Haltung und der Beziehung zu den Mitmenschen wieder. Als großes Thema hat sich auch die palliative Sedierung identifiziert. Diese Form der Therapie erzeugt bei Pflegepersonen Unsicherheit und Zweifel. Besonders fordernd ist die eingeschränkte Kommunikation, auch die Verabreichung der sedierenden Medikamente ist immer mit dem Eintreten des Todes verbunden und wird dadurch für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen zur Belastung. Der schmale Grad zwischen Euthanasie und der palliativen Sedierung führt bei Pflegepersonen noch immer zu starker Verunsicherung.

In diesem Literaturreview hat sich auch bestätigt, dass Pflegepersonen in der Palliativpflege oft das Gefühl von Machtlosigkeit erfahren. Dieses Gefühl wurde mehrmals mit einer unzureichenden Schmerztherapie in Verbindung gebracht. Für Pflegepersonen wird diese Situation sehr belastend, da sie aufgrund ihres begrenzten Kompetenzbereiches den Patienten und Patientinnen nicht immer helfen können.

Die Kommunikation zwischen ärztlichem Personal und dem Pflegepersonal wurde zu einem wesentlichen Aspekt dieses Reviews. Es hat sich gezeigt, dass die Wertschätzung seitens der Ärzte und Ärztinnen gegenüber der Pflege noch Verbesserung nötig hat. Besonders wird es für Pflegepersonen zur Herausforderung, wenn sie für ihre Arbeit keinen Respekt erhalten.

Die Bewältigung ethischer Dilemmata kann nur dann erfolgen, wenn sie zum einen erkannt und benannt werden können und zum anderen dafür geeignete Bewältigungsstrategien

eingesetzt werden. Das Entwickeln ethischer Kompetenzen lässt nicht nur die Pflegeperson davon profitieren, auch Patienten und Patientinnen erfahren dadurch mehr Unterstützung in komplexen Situationen.

6. Literaturverzeichnis

- D. WEIXLER, S. R.-S., R. LIKAR, C. B., T. & DANICZEK, A. F., C. GABL, ET AL. 2016. Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*.
- DE VRIES, K. A. Y. & PLASKOTA, M. 2017. Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. *Palliative & Supportive Care*, 15, 148-157.
- GEORGES, J. J. & GRYPDONCK, M. 2002. Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. *Nurs Ethics*, 9, 155-78.
- H. KOHLEN, C. G., A. RIEDEL, 2019. Pflege und Ethik. Aktuelle Herausforderungen. *Ethic Med (2019) 31:283–288*, 31.
- HEMBERG, J. & BERGDAHL, E. 2019. Dealing with ethical and existential issues at end of life through co-creation. *Nurs Ethics*, 969733019874496.
- HONG, Q., PLUYE, P., FABREGUES, S., BARTLETT, G., BOARDMAN, F., CARGO, M., DAGENAIS, P., GAGNON, M.-P., GRIFFITHS, F., NICOLAU, B., O’CATHAIN, A., ROUSSEAU, M.-C. & VEDEL, I. version 2018. Mixed Method Appraisal Tool (MMAT). Industry Canada: Canadian Intellectual Property Office.
- KARLSSON, M., ROXBERG, A., DA SILVA, A. B. & BERGGREN, I. 2010. Community nurses' experiences of ethical dilemmas in palliative care: a Swedish study. *Int J Palliat Nurs*, 16, 224-31.
- KÖRTNER, U. H. J. 2004. *Grundkurs Pflegeethik*, Wien, Facultas Universitätsverlag
- MAFFONI, M., ARGENTERO, P., GIORGI, I., HYNES, J. & GIARDINI, A. 2019. Healthcare professionals' moral distress in adult palliative care: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*, 9, 245-254.

- MULDREW NEE PRESHAW, D. H. L., MCLAUGHLIN, D. & BRAZIL, K. 2018. Ethical issues experienced during palliative care provision in nursing homes. *Nurs Ethics*, 969733018779218.
- N. BRIESKORN, W. B., LL.M., A. DIETZ, H. DREIER, J. FISCHER, W. HÄRLE, E. HERMS, D. HORSTER, A. KRUSE, U. NEUMANN, G. ROBBERS, E. SCHOCKENHOFF, R. SPAEMANN, B. VOGEL 2000. „Vom Rechte, das mit uns geboren ist“, Deutschland, Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2017) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th Edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 784 p. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.01.005>
- RADBRUCH, L., LEGET, C., BAHR, P., MULLER-BUSCH, C., ELLERSHAW, J., DE CONNO, F. & VANDEN BERGHE, P. 2016. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med*, 30, 104-16.
- REHMANN-SUTTER C., L. H. 2016. *Ethische Aspekte der Palliativmedizin*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016.
- STIEVANO, A., SABATINO, L., AFFONSO, D., OLSEN, D., SKINNER, I. & ROCCO, G. 2019. Nursing's professional dignity in palliative care: Exploration of an Italian context. *J Clin Nurs*, 28, 1633-1642.
- WEBER, G. 2016. Ethik für die Pflege. *procare*, 32-35.
- WHO. 2018. *WHO Definition of Palliative Care* [Online]. Available: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Accessed].
- WIEGAND, D. L., MACMILLAN, J., DOS SANTOS, M. R. & BOUSSO, R. S. 2015. Palliative and End-of-Life Ethical Dilemmas in the Intensive Care Unit. *AACN Adv Crit Care*, 26, 142-50.

WOLF, A. T., WHITE, K. R., EPSTEIN, E. G. & ENFIELD, K. B. 2019. Palliative Care and Moral Distress: An Institutional Survey of Critical Care Nurses. *Crit Care Nurse*, 39, 38-49.

7. Anhang

Die Bewertung der Studien erfolgte nach dem Bewertungsbogen von Hong et al. (version 2018). Dieser besteht aus fünf Kategorien, wobei zuallererst zwei allgemeine Fragen zu beantworten sind und anschließend für jede Kategorie spezialisierte. Diese sind mit den Antwortmöglichkeiten „Ja“, „Nein“, „Kann nicht beantwortet werden“ und „Kommentare“ versehen.

Studie:					
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?				
	S2. Do the collected data allow to address the research questions?				
	<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: WIEGAND, D. L., MACMILLAN, J., DOS SANTOS, M. R. & BOUSSO, R. S. 2015. Palliative and End-of-Life Ethical Dilemmas in the Intensive Care Unit.

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			
	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?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	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: STIEVANO, A., SABATINO, L., AFFONSO, D., OLSEN, D., SKINNER, I. & ROCCO, G. 2019. Nursing's professional dignity in palliative care: Exploration of an Italian context.

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			
	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?	X			

	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	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: HEMBERG, J. & BERGDAHL, E. 2019. Dealing with ethical and existential issues at end of life through co-creation.

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			
	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?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	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: MULDREW NEE PRESHAW, D. H. L., MCLAUGHLIN, D. & BRAZIL, K. 2018. Ethical issues experienced during palliative care provision in nursing homes.					
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			
	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?	X			
	1.2. Are the qualitative data collection methods adequate to address the research question?	X			
	1.3. Are the findings adequately derived from the data?	X			
	1.4. Is the interpretation of results sufficiently substantiated by data?	X			
	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?				
--	---	--	--	--	--