

Bachelorarbeit

Schmerzmanagement bei terminal kranken Patienten und Patientinnen – ein Literaturreview zur Rolle der Pflegenden

eingereicht von

Verena Kollmann

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, 12.04.2019

Eidesstattliche Erklärung

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

Graz, 12.04.2019

Verena Kollmann, eh.

Inhalt

Tabellenverzeichnis.....	i
Abbildungsverzeichnis.....	i
Kurzfassung	ii
Abstract.....	iii
1. Einleitung.....	1
1.1. Pflegerelevanz.....	2
1.2. Begriffsdefinitionen.....	3
1.2.1. Schmerz	3
1.2.2. Palliativpflege	4
1.2.3. Palliativstation.....	5
1.2.4. End-of-Life Care	5
1.2.5. Terminal Care.....	5
1.2.6. Stationäres Setting	6
1.2.7. Rolle	6
1.3. Forschungslücke und Forschungsziel	6
2. Methodik	7
2.1. Literaturrecherche	7
2.1. Auswahl der Studien	8
2.2. Kritische Bewertung der Studien	9
3. Ergebnisse.....	11
3.1. Charakteristika der Studien	11
3.2. Schmerzassessment	17
3.2.1. Schmerzassessment bei PatientInnen, die sich nicht mitteilen können	17
3.2.2. Schmerzassessment bei PatientInnen, die sich mitteilen können	19
3.3. Planung, Organisation und Schmerzbehandlung	22
3.3.1. Medikamentöse Schmerzbehandlung	23

3.3.2. Nicht-medikamentöse Schmerztherapie	25
3.4. Kommunikation.....	25
3.4.1. Pflegende und PatientInnen bzw. Angehörige.....	25
3.4.2. Kommunikation im Pflgeteam	26
3.5. Vertretung/Anwaltschaft	27
3.6. Pflege im multiprofessionellen Team.....	28
3.7. Wissen und Kompetenzerwerb.....	29
3.8. Dokumentation und Qualitätsmanagement	31
3.9. Strukturelle Barrieren	31
4. Diskussion	32
5. Stärken und Limitationen	39
6. Praxisempfehlungen	39
7. Forschungsempfehlung	39
8. Schlussfolgerung	39
9. Literatur.....	40
10. Anhang.....	44

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie in den Datenbanken PubMed und CINAHL	8
Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien	12

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses.....	9
---	---

Kurzfassung

Hintergrund: Schmerz ist eines der häufigsten und zugleich gefürchtetsten Symptome von Menschen in der letzten Lebensphase. Im Rahmen der Palliativpflege beteiligen sich Pflegende maßgeblich an der Versorgung dieser Patientengruppe. Um die Rolle, die den Pflegepersonen dabei zukommt, angemessen ausführen zu können, ist es wichtig, im Detail über diese Bescheid zu wissen.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Rolle der Pflegenden beim Schmerzmanagement im Rahmen der Terminal Care im stationären Setting darzustellen.

Methode: Für diesen Review wurde von Oktober bis Dezember 2018 eine Literatursuche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. In Frage kommende Publikationen wurden nach dem Bewertungsbogen von Hawker beurteilt um die Qualität der Arbeiten sicherzustellen. 17 Studien konnten in diesen Literaturreview inkludiert werden.

Ergebnisse: Die Rolle Pflegender konnte in sieben Bereiche gegliedert werden: Durchführung des Schmerzassessments, Beteiligung an der Schmerzbehandlung, Aufgaben in der Kommunikation, Vertretung der PatientInnen, Arbeit im multiprofessionellen Team, Wissen und Kompetenzerwerb, sowie Tätigkeiten in der Dokumentation und Qualitätssicherung. Ergänzend konnten strukturelle Barrieren bei der Erfüllung von Rollenerwartungen festgestellt werden.

Schlussfolgerung: Die Rolle der Pflegenden im Schmerzmanagement im Rahmen der Terminal Care gestaltet sich als äußerst vielfältig. Durch ihre ordnungsgemäße Erfüllung können Pflegepersonen maßgeblich zur Steigerung der Lebensqualität von Menschen in der letzten Lebensphase beitragen.

Empfehlungen für Forschung und Praxis: Es werden Forschungsprojekte zur Darstellung der Rollen Pflegender, geteilt in Assistenzberufe und gehobenen Dienst, empfohlen. Um Pflegenden die Erfüllung ihrer Rolle in der Praxis zu ermöglichen, muss ihnen die benötigte Aus- und Fortbildung geboten werden und notwendige Werkzeuge wie valide Assessmenttools müssen zur Verfügung gestellt werden.

Abstract

Background: Pain is one of the most common and feared symptoms for people at the end of their life. With their work in palliative care, nurses take a significant part in the care of those patients. Knowledge about their role is necessary to fulfill it accordingly.

Aim: This thesis aims to describe the role of nurses in pain management in terminal care for inpatients in hospitals, hospices and residential homes.

Method: A literature search was performed between October and December 2019 in the PubMed and CINAHL databases. Potential studies were critically reviewed through the method from Hawker et al. 17 studies met the criteria to be included in the literature review.

Results: The role of nurses is structured in seven parts: Pain assessment, collaboration in pain relief, communication, advocacy for patients, collaboration in a multi-professional team, knowledge and education, duties in documentation and quality assurance. This review also identified structural barriers in delivering these role-expectations.

Conclusion: The role of nurses in pain management in terminal care appears to be multifaceted. Through their proper performance nurses can contribute to increase the quality of life for people in their last stage of life.

Recommendations for future research and clinical practice: We would like to see further studies investigating the role of nursing staff, broken down according to qualification levels. The nurses' need for education to fulfill their role must be met. Valid assessment tools must be available in clinical practice.

1. Einleitung

Aufgrund technischer und wissenschaftlicher Fortschritte erleben wir einen kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung. Das führt dazu, dass degenerative Erkrankungen ansteigen und die Medizin und Pflege immer häufiger PatientInnen mit komplexen Symptomkombinationen behandeln. Chronische und fortschreitende Erkrankungen sind häufig Ursache von Leiden. (Wittmann et al., 2009) Dazu zählen allen voran physische Symptome, aber auch soziale Bedenken, psychologische Probleme und Existenzängste. (Wilson et al., 2007)

Kehl und Kowalkowski (2013) führten einen umfassenden systematischen Literaturreview über die Zeichen des bevorstehenden Todes und Symptome in den letzten beiden Lebenswochen durch. Dabei identifizierten sie Atemnot (56,7 %), Schmerzen (52,4 %) und Verwirrtheit (50,1 %) als häufigste Symptome. Laut Hanlon et al. (2010) leiden 36,6 % der BewohnerInnen in Pflegeheimen in ihrer letzten Lebenswoche an Schmerzen. Hunnicutt et al. (2017) beschreiben die Schmerzhäufigkeit von in Hospizen aufgenommenen PatientInnen mit beinahe 60 %.

Die Priorität von Schmerzfreiheit für PatientInnen konnte bereits in mehreren qualitativen Studien gezeigt werden. Beispielsweise gaben befragte KrebspatientInnen in Italien in ihrer letzten Lebenswoche an, dass Schmerzfreiheit für sie die höchste Wichtigkeit hat. Schmerz bedeute für sie großen körperlichen und psychischen Stress und schränkte sie in ihrem „normalen Leben“ gravierend ein. Die PatientInnen hatten große Angst vor einem schmerzhaften Tod. (Dobrina et al., 2016)

Auch Melin-Johansson et al. (2008) bzw. Delgado-Guay et al. (2016) konnten zeigen, wie wichtig Schmerzfreiheit am Ende des Lebens von Betroffenen empfunden wird. Sei diese nicht gegeben, komme es zu großen Einbußen in der Lebensqualität.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt Palliativpflege als einen Ansatz, die Lebensqualität von PatientInnen, welche den Herausforderungen lebensbedrohlicher Erkrankungen gegenüber stehen, sowie deren Familien, zu verbessern. Prävention und Linderung von Leiden solle durch die zeitnahe Identifikation, einwandfreies Assessment und Management von Schmerzen und anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen ermöglicht werden. Schmerzlinderung steht dabei an erster Stelle. (World Health Organization, 2019)

Das österreichische Gesundheits- und Krankenpflegegesetz hält in der Beschreibung des Berufsbildes der Pflege fest: „Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei.“ (GuKG Abs. 2, § 12). Die palliativen Kompetenzen und die Förderung von Lebensqualität sind also bereits im allgemeinen Berufsbild der Pflege beschrieben. § 22b des GuKG widmet sich vollständig der Hospiz- und Palliativversorgung. Hier werden die Pflege und Begleitung von Menschen mit fortschreitenden, unheilbaren und damit lebensbedrohlichen Erkrankungen sowie deren nahestehenden Angehörigen beschrieben. Die Verbesserung der Lebensqualität soll durch die Identifikation des Versorgungsbedarfs, „advanced care planning“¹, Einschätzung von Symptomen und deren Verlauf, die Beteiligung bei Therapien zur Symptomlinderung (medikamentös und nicht-medikamentös), die Beratung und Schulung von PatientInnen und Angehörigen sowie interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation erfolgen. (Rechtsinformationssystem des Bundes, 2018)

Monteverde und Manzambi (2015, S. 297) beschreiben die tragende Rolle der Pflege im palliativen Fachbereich, unter anderem erwähnen sie die Planung, Durchführung und Evaluation von adäquaten Pflegeinterventionen. Zu den Aufgaben der Pflege zählen die Autoren die Begleitung der PatientInnen während ihres Aufenthalts im Krankenhaus und die Beobachtung von Veränderungen über einen längeren Zeitraum. Durch ihre genaue Kenntnis der PatientInnen werden Pflegenden zu einer Art StellvertreterInnen für PatientInnen und können bei ärztlichen Visiten wichtige Impulse geben. (Monteverde und Manzambi, 2015, S. 304)

1.1. Pflegerelevanz

Die Pflege stellt die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen im stationären Bereich dar (Statistik Austria, 2017) und gilt deshalb als häufigste Kontaktperson für

¹ vorausschauende Planung zur Erfassung und Berücksichtigung der Wünsche und Bedürfnisse für die letzte Lebensphase

Patienten und Patientinnen. Schmid (2014, S. 298) beschreibt die zentrale Rolle der Pflegenden bei der Wahrnehmung und Einschätzung des Schmerzverlaufs. Keine andere Berufsgruppe verbringe so viel Zeit mit den PatientInnen, und kenne diese deshalb so genau. Das biete den Pflegenden die Chance, die PatientInnen in ihrer Schmerzsituation intensiv wahrzunehmen und zu begleiten. Studien zeigten, dass für PatientInnen, die in Krankenhäusern sterben und deren Angehörige Expertenpflege eines der wichtigsten Elemente ist. In diese Expertenpflege ist auch das Schmerzmanagement inbegriffen. (Virdun et al., 2015, Virdun et al., 2016)

Wie zuvor dargestellt ist die Aufgabe der Pflegenden im Rahmen der Palliativversorgung eindeutig im österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgehalten. Die Rolle der Pflege ist deshalb für eine adäquate Schmerztherapie am Lebensende von größter Bedeutung.

Da immer weniger Menschen zu Hause versterben, im letzten Jahr endete das Leben von 68 % der Verstorbenen in Krankenanstalten und Heimen (Statistik Austria, 2018), wurde für diese Arbeit die Rolle der Pflegenden im stationären Setting gewählt.

1.2. Begriffsdefinitionen

Zum besseren Verständnis der vorliegenden Arbeit folgen in diesem Kapitel einige Begriffsdefinitionen.

1.2.1. Schmerz

Eine der wohl bekanntesten und treffendsten Definitionen für Schmerz stammt von McCaffery (1968): *„Pain is whatever the experiencing person says it is, existing whenever he/she says it does.“* Sie zeigt damit, wie schwierig es ist, Schmerz objektiv zu definieren. Auch Juchli (1994, zit. n. Schmid, 2014, S. 294) schließt sich dem an: *„Schmerz ist, was nach Aussage des Patienten weh tut.“*

Allgemein lässt sich Schmerz als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis beschreiben, welches meist mit einer Gewebsschädigung verknüpft ist, aber auch ohne diese auftreten kann. Man unterscheidet zwischen akutem Schmerz, der häufig als Warnsignal auf akute Prozesse hinweist, und chronischem Schmerz. Letzterer überdauert dabei den Zeitraum, in dem üblicherweise Heilung stattfindet. Er

kann über Jahre bestehen bleiben und gilt oft als „sinnlos“, weil er seine Warnfunktion verloren hat. (Schmid, 2014, S. 293)

1.2.2. Palliativpflege

Ergänzend zur oben genannten Definition von Palliativpflege beschreibt die WHO auch noch folgende Aspekte: Palliativpflege ...

- stellt Linderung von Schmerzen und anderen besorgniserregenden Symptomen bereit
- bejaht das Leben und sieht das Sterben als natürlichen Prozess
- beabsichtigt den Tod weder zu beschleunigen noch hinauszuzögern
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte in der Pflege
- bietet PatientInnen Unterstützung dabei, ihr Leben bis zum Tod so aktiv wie möglich gestalten können
- bietet Familien Unterstützung mit der Krankheit und dem Verlust ihres Angehörigen zurecht zu kommen
- verwendet einen Teamansatz um die Bedürfnisse von PatientInnen und Familien, inklusive der Trauerbegleitung erfüllen zu können
- versucht die Lebensqualität zu verbessern und eventuell auch den Verlauf der Erkrankung positiv zu beeinflussen
- ist bereits früh im Krankheitsverlauf anzuwenden, ergänzend zu Therapien, die das Leben verlängern (etwa Chemotherapie oder Strahlentherapie), und umfasst auch Recherchen um mögliche Komplikationen besser zu verstehen und handzuhaben (World Health Organization, 2019)

Palliativpflege bedeutet eine Versorgung, bei der PatientInnen und deren Angehörige im Zentrum stehen. Sie optimiert die Lebensqualität durch die Vorwegnahme, Prävention und Behandlung von Leiden. Sie begleitet durchgehend den kontinuierlichen Verlauf von Erkrankungen und bedient physische, intellektuelle, emotionale, soziale und spirituelle Bedürfnisse. Dadurch sollen Patientenautonomie, sowie Zugang zu Informationen und Entscheidungsfindung der PatientInnen ermöglicht werden. (National Consensus Project for Quality Palliative Care, 2004)

1.2.3. Palliativstation

Palliativstationen sind spezielle Einrichtungen in Krankenhäusern, deren Ziel es ist, bei tödlichen Erkrankungen bereits in einem frühen Stadium für die Verbesserung der Lebensqualität zu sorgen. Die Versorgung erfolgt durch ein interdisziplinäres Team aus Pflegenden, MedizinerInnen, SeelsorgerInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen; teilweise mit der Unterstützung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen. PatientInnen können bei stabilem Gesundheitszustand auch immer wieder nach Hause entlassen werden. (Seeger, 2014, S. 159)

1.2.4. End-of-Life Care

In der Consensus Development Conference (2004) wurde bereits ein Mangel an einheitlichen Definitionen für Konzepte und Begriffe in der Palliativpflege beschrieben und als Barriere für die Forschung in der End-of-Life Pflege identifiziert. Hui et al. (2012) beschäftigen sich in einem Literaturreview ausführlich mit diesem Defizit. In der Analyse onkologischer Fachliteratur und Veröffentlichungen zur Palliativpflege stellen sie fest, dass „End-of-Life“ der am zweithäufigsten genannte Begriff war. Er wurde in 32 % der eingeschlossenen Artikel erwähnt, besonders häufig in aktuellen Veröffentlichungen. Trotzdem konnten die Autoren keine Definition des Ausdrucks finden. Unterschiedlichen Autoren berichten von Zeiträumen zwischen Tagen und Jahren.

1.2.5. Terminal Care

Laut Proot et al. (2004) betrifft Terminal Care Menschen mit einer terminalen Diagnose, mit der der Tod innerhalb von 12 Monaten erwartet werden kann. Palliative Terminal Care beinhaltet die Linderung von Leiden von Betroffenen in ihrer letzten Lebensphase und inkludiert dabei, zusätzlich zur Erleichterung physischer Symptome auch emotionale, spirituelle und soziale Aspekte. Napolskikh et al. (2009) hingegen beschreiben die letzten drei Lebensmonate.

Für das Verfassen dieser Arbeit konnte keine eindeutige Definition gefunden werden. Deshalb wurden Studien inkludiert, die die Monate vor dem Tod analysieren, einige Autoren beschreiben speziell die letzten Lebenswochen.

1.2.6. Stationäres Setting

Das im Rahmen dieser Arbeit untersuchte stationäre Setting inkludiert Krankenhäuser, Hospize und Pflegeheime. Es grenzt sich vom ambulanten Setting ab, indem sich die Aufgaben der professionellen Pflegepersonen sehr stark unterscheiden. Pflegende haben dabei umfangreiche Aufgaben in der Koordination mit HausärztInnen und sind speziell der PatientInnen- und Angehörigenedukation gefordert. (Gnass et al., 2018)

1.2.7. Rolle

Zimbardo (1995, S. 723) sieht als Rolle wird ein sozial definiertes Verhaltensmuster. Dieses wird von einer Person, die eine bestimmte Funktion in einer Gruppe hat, erwartet. Rollen sind größtenteils von den Merkmalen ihrer Inhaber unabhängig. Linton (1979) verknüpfte den Rollenbegriff mit dem des Status und beschrieb beide als bestimmt durch soziale Struktur. Rollen beschreiben also Verhaltenserwartungen, die an Menschen in gewissen Funktionen gerichtet werden. Diese Funktionen, wie die Arbeit in der Pflege, werden durch ihre Aufgaben und Tätigkeiten definiert.

Für diese Arbeit bedeutet das, dass von der Gesellschaft und den Pflegenden selbst auferlegte Erwartungen an die Pflege beleuchtet werden, aber auch die gesetzlich vorgegebenen Aufgaben und Tätigkeiten analysiert werden.

1.3. Forschungslücke und Forschungsziel

Die Pflege erfüllt eine wichtige Rolle im Rahmen der Schmerztherapie bei PalliativpatientInnen, welche in der Literatur jedoch nicht ausreichend beschrieben ist. Das Ziel dieser Arbeit ist es deshalb, die Rolle der Pflegenden beim Schmerzmanagement im Rahmen der Terminal Care im stationären Setting darzustellen.

Es ergab sich folgende Forschungsfrage:

Welche Rolle nehmen Pflegende beim Schmerzmanagement im Rahmen der Terminal Care im stationären Setting ein?

2. Methodik

Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche durchgeführt. Ein Literaturreview ist eine organisierte, niedergeschriebene Präsentation der bisher durchgeführten Forschung zu einem Thema (Burns und Grove, 2009, S. 92).

Die in dieser Arbeit angewandte Suchstrategie und die Auswahl der Studien werden in diesem Kapitel beschrieben.

2.1. Literaturrecherche

Die Literaturrecherche wurde von Oktober bis Dezember 2018 durchgeführt. Für die Suche in den Datenbanken PubMed (Public Medical Literature On-Line) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) wurde eine Suchstrategie mit Schlüsselwörtern (Keywords) in englischer Sprache angewendet, um einen größtmöglichen Bereich der infrage kommenden Ergebnisse abzudecken.

Laut Burns und Grove (2009, S. 95) sind Keywords die wichtigsten Variablen, die in eine digitale Suche inkludiert werden müssen. Die Forschungsfrage führt dabei zur Identifikation und Definition relevanter Begriffe, auch Synonyme sollen einbezogen werden.

Für diese Literaturrecherche wurden die Keywords „palliative care“, „terminal care“, „nurse“, „nursing“ und „pain“ gewählt. Für die Suchwörter „palliative care“ und „pain“ wurden MeSH-Terms in PubMed und MHs in CINAHL verwendet. Unter MeSH-Terms (Medical Subject Headings) versteht man eine Liste von Fachbegriffen, die für die Indexierung der Literatur verwendet werden. Sie sind in einer hierarchisch organisierten Baumstruktur geordnet. Damit können Journal-Artikel in der Datenbank erfasst und katalogisiert werden. Dadurch werden eine Einheitlichkeit und Konsistenz in der Zuordnung der Literatur geschaffen. Die Aktualisierung der Begriffe erfolgt jährlich. MHs (CINAHL Headings) sind ebenso Begriffe, die den Artikeln nach Inhalt zugeordnet werden, um eine zielgerichtete Suche zu ermöglichen. Auch diese werden jährlich aktualisiert. (EBSCO Industries Inc., 2018, U.S. National Library of Medicine, 2018a)

Weiters erfolgte eine Kombination der Keywords und MeSH-Terms bzw. CINAHL-Headings mittels der booleschen Operatoren „AND“ und „OR“, um Suchideen zu gruppieren und die Datenbanksuche zu verfeinern (Burns und Grove, 2009, S.

99) Ergänzend wurden Trunkierungen mittels „*“ eingesetzt, um alle relevanten Ergebnisse erfassen zu können. Es entstand die in Tabelle 1 aufgeführte Suchstrategie.

Tabelle 1: Suchstrategie in den Datenbanken PubMed und CINAHL

PubMed	("palliative care"[MeSH Terms] OR terminal*) AND nurs* AND "Pain"[Mesh]
CINAHL	MH ((palliative care OR terminal*)) AND MH nurs* AND MH pain

Der Publikationszeitraum wurde auf die letzten zehn Jahre beschränkt, um die Aktualität der Forschungsergebnisse zu gewährleisten. Es wurden nur Studien gesucht, die in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht wurden und sich mit Erwachsenen („All Adult“) beschäftigten. Ergänzend wurde eine manuelle Suche in den Referenzlisten der gefundenen Artikel durchgeführt.

2.1. Auswahl der Studien

Durch die oben genannte Suchstrategie wurden in PubMed 296 Studien bzw. in CINAHL 115 Studien gefunden, deren Referenzen in das Literaturverwaltungsprogramm EndNote (Version X8) importiert wurden. Nach der Entfernung von Duplikaten verblieben 342 Studien aus den Datenbanken in der Auswahl und wurden durch vier Studien aus der Handsuche ergänzt. Nach einem Titelscreening und in Folge durchgeführtem Abstractscreening verblieben 31 Publikationen in der engeren Auswahl. Es wurde der Volltext gelesen und auf Eignung überprüft. Insgesamt konnten 17 Studien eingeschlossen werden. Der genaue Verlauf der Auswahl ist in Abbildung 1 dargestellt.

Die dieser Arbeit zugrunde liegende Forschungsfrage beinhaltet zwar ausschließlich den stationären Bereich, manche der gefundenen Studien wurden jedoch in einer Kombination von ambulantem und stationärem Setting durchgeführt. Um keine relevanten Informationen zur Beantwortung der Forschungsfrage zu verlieren wurden auch diese Arbeiten inkludiert.

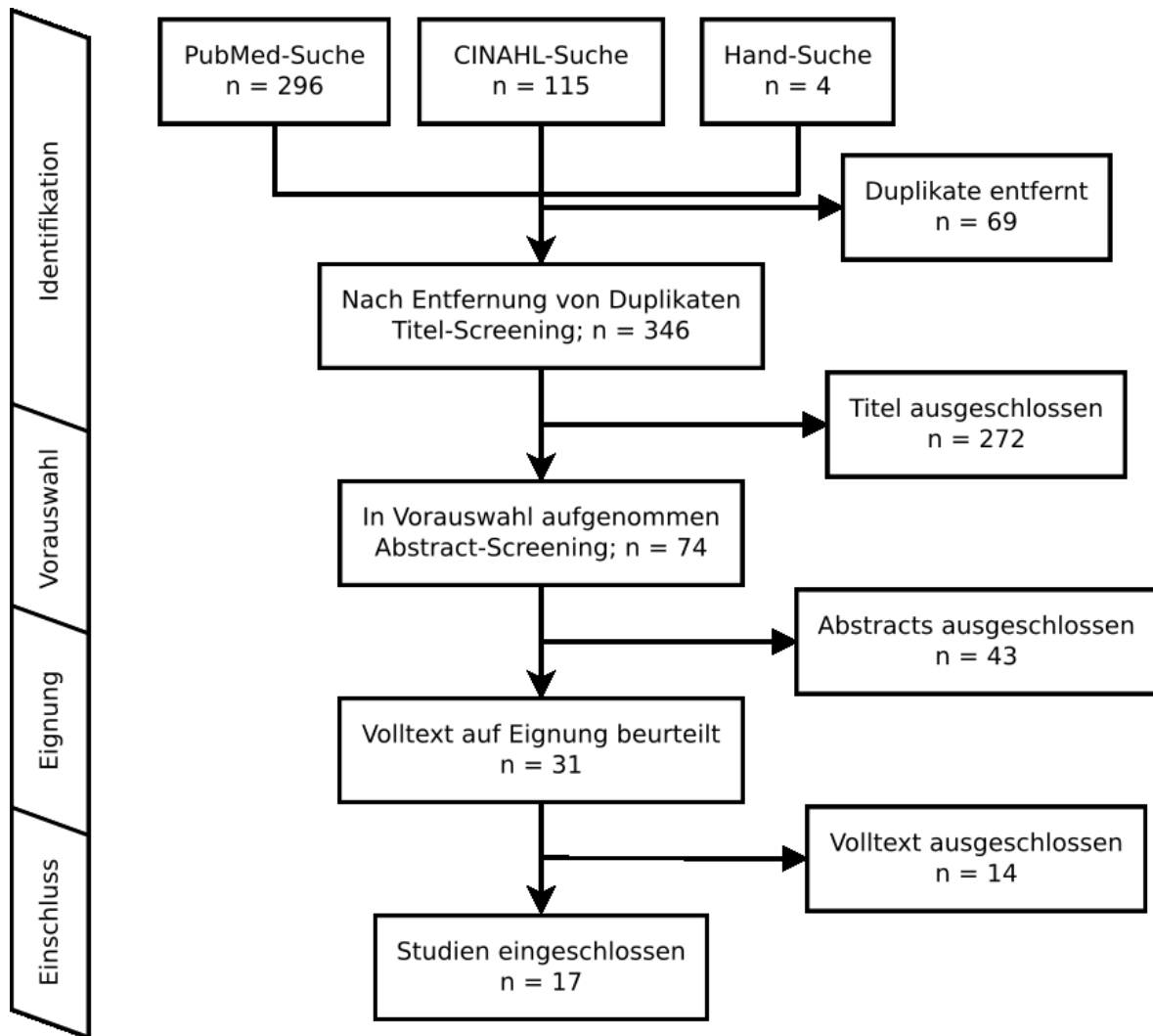


Abbildung 1: Flowchart der Literatursuche und des Auswahlprozesses

2.2. Kritische Bewertung der Studien

Eine kritische Bewertung der in Frage kommenden Studien durch den Bewertungsbogen nach Hawker et al. (2002) erfolgte, um die Qualität der zugrunde liegenden Arbeiten überprüfen zu können. Das Instrument wurde gewählt, weil es für alle Studiendesigns anwendbar ist. Im Bewertungsinstrument werden neun Bereiche (Abstract und Titel, Einleitung und Ziele, Methode und Datenerfassung, Sampling, Datenanalyse, Ethik und Limitationen, Resultate, Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit und Implikationen für Forschung und Praxis) bewertet. Dabei können vier Punkte („good“), drei Punkte („fair“), zwei Punkte („poor“) oder im schlechtesten Falle ein Punkt („very poor“) vergeben werden.

Studien, in denen alle Bereiche als gut bewertet wurden, können damit maximal 36 Punkte erlangen. Für diese Literaturrecherche wurde festgelegt, dass mindestens

60 % davon erreicht werden müssen, um die Qualität der Arbeit gewährleisten zu können. Alle 17 in Frage kommenden Studien konnten dieser Anforderung standhalten und somit inkludiert werden. Die Bewertungen sind im Anhang zu finden.

In nachfolgendem Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Studien beschrieben.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Inhalte der 17 identifizierten Studien präsentiert. Nachdem zuerst auf die Charakteristika eingegangen wird, soll eine Tabelle einen Überblick über die Studien bieten. Zur genaueren Beschreibung der Ergebnisse wurden diese inhaltlich in sieben Bereiche aufgliedert.

3.1. Charakteristika der Studien

Acht der ausgewählten Studien wurden im qualitativen Forschungsdesign durchgeführt, bei vier Studien wurde quantitativ gearbeitet und es konnten drei Mixed-Method-Studien inkludiert werden. Bei zwei inkludierten Arbeiten wurde die Delphi-Methode angewandt. Die am häufigsten eingesetzte Methode zur Datengewinnung waren semi-strukturierte Interviews. In den Literaturreview konnten internationale Studien aus zehn Ländern eingeschlossen werden. Vier der Arbeiten wurden in den USA durchgeführt, drei in England, jeweils zwei in Schweden und Nordirland. Jeweils eine Studie wurde in Israel, Kanada, Brasilien, Botswana, Australien und Japan durchgeführt.

Da keine Arbeiten vorlagen, die sich ausschließlich mit der Beschreibung der Rolle Pflegender beim Schmerzmanagement in der End-of-Life-Care im stationären Setting beschäftigten, wurden die Informationen aus einer großen Anzahl an Studien zusammengetragen. Vier der ausgewählten Studien beschäftigten sich mit Erfahrungen von Pflegenden, PatientInnen und Angehörigen, und zwei Forschungsteams erfragten speziell deren Wahrnehmungen.

Tabelle 2 stellt die Charakteristika aller eingeschlossenen Studien im Überblick dar.

Tabelle 2: Charakteristika der ausgewählten Studien

Titel	Ziel	Methode/Sample/Setting	Ergebnisse
Ben Natan M., Garfinkel D., Shachar I., 2010, Israel			
End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff	Ein Vergleich der zugeschriebenen Relevanz unterschiedlicher End-of-Life Bedürfnisse von terminal kranken älteren PatientInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen, ihren Familien und Gesundheitsdienstleistern (ÄrztInnen und Pflegenden)	Quantitatives Design Fragebogen n=451 (PatientInnen (73), Angehörige (70), Pflegenden (249), MedizinerInnen (71)) Geriatrizentren	Die 5 wichtigsten Bedürfnisse wurden gleich wahrgenommen, große Abweichungen wurden im Bereich Aufklärung und Mitsprache sowie bei spirituellen Bedürfnissen festgestellt
Brorson H. et al., 2012, Schweden			
Pain Relief at the End of Life: Nurses' Experiences Regarding End-of-Life Pain Relief in Patients with Dementia	Die Beschreibung von Erfahrungen Pflegenden mit der End-of-Life Schmerzbehandlung bei PatientInnen mit Demenz	Qualitatives Design Semi-strukturierte Interviews 7 KrankenpflegerInnen Krankenhaus	(1) Erfahrung Pflegenden mit Schwierigkeiten bei der Schmerztherapie (2) Erfahrungen Pflegenden mit Ressourcen im Rahmen der Schmerztherapie
Courtenay M., Carey N., 2008, England			
The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature	Die Identifikation, Zusammenfassung und der kritische Zugang zu derzeitiger Evidenz bezüglich Einfluss und Effektivität Pflegegeleiteter Versorgung bei akutem und chronischem Schmerz.	Literaturreview in PubMed, CINAHL, Web of Knowledge und dem British Nursing Index	21 relevante Publikationen zu (1) Schmerzasessment, (2) Monitoring, (3) Evaluierung, (4) interdisziplinäre Zusammenarbeit, (5) Medikamentenmanagement
De Witt Jansen B. et al., 2016, Northern Ireland			

Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study	Erforschen von Erlebnissen von Pflegenden in Hospizen, Akutstationen und Pflegeheimen im Schmerzmanagement, den wahrgenommenen Barrieren und dem Schulungsbedarf für das Schmerzmanagement bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz in ihrem letzten Lebensmonat	Qualitatives Design Semi-strukturierte Interviews 24 KrankenpflegerInnen Hospize, Pflegeheime, Krankenhäuser	(1) Herausforderungen bei der Handhabung/Verabreichung von Medikamenten (2) die Pflege-Arzt-Beziehung (3) interaktives Lernen und Weiterentwicklung für die Praxis
De Witt Jansen B. et al., 2017, Northern Ireland			
Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study	Untersuchen von HCAs Perspektiven und Erfahrungen im Schmerzassessment und -management bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz, am Lebensende	Qualitatives Design Semi-strukturierte Interviews 14 HCAs Hospize, Pflegeheime, Krankenhäuser	(1) erkennen von Schmerz (2) berichten über Schmerz (3) Training und upskilling
Gagliese L. et al., 2016, Kanada			
How do healthcare workers judge pain in older palliative care patients with delirium near the end of life?	Zu verstehen, wie Angestellte im Gesundheitswesen feststellen, dass ältere KrebspatientInnen mit Delir Schmerzen haben.	Quantitatives Design retrospektive Kohortenanalyse - Sekundärdatenanalyse n=113 Fälle entsprechen 804 Assessmenttage Palliativpflegestationen	Es wurden routinemäßige Einschätzungen durchgeführt, Hauptquelle für Informationen waren Selbstangabe der PatientInnen und Beobachtungen von spontanem oder provoziertem Verhalten.
Limeira Lopes M. E. et al., 2013, Brasilien			
Palliative Care: Understanding of the assistant nurses	Herauszufinden, wie Pflegenden Palliativpflege wahrnehmen	Qualitatives Design Interviews 18 Pflegenden Fortbildung für Palliativpflege	(1) Pflege im multidisziplinären Team (2) ganzheitliche Pflege (3) Verbesserung der Lebensqualität für PatientInnen und Angehörige
Mojapelo T. D., Usher K., Mills J., 2016, Botswana			

Effective pain management as part of palliative care for persons living with HIV/AIDS in a developing country: a qualitative study	Die Erfahrungen von botswanischen KrankenpflegerInnen in der Palliativpflege, inklusive Schmerzmanagement, bei PatientInnen mit HIV/AIDS und anderen chronischen Krankheiten verstehen.	Qualitatives Design Semi-strukturierte Interviews 13 KrankenpflegerInnen Krankenhäuser die auch Pflege zu Hause anbieten	(1) Anerkennen von Limitationen in der Vertretung der PatientInnen (2) Bedenken zur Einstellung zu Schmerzmanagement der MedizinerInnen
Parker S. M. et al., 2013, USA			
Patient Outcomes and Satisfaction With Care Following Palliative Care Consultation	Beantwortung der Fragen: Wie zufrieden sind PatientInnen mit Palliativpflege-Konsultationen? Wie wird der Patientencomfort eingeschätzt? Wie war das Endergebnis für die PatientInnen nach ihren Konsultationen?	Quantitatives Design deskriptive Studie n=100 Konsultationen durch NPs Akutpflegeeinrichtungen, Langzeitpflegeeinrichtungen, Betreuung zu Hause	Hohe Zufriedenheit mit den Konsultationen und den Pflegeleistungen
Rowley J, Taylor B., 2011, Australien			
Dying in a rural residential aged care facility: An action research and reflection project to improve end-of-life care to residents with a non-malignant disease	Zu erforschen, wie Pflege die höchstmögliche Wahrscheinlichkeit für einen "guten Tod" erreichen kann, Barrieren zur optimalen End-of-Life Pflege identifizieren und die Beziehung zwischen Pflegenden und Angehörigen sterbender mit dem Ziel der Verbesserung zu erkunden.	Qualitatives Design action and reflection-Forschung Reflexionen von Praxiserfahrungen Pflegenden (14) in Gruppendiskussionen; Interviews von (8) Angehörigen	Hauptthema: Verbesserung des Schmerzmanagements
Sasahara T. et al., 2009, Japan			
Development of a Standard for Hospital-Based Palliative Care Consultation Teams Using a Modified Delphi Method	Die Entwicklung eines Palliativpflege Konsultationsstandards für Krankenhäuser	Qualitatives Design Delphi-Methode 27 ExpertInnen	Aufgaben in vier Hauptbereichen: (1) Philosophie und Strategie (2) Struktur der Pflegeleistungen (3) Maßnahmenbeschreibung (4) Qualitätssicherung und Verbesserungen in der Pflege
Smedback J. et al., 2017, Schweden			

Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study	Erforschen von Symptomen, Symptomlinderung und Schlüsselaspekten in der Palliativpflege während der letzten Lebenswoche bei älteren Menschen in Pflegeheimen.	Quantitatives Design Sekundärdatenanalyse 49172 Fälle Pflegeheime	Häufigste Todesursachen waren Kreislauferkrankungen und Demenz, häufigstes Symptom war Schmerz, 12,3 % verwendeten valide Assessmentinstrumente
Soden, K. et al., 2010, England			
How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study	Besseres Verständnis, wie Pflegenden einer spezialisierten Palliativpflegestation Durchbruchschmerz beurteilen und managen	Qualitatives Design Semi-strukturierte Interviews 15 KrankenpflegerInnen Palliativpflegestationen	(1) definieren von Durchbruchschmerzen (2) beurteilen von Durchbruchschmerzen (3) behandeln von Durchbruchschmerzen (4) Einstellung und Teamwork
Soden, K. et al., 2013, England			
How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study	Besseres Verständnis erlangen, wie Pflegenden einer spezialisierten Palliativpflegestation Durchbruchschmerz beurteilen und managen, die Berücksichtigung aller Barrieren die ein effektives Schmerzmanagement verhindern und die Identifikation von speziellen Schulungsanforderungen.	Mixed Method Design Phase II Fragebögen n=104 Palliativpflege Anbieter	(1) Erfahrung und Schulung (2) Ausdrücke zur Schmerzbeschreibung (3) Schmerzassessment (4) Einstellung zu Schmerzfragen (5) Einfluss von internen Richtlinien auf das Schmerzmanagement
Temkin-Greener H. et al., 2015, USA			
Developing Palliative Care Practice Guidelines and Standards for Nursing Home-Based Palliative Care Teams: A Delphi Study	(1) Herausfinden, welche Guidelines für Pflegepraxis wichtig und durchführbar in Pflegeheimen sind, (2) Identifizierung der betrieblichen Standards für Palliativpflege-Teams in Pflegeheimen	Qualitatives Design Delphi-Methode 38 TeilnehmerInnen aus 16 Einrichtungen Pflegeheime	17 Praxisguidelines über 7 Domänen: Struktur und Prozess, physisch, psychosozial und psychiatrisch, sozial, kulturell, End-of-Life, ethisch und legal
Temkin-Greener H. et al., 2017a, USA			

Improving palliative care through teamwork (IMPACTT) in nursing homes: Study design and baseline findings	Untersuchung der Effizienz von Palliativpflege-Praxisguidelines über integrierte Palliativpflege-Teams in der Verbesserung der Pflegequalität und der Ergebnisse für BewohnerInnen am Ende des Lebens.	RCT Mixed Method Design Interviews (41), Sekundärdatenanalyse (5830 BewohnerInnen), Fragebogen (Präintervention 1018, Postintervention: 466) Pflegeheime	Teil 1: Beschreibung des Studiendesigns
Temkin-Greener H. et al., 2017b, USA			
Impact of Nursing Home Palliative Care Teams on End-of-Life Outcomes A Randomized Controlled Trial	Testen des Einflusses der Palliativpflege-Teams auf End-of-Life Ergebnisse.	RCT Mixed Method Design Interviews (41), Sekundärdatenanalyse (5830 BewohnerInnen), Fragebogen (Präintervention 1018, Postintervention: 466) Pflegeheime	Teil 2: Einrichtungen mit funktionierenden Palliativpflege-Teams hatten geringere Todesfälle in Krankenhäusern, geringere depressive Symptome bei BewohnerInnen, bessere Ergebnisse bei Teamzusammenhalt, Kommunikation und Teamleistung

3.2. Schmerzassessment

Als Assessment wird eine Bewertung oder Einschätzung bezeichnet. In allen inkludierten Studien wurde über die Rolle der Pflege beim Schmerzassessment berichtet. Laut den Autoren sei hier differenziertes Vorgehen in unterschiedlichen Situationen erforderlich. Eine grobe Unterteilung kann danach getroffen werden, in wie weit sich PatientInnen mitteilen können.

3.2.1. Schmerzassessment bei PatientInnen, die sich nicht mitteilen können

Nicht alle PatientInnen können sich verbal oder nonverbal mitteilen, und so bewusst Aussagen über ihre derzeitige Schmerzsituation treffen. Kognitive Beeinträchtigungen, beispielsweise durch Demenz oder Delir am Lebensende können diese Fähigkeit einschränken.

So widmeten sich Gagliese et al. (2016) speziell der Frage, wie Pflegende und auch MedizinerInnen zu ihrer Einschätzung und Beurteilung von Schmerzen bei älteren Palliativpflege-PatientInnen im Delirium kommen, wenn diese dem Lebensende nahe sind. In einer retrospektiven Kohortenstudie wurden hierbei 113 Fälle und damit 804 Erhebungs-Tage einer kanadischen Palliativstation analysiert. Zur Erhebung der Schmerzsituation der PatientInnen dienten neben Informationen von Angehörigen auch die Beobachtung von Hinweisen auf Schmerzen. Dabei wurde zwischen mehreren Möglichkeiten unterschieden. Die Beobachtung des spontanen Verhaltens auf Grimassieren oder spontane verbale Äußerungen wie Jammern und Stöhnen, sowie das Verhalten bei potentiell schmerzhaften Erlebnissen wie Bewegung und Lagewechsel. Als weitere Hinweise auf Schmerzen wurde das Halten eines Körperteils sowie geballte Fäuste genannt.

Auch De Witt Jansen et al. (2017) beschäftigten sich mit Schmerzmanagement bei PatientInnen mit eingeschränkten Kommunikationsfähigkeiten. Sie interessierten sich hierbei speziell für Menschen mit Demenz. Ihr Ziel war es, die Erlebnisse von Pflegepersonen (sog. „Health Care Assistants“ oder HCA) mit dem Schmerzassessment und -management sowie den diesbezüglichen Herausforderungen zu erforschen. Dazu befragten sie 14 Health Care Assistants in Hospizen, Krankenhäusern und Pflegeheimen in Nordirland. Die TeilnehmerInnen sahen ihre Aufgabe in der Feststellung von Schmerzen im Rahmen der Pfllegetätigkeiten durch von der Norm

abweichendes Verhalten der Demenzkranken. Bei neu aufgenommenen PatientInnen hielten sie eigenständig Rücksprache mit Angehörigen oder den bis dahin zuständigen Pflegekräften über bekannte Verhaltensweisen. Auch unterstützten sie Registered Nurses (RNs) bei der Anwendung standardisierter Assessmenttools, weil diese durch ihren häufigeren Kontakt mit den PatientInnen deren Signale besser kannten und dadurch deuten konnten. Nach der Durchführung von schmerzlindernden Maßnahmen warteten die befragten HCA mit der weiteren Pflege ab, bis die PatientInnen schmerzfrei waren. Dies erforderte die eigenständige Evaluierung der Schmerzsituation durch die HCA.

Im Rahmen einer qualitativen Studie untersuchten auch Brorson et al. (2014) die Erlebnisse von Pflegekräften bei der Schmerzbehandlung bei Demenzerkrankten am Lebensende. Sie führten hierzu sieben semi-strukturierte Interviews mit Pflegenden in einem schwedischen Krankenhaus durch. Als eine von neun aufgezeigten Subkategorien identifizierten sie dabei die Fähigkeit, die Bedürfnisse der PatientInnen zu verstehen. Ein besonderes Augenmerk lag dabei auf der Wahrnehmung, Beobachtung und Interpretation der Signale der PatientInnen. Eine weitere Subkategorie stellte die zwischenmenschliche Beziehung dar. Dazu gehöre auch, die Lebensgeschichte des Erkrankten zu kennen beziehungsweise diese von den Angehörigen zu erfragen, und in das Wissen um den Menschen einfließen lassen zu können.

Rowley und Taylor (2011) führten in Australien ein „action research and reflection“ Projekt als qualitative Studie durch, an dem 14 Pflegenden unterschiedlicher Berufsgruppen und acht Angehörige aus zwei ländlichen Pflegeheimen teilnahmen. Ihr Ziel war es, die Pflege, potentielle Barrieren im Rahmen der End-of-life Care sowie das Verhältnis zwischen professionellen Pflegekräften und Angehörigen zu untersuchen und dadurch zur Verbesserung beitragen zu können. Im Rahmen von Gruppendiskussionen über Praxiserfahrungen wurde als Hauptthema die Verbesserung des Schmerzmanagements identifiziert. Die Priorität der Durchführung und Dokumentation des Schmerzassessments wurde von den TeilnehmerInnen als hoch eingestuft, um Schmerz als Ursache für negatives Verhalten ausschließen zu können. Als eine Möglichkeit, das Schmerzmanagement in der Praxis der beiden Pflegeheime zu verbessern, wurde die Einführung von standardisierten Assessmentinstrumenten, auch für kognitiv eingeschränkte BewohnerInnen, aufgezeigt.

3.2.2. Schmerzassessment bei PatientInnen, die sich mitteilen können

Bei der Schmerzeinschätzung von orientierten PatientInnen, welche sich verbal mitteilen konnten, wurde hauptsächlich die Angabe der Betroffenen selbst für das Assessment herangezogen.

In der Arbeit von Rowley und Taylor (2011) sehen die TeilnehmerInnen es als Aufgabe der Pflege, bereits vor Eintritt des Schmerzes auf diese Situation vorbereitet zu sein. Assessments werden durchgeführt, bevor BewohnerInnen erstmals Schmerzen angeben und die Möglichkeit einer Bedarfsmedikation sollte gegeben sein. Ebenso wie bei kognitiv eingeschränkten BewohnerInnen wurde hier von den TeilnehmerInnen die Verwendung standardisierter Assessmentinstrumente bevorzugt. Als Beitrag zur Verbesserung des Schmerzmanagements wurde von den Befragten die Thematisierung des Schmerzassessments in Mitarbeitergesprächen empfohlen.

Bei der Entwicklung eines Palliativpflege-Beratungsteam-Standards mittels Delphi-Methode in Japan legten 27 ExpertInnen das Assessment als Aufgabe des Teams im Bereich der Klinischen Aktivitäten fest. Physische Untersuchungen sollten durch umfassende Schmerzeinschätzungen mit standardisierten Assessmenttools ergänzt werden. (Sasahara et al., 2009) Smedback et al. (2017) führten eine Sekundärdatenanalyse über Symptome, Symptomlinderung und andere Schlüsselaspekte der Palliativpflege während der letzten Lebenswoche älterer PflegeheimbewohnerInnen in Schweden durch. Als Aufgabe der Pflege kristallisierte sich dabei das Schmerzassessment, insbesondere mit standardisierten Erhebungsinstrumenten, heraus.

In einer deskriptiven Studie evaluierten Parker et al. (2013) 100 Konsultationen durch Nurse Practitioners, welche PatientInnen und ihre Angehörige in der Akutpflege, in Langzeitpflegeeinrichtungen und in der Versorgung zu Hause beraten hatten. Die amerikanischen Forscher sahen die Aufgabe der Pflege unter anderem bei der Sammlung von Informationen über PatientInnen und deren Zustand. Neben dem Wissen über die Krankengeschichte und dem medizinischen Vorgehen war bereits im Rahmen der ersten Konsultation die Erhebung des Patientenkomforts und der Schmerzsituation vorgesehen. Bei weiteren Terminen wurden regelmäßig Schmerzassessments durchgeführt um die medikamentöse Therapie schrittweise

anpassen zu können. Die physischen Assessments wurden durch die Einschätzung des emotionalen Status ergänzt.

Soden et al. (2010) bzw. Soden et al. (2013) beschäftigten sich in zwei Studien mit dem Schmerzassessment und Schmerzmanagement bei KrebspatientInnen auf englischen Palliativstationen, der Fokus lag hierbei auf Durchbruchschmerz². In der ersten Phase wurden semi-strukturierte Interviews mit 15 Pflegenden geführt um ein Verständnis dafür zu entwickeln, wie die Befragten diese spezielle Art des Schmerzes einschätzten und bewältigten. In der zweiten Phase, einer quantitativen Fragebogenerhebung, ergänzten sie die bestehende Fragestellung um die zu beachtenden Barrieren im Schmerzmanagement und die Identifikation von speziellem Schulungsbedarf. Bereits im ersten Teil wurde das Assessment als eine von vier Hauptkategorien identifiziert. Ganzheitliche Assessments beinhalten dabei neben der Erhebung von Schmerzen auch psychologische, spirituelle und soziale Elemente. Befragte gaben an, dass hierbei speziell Intuition und Erfahrung zur Einschätzung notwendig wären. In der zweiten Phase wurden die Sichtweise der PatientInnen, nonverbale Hinweise und klinische Erfahrung als die Faktoren identifiziert, die den größten Einfluss auf die Einschätzung haben. Alle StudienteilnehmerInnen gaben an, Assessmenttools zu verwenden, am häufigsten kamen numerische und verbale Ratingskalen³ zum Einsatz. Rund 20 % der Befragten nutzten Schmerztagebücher, knapp über 10 % nahmen visuelle Ratingskalen zur Hilfe.

In einer qualitativen Studie untersuchten Limeira Lopes et al. (2013) wie Pflegende Palliativpflege erfahren bzw. wahrnehmen. Dazu führten sie 18 Interviews mit brasilianischen Pflegenden, welche eine Fortbildung zu diesem Thema besuchten. Im Rahmen der umfassenden und ganzheitlichen Pflege sahen diese das Schmerzassessment als entscheidend für die weitere Vorgehensweise in der pflegerischen Versorgung von PatientInnen am Ende des Lebens.

² Als Durchbruchschmerz werden Schmerzspitzen bezeichnet, die entweder spontan oder aufgrund bestimmter Auslöser wie aktiver Bewegung (z.B.: beim Husten oder als Belastungsschmerz) oder passiver Bewegung (z.B.: Umbetten oder Verbandswechsel) sein. (Svendsen et al. 2005 zit. nach Feichtner 2018, S. 195)

³ Bei numerischen Ratingskalen (NRS) geben Betroffene ihr Schmerzempfinden auf einer Skala von 1 bis 10 an, verbale Ratingskalen (VRS) bieten oft vier Auswahlmöglichkeiten („kein Schmerz“, „gut erträglich“, „gerade noch erträglich“ und „unerträglich“), um eine mögliche Überforderung durch zehnteilige Skalen zu verhindern. (Feichtner 2018, S. 202f)

In Israel wurde eine Studie durchgeführt, bei der insgesamt 451 Fragebögen von BewohnerInnen, deren Angehörigen, Pflegenden und MedizinerInnen zu ihrer Wahrnehmung von Bedürfnissen terminal erkrankter Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen am Ende des Lebens analysiert wurden. Dabei konnte gezeigt werden, dass vor allem die Pflegenden die spirituellen Bedürfnisse der BewohnerInnen ernst nahmen und deren Erhebung das Schmerzassessment vervollständigte. (Ben Natan et al., 2010)

Temkin-Greener et al. (2015) führten in den USA eine Untersuchung in mehreren Schritten durch. Zu Beginn stellten sie sich die Frage, welche Guidelines wichtig und durchführbar für Pflegeheime sind, um einen Standard für Palliativpflege-Teams zu entwerfen. Dazu befragten sie mittels Delphi-Methode 38 ExpertInnen aus 16 Pflegeeinrichtungen. Die TeilnehmerInnen identifizierten 17 Guidelines, welche auf sieben Domänen verteilt waren. Unter den Ergebnissen befindet sich auch das Entwerfen eines Pflegeplans, welcher regelmäßig evaluiert werden sollte. Die Erstellung dieses Plans sollte laut den TeilnehmerInnen auf das interdisziplinäre Assessment basieren.

In einer Folgearbeit beschreiben Temkin-Greener et al. (2017a) die Evaluierung der Einführung der geplanten Palliativpflege-Teams. Diese erfolgte durch 41 qualitative Interviews, 466 postinterventionell ausgefüllte Fragebögen und die Sekundäranalyse der Daten von 5830 PflegeheimbewohnerInnen. Unter anderem stellten sie dabei fest, dass Einrichtungen mit funktionierenden Teams einen Rückgang bei Sterbefällen im Krankenhaus verzeichneten und die BewohnerInnen seltener an depressiven Symptomen litten. In ihrer Publikation der Ergebnisse beschrieben sie, dass das gesamte Team (alle Pflegenden unterschiedlicher Kompetenzniveaus) in das Schmerzassessment miteinbezogen werden sollten. Die Erhebungen sollten interdisziplinär durchgeführt werden.

In einem Literaturreview von Courtenay und Carey (2008) wurden erfasste Studien in drei Bereiche gegliedert: Evaluierung von Schmerzschulungsprogrammen, Evaluierung der Auswirkungen von pflegegeleiteten Interventionen und Beschreibung der Aktivitäten von Pflegenden bei akutem und chronischem Schmerz. Zum zuletzt genannten Thema konnten acht Studien eingeschlossen werden. Im Bereich der klinischen, didaktischen und administrativen Aufgaben fanden die Autoren dabei

zwei Arbeiten in denen das Schmerzassessment, Monitoring und die Evaluierung von Schmerz als Hauptaktivitäten von Pflegenden genannt wurden.

3.3. Planung, Organisation und Schmerzbehandlung

Der Entwurf eines Pflegeplanes zur Schmerzbehandlung wird bei Sasahara et al. (2009) als Aufgabe des Palliativpflege-Betreuungsteams gesehen. In die Erstellung sollen PatientInnen und deren Angehörige miteinbezogen werden. Die Entscheidungen sollen nach Besprechungen und Diskussionen mit den zuständigen professionellen Pflegenden vor Ort getroffen werden. Empfehlungen für die Schmerzbehandlung sollen an das direkt pflegende Personal weitergegeben werden. Das Symptommanagement im Rahmen der klinischen Aktivitäten umfasst dabei auch emotionale Unterstützung. Die Organisation von Ressourcen wird als eigener Punkt angeführt.

Die Organisation der Pflegenden ermöglicht es auch, Pfllegetätigkeiten und Aktivitäten zu einem Zeitpunkt durchzuführen, zu dem PatientInnen (möglichst) schmerzfrei sind. De Witt Jansen et al. (2017) stellte diese Organisationstätigkeiten bereits in der Pflege durch HCA fest. Auch in der Arbeit von Rowley und Taylor (2011) gaben die TeilnehmerInnen an, die Pfllegetätigkeiten so zu organisieren, dass diese zu einem von den PatientInnen als passend empfundenem Zeitpunkt stattfinden. Speziell wurde hier das Zeitfenster genannt, in dem die Schmerzmedikamente wirken. Auch bei Temkin-Greener et al. (2017b) findet die Organisation und Koordination der Pflege Erwähnung.

Courtenay und Carey (2008) identifizierten in ihrer Literaturrecherche unter dem Punkt „Evaluierung von pflegegeleiteten Interventionen“ zwei Studien, die sich mit der Kosteneffizienz eines Akut-Schmerz-Teams aus Pflegenden beschäftigten. Autoren schlussfolgerten aus dem reduzierten Auftreten von Komplikationen durch die Implementierung des Teams geringere Gesamtkosten. Die Aufgaben der Pflegenden inkludierten regelmäßige Assessments, Dokumentation der Schmerzstärke und der Gabe von Schmerzmitteln. In einer zweiten Arbeit wurde der Akut-Schmerz-Service durch spezialisierte klinische Fachkrankenschwestern evaluiert. Zu ihren Aufgaben zählten die Information der PatientInnen, die Handhabung von Schmerz-

management-Guidelines, tägliche Visiten der SchmerzpatientInnen, die Dokumentation der Schmerzeinschätzungen mittels standardisierten Tools und die Forcierung der besten Vorgehensweise bei akutem Schmerz.

3.3.1. Medikamentöse Schmerzbehandlung

De Witt Jansen et al. (2016) widmete sich in einer qualitativen Studie den Erfahrungen und wahrgenommenen Barrieren im Schmerzmanagement bei PatientInnen mit fortgeschrittener Demenz in deren letztem Lebensmonat. Dazu führten sie semi-strukturierte Interviews mit 24 Pflegenden in Hospizen, der Akutpflege und Langzeitpflegeeinrichtungen. Es wurden drei Hauptthemen extrahiert: Die Herausforderungen bei der Handhabung und Verabreichung von Medikamenten, die Pflege-Arzt-Beziehung und interaktives Lernen und Weiterentwicklung für die Pflege. Als Schwierigkeiten beim medikamentösen Schmerzmanagement die Verweigerung der Einnahme von Tabletten durch die Demenzerkrankten. Man könne ihnen nicht erklären, wozu diese gut sind und dass sie ihnen Erleichterung verschaffen würden. Diese Einschränkung in der Kommunikation führe dazu, dass man den Betroffenen ihre Ängste nicht nehmen könne und diese mit teilweise aggressivem Abwehrverhalten reagieren. Die Pflegenden brachten in den Interviews auch ihr Verständnis für die Ängste der PatientInnen und das daraus resultierende Verhalten zum Ausdruck.

Ebenso berichteten sie von Herausforderungen in der Darreichungsform von Medikamenten. Tabletten oral zu verabreichen stelle sich besonders bei müden PatientInnen und Menschen mit Schluckbeschwerden als Problem dar. Injektionen (subkutan und intramuskulär) sei oft schwierig, da Betroffene oft nur mehr einen geringen Körperfettanteil aufwiesen. Außerdem würden diese oft als schmerzhaft empfunden und die Injektion erhöhe oft das Stressniveau der ohnehin schon angestregten PatientInnen. Als bevorzugte Verabreichungsformen wurden die Gabe von Suppositorien und die Verwendung transdermaler Applikationen genannt. (De Witt Jansen et al., 2016)

In den beiden Studien von Soden et al. (Soden et al., 2010, Soden et al., 2013) findet die medikamentöse Schmerzbehandlung ebenfalls Erwähnung. Die Verabreichungsform solle laut den Befragten mit den PatientInnen abgesprochen werden um individuelle Wünsche berücksichtigen zu können. Dabei wäre es jedoch wichtig,

die PatientInnen nicht durch eine zu große Auswahl an Schmerzmitteln und Darreichungsformen zu überfordern.

Bei Brorson et al. (2014) beschrieben die befragten Pflegenden ein ethisches Dilemma bei der Dosierung von Schmerzmitteln. Sie hatten Angst, eine zu große Dosis zu verabreichen und die PatientInnen unbeabsichtigt zu sedieren. Manchmal empfanden sie, dass nicht adäquate Medikamente verordnet wurden und die Nebenwirkungen stärker waren als der Nutzen. Sie beschrieben aber auch das Gefühl von Befriedigung, wenn sie das Leiden durch pharmazeutische Maßnahmen merklich lindern konnten. Parker et al. (2013) beschreiben die Mitarbeit der Pflegenden bei der Schmerztherapie im Rahmen der Konsultationen. Im Zuge der Follow-up Meetings wird das Ansprechen auf die Schmerzmedikation erhoben um dann die Dosis schrittweise anzupassen.

Im Rahmen ihres Projekts erfuhren Rowley und Taylor (2011), dass die Pflegenden versuchten, die Verordnung und Gabe von Bedarfsmedikamenten zu vermeiden. Sollte diese dennoch angeordnet sein, empfanden sie es für wichtig sich zu vergewissern, dass an einem Plan für das Schmerzmanagement gearbeitet wird und die zuständigen MedizinerInnen den Schmerzverlauf der BewohnerInnen aufmerksam verfolgen und bei Bedarf Änderungen vornehmen. Die ExpertInnen bei Temkin-Greener et al. (2015) legten in den Guidelines für Palliativpflegeteams fest, dass das Management physischer Symptome, wie Schmerzen, zeitnahe, sicher und effektiv zu erfolgen hat, bis ein Level von Akzeptanz für BewohnerInnen und Angehörige erreicht wird. Ebenso soll eine adäquate Dosierung von sedierenden und Schmerzstillenden Medikamenten während des Sterbeprozesses bereitgestellt werden.

Courtenay und Carey (2008) identifizierten in ihrer Literaturrecherche Medikamentengebarung als eine der Aufgaben Pflegender in der Schmerztherapie. Die Verabreichung von Medikamenten sei in zwei Studien als häufig durchgeführte Aktivität genannt. Viele Pflegende gaben an, den ÄrztInnen bei Verschreibungsentscheidungen zur Seite zu stehen und sahen dies als zentrales Element ihrer Rolle im Schmerzmanagement.

3.3.2. Nicht-medikamentöse Schmerztherapie

Zu den Aufgaben der Pflege bei nicht-medikamentösen Möglichkeiten in der Schmerztherapie zählen physikalische Maßnahmen, wie Wärmetherapie und die Anwendung von TENS-Geräten⁴. Weiters zählt die Anleitung zur Entspannung zu den Aufgaben der Pflegenden. Dazu zählt auch das Angebot von Musiktherapie, Lichttherapie und Aromapflege. (Soden et al., 2010)

Auch die Befragten bei (Brorson et al., 2014) gaben an, durch Anwendung von Wärmepads und das Angebot von Musik zur Entspannung positiv auf den Schmerzverlauf einzuwirken. Sie führten auch die vermehrte Präsenz der Pflege im Patientenzimmer und häufigere Berührungen als wichtige Komponenten an. Wenn PatientInnen positiv auf Angehörige reagierten, versuchten sie diese zu häufigeren Besuchen zu ermuntern.

3.4. Kommunikation

Um die umfangreichen Aufgaben der Pflege in der Kommunikation darzustellen wird dieser Part im Rahmen dieser Arbeit in zwei Bereiche aufgeteilt. Die Kommunikation „nach außen“, also zwischen Pflegenden und PatientInnen, sowie mit deren Angehörigen und die „interne“ Kommunikation – innerhalb des Pflorgeteams.

3.4.1. Pflegende und PatientInnen bzw. Angehörige

Laut einer Studie, in der 44 Interviews geführt wurden, sind aus der Wahrnehmung von PatientInnen gute Kommunikationsfähigkeiten und ein effektives Pflege-Patientenverhältnis das wichtigste Konzept in der Palliativpflege (Courtenay und Carey, 2008).

Temkin-Greener et al. (2015) sehen die Aufklärung von BewohnerInnen in Pflegeheimen und deren Angehörigen über Vorteile und Nebenwirkungen von Interventionen als Aufgabe der Pflege an. Gute Kommunikationsfähigkeiten seien speziell dann gefragt, wenn es um das Treffen von informierten Entscheidungen geht. Kom-

⁴ TENS (Transkutane elektrische Nervenstimulation): über auf der Haut aufgeklebte Elektroden werden Stromimpulse geleitet, welche die Nerven reizen und zu einer Ausschüttung schmerzhemmender Substanzen führen. Es sind kaum Nebenwirkungen bekannt und auch eine langfristige Anwendung ist möglich. (Österreichische Schmerzgesellschaft)

munikation mit den Bewohnern und ihren Angehörigen wird auch in ihren nachfolgenden Arbeiten erwähnt. (Temkin-Greener et al., 2017a, Temkin-Greener et al., 2017b)

Parker et al. (2013) identifizierten Aufklärung und Unterstützung bei individuellem Advanced Care Planning⁵ als Aufgaben der Pflege im Rahmen der analysierten Konsultationen. Sie erwähnen ebenso die Aufklärung über Risiken und Nutzen von Behandlungen sowie Familienmeetings. Die Konsultationen sahen auch die Schulung von PatientInnen und Angehörigen auf spezielle Pflegemaßnahmen vor. Auch Soden et al. (2013) definierten in ihrer Mixed-Method-Studie die Schulung von PatientInnen, speziell im Umgang mit der Handhabung ihrer Schmerztherapie, als Thema.

Die befragten Pflegenden bei Limeira Lopes et al. (2013) gaben an, dass es in der Palliativpflege unumgänglich sei, PatientInnen und deren Angehörige in die Planung und Durchführung der Pflege mit einzubeziehen. Ben Natan et al. (2010) beschreibt ebenso die Beteiligung der PatientInnen und deren Bezugspersonen in der Pflege und in die Planung der täglichen Routineabläufe.

Erwähnung findet die Kommunikation mit BewohnerInnen und Angehörigen auch bei De Witt Jansen et al. (2017), speziell im Bereich des Assessments bei an Demenz erkrankten BewohnerInnen. Die TeilnehmerInnen betrachteten dabei auch diejenigen, die bis zum Zeitpunkt der Aufnahme die PatientInnen versorgten, also auch professionell Pflegende, als Angehörige. Die Befragten bei Soden et al. (2010) betonten ebenfalls die Notwendigkeit der „guten Kommunikation“ mit PatientInnen und Angehörigen. Die Studie von Smedback et al. (2017) zeigte auf, dass Pflegende sehr häufig Gespräche über End-of-Life-Themen mit PatientInnen und Angehörigen führen.

3.4.2. Kommunikation im Pflorgeteam

⁵ Advanced Care Planning (ACP): Planung der Ziele und gewünschten Richtung der Pflege, speziell der Pflege in der End of Life Care für den Fall, dass PatientInnen dann keine Entscheidungen mehr treffen können. (U.S. National Library of Medicine, 2003)

Als eine wichtige Aufgabe der Pflegenden im Palliativpflege-Beratungsteam identifizierten die Experten der Delphi-Runde bei Sasahara et al. (2009) die Kommunikation mit dem direkten Betreuungspersonal auf den Stationen. In regelmäßig stattfindenden Besprechungen sollen auch teamintern Fälle diskutiert werden um unterschiedliche Perspektiven einbeziehen zu können.

Bei Rowley und Taylor (2011) konnte mangelnde Kommunikation im Betreuungsteam als Schwierigkeit in der Betreuung Pflegebedürftiger festgestellt werden. Deshalb legten die Befragten die teaminterne Kommunikation als eigens erwähnte Aufgabe für Pflegende fest. Bei Bedarf sollten hier auch die Grenzen des direkten Betreuungsteams überwunden und Experten auf dem Gebiet der Schmerztherapie und Versorgung von PatientInnen am Lebensende einbezogen werden.

PflegeassistentInnen, die von De Witt Jansen et al. (2017) befragt wurden, zählten die Kommunikation im Team, im Sinne der Weitergabe von Informationen über den Schmerzzustand der PatientInnen, zu ihrem Tätigkeitsbereich. Sie berichteten vom Wunsch, in das Team integriert zu werden und damit wichtige Informationen zur Betreuung beitragen zu können.

3.5. Vertretung/Anwaltschaft

Bei Soden et al. (2010) sahen sich die Pflegenden oft als Anwälte der PatientInnen. Sie vertraten diese gegenüber dem medizinischen Team und bezeichneten sich als Bindeglied zu den Angehörigen. Auch die befragten Pflegenden bei Mojapelo et al. (2016) berichteten über ihre zentrale Rolle bei der Vertretung der ihnen anvertrauten PatientInnen. Sie gaben an, sich stark dafür einzusetzen, dass diesen der Zugang zu adäquater Schmerztherapie ermöglicht wird. Oft fühlten sie sich dabei jedoch durch strukturelle Bedingungen machtlos. Für die Autoren stellte sich die Anerkennung der Limitation bei der Vertretung der PatientInnen als eines von zwei Hauptthemen heraus.

Auch bei De Witt Jansen et al. (2016) gaben Pflegende an, sich als Fürsprecher der PatientInnen gegenüber den MedizinerInnen zu fühlen. Das Selbstvertrauen, diese Aufgabe zu erfüllen sei jedoch nicht bei allen Pflegenden gleich stark ausgeprägt.

Weitere Studien zeigten, dass sich auch Pflegende in Schweden, Kanada und den USA in der Rolle als Anwalt der PatientInnen sehen. Besonders, wenn es um Therapieentscheidungen geht, versuchen sie für die PatientInnen einzutreten. Dies

konnte in der Analyse von Niederschriften erfahrener Klinik-PflegerInnen, der Online-Befragung von 116 Advanced Practice Nurses (APNs) sowie Gruppeninterviews mit 12 pflegerischen Schmerz-ExpertInnen festgestellt werden. (Courtenay und Carey, 2008)

3.6. Pflege im multiprofessionellen Team

Gegenseitige Unterstützung und gute Kommunikation im Team sind notwendig, um sichere, angemessene Pflege in hoher Qualität gewährleisten zu können. Die Unterstützung durch Führungskräfte und ihre Anteilnahme am aktuellen Geschehen sind unumgänglich für die Gewährleistung guter Versorgung. In Palliativpflege-Teams sollten Pflegendе unterschiedlicher Kompetenzen, SozialarbeiterInnen und MedizinerInnen zusammenarbeiten. (Temkin-Greener et al., 2017a) Zu den Aufgaben von Palliativpflege-Teams gehört auch die Zusammenarbeit mit den direkt Pflegenden. Temkin-Greener et al. (2017b) konnten dazu zeigen, dass Institutionen mit funktionierenden Palliativpflege-Teams bessere Bewertungen im Bereich Teamwork erzielen konnten als jene, in denen keine dieser Teams aktiv waren. Bereits in der Entwicklung von Guidelines für Palliativpflege-Teams empfahlen die ExpertInnen den Teamansatz für alle Beteiligten in der Palliativ- und Hospizpflege. Der gesamte Pflegeplan und die Maßnahmen sollten auf ein interdisziplinäres Assessment basieren. (Temkin-Greener et al., 2015)

Limeira Lopes et al. (2013) identifizieren die Zusammenarbeit im multidisziplinären Team als ihr erstes Hauptthema. Rowley und Taylor (2011) beschreiben, dass jeder Mitarbeiter in der Organisation in die Verantwortlichkeit zur Schmerzbekämpfung mit einbezogen werden sollte. Das gesamte Personal der jeweiligen Einrichtungen sollte laut den befragten Pflegenden bei der Kommunikation und zum Informationsaustausch integriert werden.

Die Arbeit im multiprofessionellen Team kann sich als positiv oder negativ gestalten. Vor allem StudienteilnehmerInnen die in Hospizen beschäftigt waren beschrieben bei De Witt Jansen et al. (2016) gegenseitigen professionellen Respekt und Vertrauen – die interdisziplinäre Zusammenarbeit funktionierte in diesem Setting gut. Das gemeinsame Ziel eines erfolgreichen Schmerzmanagements führte zu einem guten Verhältnis zwischen Pflegenden und MedizinerInnen. Auch die Hälfte der Beschäftigten auf Akutstationen und in Pflegeheimen empfand die Zusammenarbeit

mit den ÄrztInnen als positiv. Diese Pflegenden beschrieben, dass die MedizinerInnen ihre Expertise zu schätzen wussten und schnell und zuverlässig auf die Äußerungen von Schmerzen reagierten. Offene und deutliche Kommunikation ermöglichte einen interdisziplinären Wissensaustausch um den Herausforderungen des Schmerzmanagements gerecht zu werden.

Verhielten sich die MedizinerInnen zurückhaltend bei der Durchführung von Assessments und zögernd bei der Verordnung von Medikamenten wurde die Zusammenarbeit als negativ beschrieben. Pflegende beschrieben, dass ihre Bitte um Hilfestellung beim Umgang mit komplexen Fällen ignoriert wurde. Auch sei es zu Schwierigkeiten oder Verzögerung in der Verordnung von Medikamenten gekommen. Die Pflegenden empfanden die Behandlungen oft als unreflektiert. Erfahrene MitarbeiterInnen gaben jedoch auch an, dass den MedizinerInnen manchmal zu wenig Kontextinformationen, beispielsweise über Schluckstörungen, zugetragen wurden, um entsprechend reagieren zu können. (De Witt Jansen et al., 2016)

Brorson et al. (2014) berichten ebenfalls von negativen Aspekten in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und ÄrztInnen. Weiters beschreiben sie das Gefühl der Machtlosigkeit beim Einholen von Medikamentenverschreibungen. Pflegende meinten, dass die MedizinerInnen nicht auf sie hören würden, wenn die medikamentöse Schmerztherapie angesprochen wurde. Sie gaben an, oft um zeitnahe, adäquate Verordnungen bitten zu müssen. Die Befragten waren der Meinung, dass interprofessionelle Kooperation wichtig ist, um Schmerz am Lebensende adäquat bekämpfen zu können. Sie erwarteten sich das Vertrauen der MedizinerInnen in ihre Fähigkeiten, die Schmerzen der PatientInnen einschätzen zu können und entsprechend zu reagieren.

Auch bei den Befragungen durch Mojapelo et al. (2016) gaben Pflegende negative Erfahrungen im interdisziplinären Team an. Ihre Bedenken über die Haltung und Einstellung der MedizinerInnen beim Schmerzmanagement trauten sie sich jedoch nicht zu äußern. Ärztliche Anordnungen, welche als unzureichend eingestuft wurden, konnten nur selten in Frage gestellt werden.

3.7. Wissen und Kompetenzerwerb

Pflegende wiesen zum Teil Defizite beim Wissen in der Terminologie des Schmerzmanagements auf und hatten in der Analyse von Fallbeispielen Schwierigkeiten

Durchbruchschmerzen als solche zu identifizieren. In der medikamentösen Schmerzbehandlung konnten sie jedoch sehr gut zwischen der Notwendigkeit einer höheren Basistherapie und der Erfordernis einer schnellwirksamer Bedarfsmedikation unterscheiden. Es gab jedoch Hinweise darauf, dass das Schmerzassessment in der Pflegeausbildung im Curriculum inadäquat behandelt wird. (Soden et al., 2010, Soden et al., 2013)

Im Rahmen der Delphi-Studie von Temkin-Greener et al. (2015) stellten die ExpertInnen fest, dass für Mitglieder von Palliativpflege-Teams adäquates Training und klinische Unterstützung unumgänglich sind. Bei De Witt Jansen et al. (2017) gaben die befragten PflegeassistentInnen an, sich bessere Ausbildung für die Begleitung von Menschen am Lebensende sowie die Schulung auf die Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten zu wünschen.

Eine Untersuchung zum Schulungsbedarf für das Schmerzmanagement von Demenzerkrankten im letzten Lebensmonat ergab, dass Pflegende auf Akutstationen und in Pflegeheimen oft nicht in der Versorgung derartiger PatientInnen und BewohnerInnen geschult sind. MitarbeiterInnen in Hospizen bevorzugten Fortbildungen, bei denen spezielle Fälle in Gruppendiskussionen erarbeitet wurden und strukturierter didaktischer Unterricht. Alle 24 Befragten gaben an, am Besten durch Mentoring und das gemeinsame Arbeiten mit erfahrenen KollegInnen zu lernen („leading and learning by example“). Sie wünschten sich jedoch zusätzliche Schulungen für den Bereich der Pharmakologie. (De Witt Jansen et al., 2016)

Mojapelo et al. (2016) erfuhren in ihren Interviews, dass das mangelnde Selbstvertrauen der Pflegenden aus ihrer Sicht durch unzureichend Ausbildung und Schulung zum Thema Schmerzlinderung in der Palliativpflege entstand.

Die TeilnehmerInnen der Studie von Rowley und Taylor (2011) gaben an, dass ihnen Defizite im Wissen um das Schmerzmanagement bei Sterbenden den Arbeitsalltag erschwerten. Sie gaben an, sich in der Palliativpflege schlecht ausgebildet zu fühlen. Um Wissenslücken zu schließen schlugen sie vor, dass in ihren Einrichtungen häufiger Studienergebnisse vorgestellt werden und die MitarbeiterInnen besser zu Fortbildungen motiviert werden. Viele Möglichkeiten zu individuellen Schulungen, beispielsweise Mentoring, sollten angeboten werden.

3.8. Dokumentation und Qualitätsmanagement

Die Dokumentation als Aufgabe Pflegender wird in den Studien von Soden et al. (2010), Sasahara et al. (2009) sowie Smedback et al. (2017) und Temkin-Greener et al. (2015) erwähnt, es wird jedoch nicht genauer auf Einzelheiten eingegangen.

Sasahara et al. (2009) beschreiben die Aufgaben Pflegender zur Qualitätssicherung für die Palliativpflege durch Evaluierungen im Rahmen regelmäßiger Fallbesprechungen, Fortbildungen im palliativen Fachbereich sollen in Anspruch genommen werden. Ebenso empfehlen die Befragten bei Rowley und Taylor (2011) die Einführung regelmäßiger Fallbesprechungen, welche effektives Vorgehen und die Identifikation von Problemen ermöglichen sollten.

3.9. Strukturelle Barrieren

Aufgrund struktureller Barrieren können Pflegende ihre eigenen Rollenerwartungen im Schmerzmanagement bei terminal Kranken nicht immer erfüllen. Neben den bereits beschriebenen Defiziten in der Aus- und Fortbildung sind auch weitere Faktoren zu berücksichtigen. So berichteten die Befragten, welche in der Akutpflege und in Pflegeheimen beschäftigt waren bei De Witt Jansen et al. (2016) von einem Mangel an Zeit und Gelegenheit sich ausführlich mit dem Thema zu befassen.

Auch bei Mojapelo et al. (2016) wird ein Zeitmangel, hier in der Betreuung der PatientInnen, beispielsweise für die Durchführung ausführlicher Schmerzassessments, beschrieben. Hinzu komme auch ein Mangel an Fachkräften und der teilweise erschwerte Zugang zu Medikamenten.

4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Rolle von Pflegenden beim Schmerzmanagement im stationären Setting im Rahmen der Terminal Care zu beschreiben. Auf Basis der Literaturrecherche konnte diese in sieben Bereiche gegliedert werden: Durchführung des Schmerzassessments, Beteiligung an der Schmerzbehandlung, Aufgaben in der Kommunikation, Vertretung der PatientInnen, Arbeit im multiprofessionellen Team, Wissen und Kompetenzerwerb, sowie Tätigkeiten in der Dokumentation und Qualitätssicherung. Ergänzend konnten strukturelle Barrieren bei der Erfüllung von Rollenerwartungen festgestellt werden.

Um das Lebensende für PatientInnen möglichst schmerzfrei gestalten zu können, ist es wichtig, Schmerz zu erkennen. Herr et al. (2010) beschreibt, dass bei beinahe 70 % der PatientInnen in Hospizen am Aufnahmetag ein Schmerzassessment mittels eines validen Instruments vorgenommen wird. Reid (2010) gibt zu bedenken, dass eine der Herausforderungen in der Langzeitpflege der Mangel an kontinuierlicher Durchführung von Schmerzassessments ist und es deshalb, besonders bei kognitiv eingeschränkten Menschen, zu einer hohen Prävalenz von unbehandelten Schmerzen kommt.

Herr et al. (2011) beschreiben in ihrem Position Statement speziell die Schwierigkeit des Schmerzassessments bei PatientInnen, die selbst keine Angaben machen können. Dies betreffe, neben pädiatrischen PatientInnen, vor allem Menschen mit fortgeschrittener Demenz, kritisch kranke und bewusstlose PatientInnen, Personen mit intellektuellen Einschränkungen und Menschen am Ende ihres Lebens. Diese Personengruppen unterliegen laut den Autoren einem besonders hohen Risiko zu viel oder zu wenig Schmerztherapie zu erhalten. Pflegende sind daher wesentlich gefordert, sich für das adäquate Schmerzassessment und Schmerzmanagement dieser vulnerablen Gruppe einzusetzen. Im Rahmen dieser Arbeit konnten drei Studien gefunden werden, die sich speziell mit dem Schmerzassessment bei dementen und kognitiv eingeschränkten Menschen beschäftigten. Gagliese et al. (2016) beschrieben dabei verbale und nonverbale Äußerungen, Brorson et al. (2014) die Wahrnehmung, Beobachtung und Interpretation der Signale der PatientInnen, und De Witt Jansen et al. (2017) abweichendes Verhalten der BewohnerInnen. Das unterschiedliche Augenmerk beim Assessment könnte durch die unterschiedlichen Settings der

Studien erklärt werden. Die beiden zuerst genannten Studien fanden in Krankenhäusern statt, die Untersuchung von De Witt Jansen et al. (2017) in einem Pflegeheim. Die kürzere Verweildauer in der Akutpflege bietet oft nicht die Möglichkeit, dass Pflegenden die ihnen anvertrauten PatientInnen so gut kennen wie deren BetreuerInnen in Langzeiteinrichtungen. Deswegen könnte es sein, dass sie Auffälligkeiten in deren Verhalten nicht so schnell wahrnehmen und in das Schmerzassessment integrieren können.

De Witt Jansen et al. (2017) beschreiben auch die Anwendung standardisierter Assessmenttools bei PatientInnen, die sich wegen ihrer Grunderkrankungen nicht mitteilen können. Der Einsatz dieser Tools wäre auch für die TeilnehmerInnen bei Rowley und Taylor (2011) anzustreben.

Bei PatientInnen, die kognitiv in der Lage sind, sich mitzuteilen verwendeten die Befragten bei Rowley und Taylor (2011), Sasahara et al. (2009) und Smedback et al. (2017) valide bzw. standardisierte Assessmentinstrumente. Bei Soden et al. (2010) berichteten die TeilnehmerInnen zusätzlich über den Wert von Intuition und Erfahrung in der Schmerzeinschätzung. Die Vorbereitung auf das potentielle Auftreten von Schmerzen (Rowley und Taylor, 2011) sowie die Erhebung des Patientenkomforts bei der ersten Begegnung (Parker et al., 2013) erfordern eine vorausschauende Arbeitsweise der Pflegenden.

Die Erhebung von Parker et al. (2013) ergab auch den Einbezug des emotionalen Status der PatientInnen in das Schmerzassessment. Soden et al. (2010) beschreiben dieses als ganzheitlich und integrieren dabei psychologische, soziale und spirituelle Aspekte. Auf zuletzt genannten liegt ebenso ein Augenmerk der befragten Pflegenden in der Studie von Ben Natan et al. (2010). Die TeilnehmerInnen der Erhebungen von Limeira Lopes et al. (2013) und Temkin-Greener et al. (2015) sahen das Schmerzassessment als notwendige Basis für die Erstellung eines Pflegeplans. Auch bei Temkin-Greener et al. (2017a) und Courtenay und Carey (2008) wurde die Wichtigkeit des Assessments erwähnt.

Laut Vallerand et al. (2011) liegt die Hauptverantwortung für das Schmerzassessment, obgleich es alle KlinikerInnen betrifft, bei Pflegepersonen, weil diese die meiste Zeit mit den PatientInnen verbringen. Die kontinuierliche Einschätzung des Schmerzes sei wichtig, um frühzeitige Behandlung zu ermöglichen, die Intensität

von akuten Schmerzen zu lindern und die mögliche Langzeitfolge des chronischen Schmerzes durch Sensibilisierung zu verhindern.

Die Planung und Organisation der Pflege wurde als Thema in den Arbeiten von Sasahara et al. (2009) und Courtenay und Carey (2008) identifiziert. Speziell wurden in den eingeschlossenen Studien die Organisation der Pflege auf einen Zeitpunkt der für die PatientInnen und ihre Schmerzsituation angebracht ist, erwähnt (De Witt Jansen et al., 2017, Rowley und Taylor, 2011, Temkin-Greener et al., 2015).

Die Mitarbeit bei der medikamentösen Schmerztherapie wird in beinahe allen Studien angesprochen. In der Arbeit von De Witt Jansen et al. (2016) werden zusätzlich die Herausforderungen dieser besprochen. Speziell hatten Pflegende Schwierigkeiten bei der Wahl der passende Darreichungsform durch MedizinerInnen. Bei Schmid (2014, S. 305) heißt es hierzu, dass orale Applikationen gegenüber der parenteralen Gabe zu bevorzugen sind. Einig sind sich die beiden Autoren über die vorteilhafte Anwendung transdermaler Pflaster. Die Befragten bei Soden et al. (2010) gaben die Empfehlung, diese mit den PatientInnen abzusprechen.

Die Unterstützung der MedizinerInnen in der Dosisanpassung wird in den Arbeiten von Parker et al. (2013), Temkin-Greener et al. (2015) und Courtenay und Carey (2008) dargelegt. Bei Brorson et al. (2014) beschreiben die TeilnehmerInnen Schwierigkeiten in der Auswahl der richtigen Dosierung für die PatientInnen. Rowley und Taylor (2011) beschrieben den Wunsch der Pflegenden, weniger Bedarfsmedikamente zu verabreichen und die Schmerzen der BewohnerInnen besser durch adäquate Basistherapien abzudecken. Dies deckt sich mit der Empfehlung von Hanlon et al. (2010), die zur Behandlung chronischer Schmerzen eine rund um die Uhr wirksame Basistherapie anregen. Auch laut Schmid (2014, S. 305) sollte eine regelmäßige Gaben der Schmerzmittel nach 24-Stunden-Zeitschema erfolgen.

Die eigenverantwortliche Durchführung von nicht-medikamentösen Maßnahmen wurde nur in zwei Studien erwähnt. Bei Soden et al. (2010) und Brorson et al. (2014) eschrieben die TeilnehmerInnen physikalische Maßnahmen und pflegerische Entspannungsangebote. Die Anwendung von Aromapflege in der Terminal Care wurde nur in einer der inkludierten Studien (Soden et al., 2010) angeführt, obwohl ihre

positive Wirksamkeit in vielen Settings bereits in mehreren Studien bestätigt werden konnte (Berger et al., 2013, Owayolu et al., 2014, Fellowes et al., 2004).

Die Wichtigkeit der Kommunikation bei der Rollenerfüllung Pflegender wurde in zahlreichen Studien genannt. Limeira Lopes et al. (2013), De Witt Jansen et al. (2017) bzw. Ben Natan et al. (2010) betonen hierbei den Einbeziehung von PatientInnen und deren Angehörigen bei der Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen. Um allen Anforderungen gerecht zu werden bedarf es dabei gute Kommunikationsfähigkeiten mit Betroffenen und MedizinerInnen.

Die TeilnehmerInnen bei Soden et al. (2013) und Parker et al. (2013) thematisierten die Kommunikation mit PatientInnen und deren Angehörigen im Rahmen von Schulungen auf Maßnahmen zur Schmerztherapie. Virtanen et al. (2007) widmete sich in einem Literaturreview speziell dem Empowerment von PatientInnen. In den analysierten Studien konnten sie feststellen, dass diesbezügliche Gespräche eigene Charakteristika und Strukturen aufweisen. PatientInnen und Pflegekräfte nehmen spezielle Rollen ein, die durch die Wertschätzung der Expertise des jeweils anderen gekennzeichnet sind. Die PatientInnen wurden als gleichwertige und kompetente GesprächspartnerInnen gesehen.

Weiters wurde die Kommunikation bei der Aufklärung und Information von PatientInnen und Angehörigen als wichtiges Thema identifiziert. Dadurch sei es für diese leichter, sich aktiv bei Entscheidungen einzubringen und diese gut informiert treffen zu können. (Parker et al., 2013, Temkin-Greener et al., 2015, Temkin-Greener et al., 2017a, Temkin-Greener et al., 2017b). Virtanen et al. (2007) beschreiben ebenfalls, dass PatientInnen durch Gespräche mit Pflegekräften zur Partizipation in Entscheidungsfindungen angeregt wurden.

Murakawa und Nihei (2009) beschäftigten sich im Rahmen einer quantitativen Studie in Japan unter anderem damit, wie Gesundheitspersonal sicherstellte, dass PatientInnen gut auf den Sterbeprozess vorbereitet sind. Rund 60 % der MedizinerInnen gaben an, dies durch „sprechen“ (talking) zu versuchen, bei Pflegenden waren es unter 30 %. Speziell ausgebildete Palliativpflegekräfte wählten diese Möglichkeit gar nicht, für sie bestand die Vorbereitung im Gespräch aus „zuhören“ (listening). Auch die eingeschlossenen Studien in der Arbeit von Virtanen et al. (2007) stellten

fest, dass Pflegende den PatientInnen die Möglichkeit gaben, in Gesprächen ihre eigenen Gefühle und Erfahrungen zu reflektieren.

Die Bedeutung der guten Kommunikation im Pflorgeteam wurde in den Studien von Sasahara et al. (2009), Rowley und Taylor (2011) und De Witt Jansen et al. (2017) beschrieben. Die Informationsweitergabe, auch im Rahmen von Besprechungen, sei als Grundlage für gutes Schmerzmanagement unverzichtbar. Trotzdem konnten in diesem Bereich auch einige Defizite festgestellt werden.

Viele der befragten Pflegenden in den inkludierten Studien fühlten sich als Vertreter oder gar Anwälte der PatientInnen. Sie setzten sich gegenüber deren Angehörigen für sie ein (Soden et al., 2010), und versuchten, die Menschen am Ende des Lebens gegenüber den ÄrztInnen zu vertreten. Sie bemühten sich um den Zugang zu adäquater Schmerztherapie und bezogen Stellung für die PatientInnen bei Therapieentscheidungen. (Mojapelo et al., 2016, De Witt Jansen et al., 2016, Courtenay und Carey, 2008)

Herr et al. (2011) beschreiben die Notwendigkeit und Verpflichtung Pflegender, sich für ein adäquates Schmerzmanagement einzusetzen. Speziell bei vulnerablen Patientengruppen, die nicht selbst für sich sprechen können, wie PatientInnen mit Demenz oder im Delir, sei dies erforderlich. Auch Schmid (2014, S. 301) sieht die Vermittlung zwischen allen Beteiligten, also PatientInnen, Angehörigen und anderen Berufsgruppen, als Aufgabe und Bestandteil der Rolle Pflegender. Nachdem Pflegende Mitglieder jener Profession sind, die das meiste Vertrauen genießt, müssen diese sich laut Paice et al. (2018) in ihrer Position für PatientInnen einsetzen um eine sichere und effektive Schmerzkontrolle zu ermöglichen.

Die Arbeit im interdisziplinären bzw. multiprofessionellen Team wurde in einigen der inkludierten Studien, beispielsweise bei Temkin-Greener et al. (2015), Temkin-Greener et al. (2017a) und Temkin-Greener et al. (2017b) beschrieben. Gegenseitige Unterstützung und gute Kommunikation bieten hier die Basis für gute Zusammenarbeit. Dabei seien Pflegende aller Kompetenzniveaus – also gehobener Dienst und Assistenzberufe – ebenso einzubeziehen wie SozialarbeiterInnen und MedizinerInnen. Bereits das Assessment sollte interdisziplinär erfolgen. Innerhalb des Pflegeberufes erfordere es eine gute Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden

vor Ort und PflegeexpertInnen, welche ihnen in beratender Funktion im Rahmen von Konsultationen zur Seite stehen.

Negative Erfahrungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit wurden sehr häufig beschrieben (De Witt Jansen et al., 2016, Brorson et al., 2014, Mojapelo et al., 2016). Foronda et al. (2016) beschreiben die unterschiedliche Ausbildung von Pflegenden und MedizinerInnen in der Kommunikation. In der Pflege sei es wichtig, umfassende Beschreibungen zu kommunizieren, während ÄrztInnen darauf geschult werden, sich kurz und bündig mitzuteilen. Diese Unterschiede in den Kommunikationsstilen führe häufig zu Frustration in beiden Berufsgruppen. Woodhall et al. (2008) beschreiben Vorbehalte der MedizinerInnen, wenn Empfehlungen von Pflegenden gegeben werden. Ein „Abflachen“ der Hierarchie durch gute interdisziplinäre Kommunikation unter Gesundheitsberufen würde auch zu einer Reduktion von Fehlern durch Missverständnisse führen.

Die Notwendigkeit guter Ausbildung und Schulung, um die Rolle im Schmerzmanagement bei terminal Erkrankten erfüllen zu können, wurde in sechs der inkludierten Studien beschrieben. Einig waren sich die Befragten auch in ihrem Bedürfnis nach besserer Aus- und Fortbildung im Bereich der Palliativpflege sowie des Schmerzmanagements. Spezielle Wissensdefizite wurden im Bereich der Pharmakologie und im Wissen um und der Anwendung von Assessmentinstrumenten identifiziert. (De Witt Jansen et al., 2016, De Witt Jansen et al., 2017, Mojapelo et al., 2016, Rowley und Taylor, 2011).

Während virtuelle Fortbildungen eher als unzureichend empfunden wurden, wünschten sich die Befragten ein besseres Angebot an individuellen Schulungen, wie Mentoring durch gut ausgebildete und erfahrene Pflegekräfte oder die Erarbeitung komplexer Fälle in Gruppendiskussionen. Auch aktuelle Forschungsergebnisse sollten in Fortbildungen einfließen. (De Witt Jansen et al., 2016, Rowley und Taylor, 2011) Davies und McVicar (2000) beschreiben, dass Pflegenden oft Schwierigkeiten haben, Schmerz-Assessmentinstrumente zu verwenden. Sie empfehlen fokussierte Schulungen auf die Anwendung solcher Instrumente. Paice et al. (2018) berichten von der Notwendigkeit guter Aus- und Fortbildung um die Qualität von Palliativpflege in allen Settings zu gewährleisten. Sie empfehlen die Integration der

Inhalte bereits in der Grundausbildung Pflegenden. Ebenso sollten fortlaufend Weiterbildungen zum Thema besucht werden.

Die Dokumentation des Schmerzmanagements wurde in vier der eingeschlossenen Studien erwähnt, jedoch nicht konkretisiert (Soden et al., 2010, Sasahara et al., 2009, Smedback et al., 2017, Temkin-Greener et al., 2015). Herr et al. (2010) beschreiben Defizite bei der Dokumentation von Schmerzmanagement-Plänen sowie der Dokumentation der Durchführung nicht-medikamentöser Schmerztherapien. Diese seien in Hospizen nur in 0,6 % bzw. 22,5 % der Fälle schriftlich festgehalten. Laut Vallerand et al. (2011) ist die Dokumentation, allem voran die des Assessments, entscheidend als Rechtfertigung für Schmerzmanagement, die Beobachtung der Resonanz auf Interventionen und zur Gewährleistung einer sicheren und qualitativen Pflege.

Die Aufgaben im Rahmen des Qualitätsmanagement werden bei Sasahara et al. (2009) und Rowley und Taylor (2011) angesprochen, ohne ins Detail zu gehen. Ein Grund für die geringe Beachtung dieses Bereiches könnte sein, dass Maßnahmen zur Qualitätssicherung eher den Pflegenden im Management unterliegen als jenen, die im direkten Kontakt mit PatientInnen arbeiten und die den Großteil der Befragten in den inkludierten Studien ausmachen.

Als letzter Punkt konnten strukturelle Barrieren bei der Erfüllung von Rollenerwartungen identifiziert werden. Dabei wird, ergänzend zu den bereits genannten Defiziten in Aus- und Fortbildung, der Mangel an Ressourcen beschrieben. Allen voran werden hier ausreichend Zeit für gutes Schmerzmanagement und Zugang zu Medikamenten (De Witt Jansen et al., 2016, Mojapelo et al., 2016) vermisst. Coyne et al. (2018) beschreiben in einem Positionspapier die Barrieren zu optimalen Schmerzmanagement. Auch sie identifizierten dabei den begrenzten Zugang zu Opioiden bzw. das Fehlen adäquater Therapie aus Kostengründen. Weiters nennen sie einen Mangel an Fachkräften und geringe Ausbildung im Schmerzmanagement.

Die Rolle der Pflegenden, wie sie im Rahmen dieses Literaturreviews dargestellt werden konnte, umfasst alle Bereiche der im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz verankerten Aufgaben. Pflegepersonen beteiligen sich durch ihre Tätigkeiten im Schmerzmanagement maßgeblich an der Palliativpflege, wie sie anfangs durch die Definition der WHO dargestellt wurde.

5. Stärken und Limitationen

Die Einschränkung der Recherche auf Arbeiten aus den letzten zehn Jahren und die Einschätzung durch den Bewertungsbogen von Hawker et al. (2002) garantieren, dass nur aktuelle Studien mit hoher Qualität eingeschlossen wurden.

Als Limitation erwies sich die Literatursuche in nur zwei ausgewählten Datenbanken, ebenso die Einschränkung auf Publikationen mit Volltext in deutscher und englischer Sprache. Eventuell könnten noch relevante Studien zum Thema auf anderen Datenbanken oder in weiteren Sprachen existieren, deren Inhalt hier nicht berücksichtigt werden konnte.

6. Praxisempfehlungen

Um die Rolle der Pflege im Schmerzmanagement bei terminal erkrankten Menschen im stationären Setting in hoher Qualität erfüllen zu können, sollten Pflegenden adäquat ausgebildet werden. Palliativpflege sollte nicht nur in den Curricula der Grundausbildungen aller beteiligten Pflegenden verankert sein, es sollten auch regelmäßige Fortbildungen angeboten werden. Inhaltlich sollten diese Wissenslücken in der Handhabung von Assessmentinstrumenten sowie im pharmakologischen Fachbereich schließen.

Die Implementierung von validen Assessmenttools zur Schmerzerfassung ist anzuraten, um Pflegenden das grundlegende Werkzeug für gutes Schmerzmanagement zur Verfügung zu stellen.

7. Forschungsempfehlung

In diesem Literaturreview wurde die Rolle aller Pflegenden in der terminal Care behandelt. Für weitere Forschungsprojekte wäre eine Darstellung der Rollen der unterschiedlichen Kompetenzbereiche, also Assistenzberufe und gehobener Dienst, getrennt voneinander, von Interesse.

8. Schlussfolgerung

Dieser Review konnte zeigen, wie vielfältig die Rolle von Pflegenden beim Schmerzmanagement im Rahmen der Terminal Care im stationären Bereich ist. Die Rolle der Pflegenden umfasst dabei die Einschätzung und Linderung von Schmerzen, so-

wie die Kommunikation mit PatientInnen und deren Angehörigen. Auch die Kommunikation innerhalb des Pflegeteams sowie innerhalb des multiprofessionellen Betreuungsteams gehören zu den Tätigkeiten Pflegender. Sie stellen ein Bindeglied zwischen den PatientInnen, deren Angehörigen und allen Beteiligten im Gesundheitswesen dar. Um all diese Rollenerwartungen erfüllen zu können, bedarf es einer umfassenden Aus- und Fortbildung. Trotzdem gibt es strukturelle Barrieren, die es den Pflegenden erschweren, ihre Funktion zu erfüllen.

Pflegende tragen durch das Engagement in der Erfüllung ihrer Rolle in dem hier beschriebenen Teilbereich der Palliativpflege maßgeblich dazu bei, die letzte Lebensphase von Menschen zu erleichtern. Dadurch können sie entscheidend bei der Steigerung der Lebensqualität der PatientInnen mitwirken.

9. Literatur

- Ben Natan, M., Garfinkel, D. & Shachar, I. 2010. End-of-life needs as perceived by terminally ill older adult patients, family and staff. *Eur J Oncol Nurs*, 14, 299-303.
- Berger, L., Tavares, M. & Berger, B. 2013. A Canadian experience of integrating complementary therapy in a hospital palliative care unit. *J Palliat Med*, 16, 1294-8.
- Brorson, H., Plymoth, H., Ormon, K. & Bolmsjo, I. 2014. Pain relief at the end of life: nurses' experiences regarding end-of-life pain relief in patients with dementia. *Pain Manag Nurs*, 15, 315-23.
- Burns, N. & Grove, S. 2009. *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*, St. Louis, Missouri, Saunders Elsevier.
- Consensus Development Conference, N. 2004. NIH State-of-the-Science Conference Statement on improving end-of-life care. *NIH Consens State Sci Statements*, 21, 1-26.
- Courtenay, M. & Carey, N. 2008. The impact and effectiveness of nurse-led care in the management of acute and chronic pain: a review of the literature. *J Clin Nurs*, 17, 2001-13.
- Coyne, P., Mulvenon, C. & Paice, J. A. 2018. American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement: Pain Management at the End of Life. *Pain Manag Nurs*, 19, 3-7.
- Davies, J. & McVicar, A. 2000. Issues in effective pain control. 1: Assessment and education. *Int J Palliat Nurs*, 6, 58-65.
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M. & Parsons, C. 2016. Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *J Clin Nurs*, 26, 1234-1244.
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfatrick, S. J., Morgan, S. M., Watson, M. & Parsons, C. 2017. Exploring healthcare assistants' role and experience in pain assessment and management for people with advanced dementia towards the end of life: a qualitative study. *BMC Palliat Care*, 16, 6.
- Delgado-Guay, M. O., Rodriguez-Nunez, A., De la Cruz, V., Frisbee-Hume, S., Williams, J., Wu, J., Liu, D., Fisch, M. J. & Bruera, E. 2016. Advanced cancer patients' reported wishes at the end of life: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*, 24, 4273-81.

- Dobrina, R., Vianello, C., Tenze, M. & Palese, A. 2016. Mutual Needs and Wishes of Cancer Patients and Their family Caregivers During the Last Week of Life: A Descriptive Phenomenological Study. *J Holist Nurs*, 34, 24-34.
- EBSCO Industries Inc. 2018. *Using CINAHL/MeSH Subject Headings* [Online]. Available: https://connect.ebsco.com/s/article/Using-CINAHL-MeSH-Headings?language=en_US [Accessed 28.11.2018].
- Fellowes, D., Barnes, K. & Wilkinson, S. 2004. Aromatherapy and massage for symptom relief in patients with cancer. *Cochrane Database Syst Rev*, Cd002287.
- Foronda, C., MacWilliams, B. & McArthur, E. 2016. Interprofessional communication in healthcare: An integrative review. *Nurse Educ Pract*, 19, 36-40.
- Gagliese, L., Rodin, R., Chan, V., Stevens, B. & Zimmermann, C. 2016. How do healthcare workers judge pain in older palliative care patients with delirium near the end of life? *Palliat Support Care*, 14, 151-8.
- Gnass, I., Krutter, S. & Nestler, N. 2018. Herausforderungen ambulanter Pflegedienste im Schmerzmanagement von Tumorpatienten. *Der Schmerz*, 32, 339-347.
- Hanlon, J. T., Perera, S., Sevick, M. A., Rodriguez, K. L. & Jaffe, E. J. 2010. Pain and its treatment in older nursing home hospice/palliative care residents. *J Am Med Dir Assoc*, 11, 579-83.
- Hawker, S., Payne, S., Kerr, C., Hardey, M. & Powell, J. 2002. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qual Health Res*, 12, 1284-99.
- Herr, K., Coyne, P. J., McCaffery, M., Manworren, R. & Merkel, S. 2011. Pain Assessment in the Patient Unable to Self-Report: Position Statement with Clinical Practice Recommendations. *Pain Management Nursing*, 12, 230-250.
- Herr, K., Titler, M., Fine, P., Sanders, S., Cavanaugh, J., Swegle, J., Forcucci, C. & Tang, X. 2010. Assessing and treating pain in hospices: current state of evidence-based practices. *J Pain Symptom Manage*, 39, 803-19.
- Hui, D., Mori, M., Parsons, H. A., Kim, S. H., Li, Z., Damani, S. & Bruera, E. 2012. The lack of standard definitions in the supportive and palliative oncology literature. *J Pain Symptom Manage*, 43, 582-92.
- Hunnicuttt, J. N., Tjia, J. & Lapane, K. L. 2017. Hospice Use and Pain Management in Elderly Nursing Home Residents With Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53, 561-570.
- Kehl, K. A. & Kowalkowski, J. A. 2013. A systematic review of the prevalence of signs of impending death and symptoms in the last 2 weeks of life. *Am J Hosp Palliat Care*, 30, 601-16.
- Limeira Lopes, M. E., Fernandes, M. A., dos Santos Platel, I. C., Dias Meirelles Moreira, M. A., Souto Duarte, M. C. & Costa, T. F. 2013. Palliative Care: Understanding of the assistant nurses. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7, 168-175.
- Linton, R. 1979. *Mensch, Kultur, Gesellschaft*, Stuttgart, Hippokrates.
- McCaffery, M. 1968. Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles, CA: University of California at Los Angeles Students' Store.
- Melin-Johansson, C., Odling, G., Axelsson, B. & Danielson, E. 2008. The meaning of quality of life: narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliat Support Care*, 6, 231-8.
- Mojapelo, T. D., Usher, K. & Mills, J. 2016. Effective pain management as part of palliative care for persons living with HIV/ AIDS in a developing country: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25, 1598-1605.
- Monteverde, M. & Manzambi, L. 2015. Die Rolle der Pflege. In: Neuenschwander, H. & Cina, C. (eds.) *Handbuch Palliativmedizin*. 3 ed. Bern: Verlag Hans Huber.
- Murakawa, Y. & Nihei, Y. 2009. Understanding the concept of a 'good death' in Japan: differences in the views of doctors, palliative and non-palliative ward nurses. *Int J Palliat Nurs*, 15, 282-9.

- Napolskikh, J., Selby, D., Bennett, M., Chow, E., Harris, K., Sinclair, E. & Myers, J. 2009. Demographic profile and utilization statistics of a Canadian inpatient palliative care unit within a tertiary care setting. *Curr Oncol*, 16, 49-54.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care 2004. Clinical practice guidelines for quality palliative care. *Kans Nurse*, 79, 16-20.
- Ovayolu, O., Sevig, U., Ovayolu, N. & Sevinc, A. 2014. The effect of aromatherapy and massage administered in different ways to women with breast cancer on their symptoms and quality of life. *Int J Nurs Pract*, 20, 408-17.
- Paice, J. A., Battista, V., Drick, C. A. & Schreiner, E. 2018. Palliative Nursing Summit: Nurses Leading Change and Transforming Primary Palliative Care: Nursing's Role in Providing Pain and Symptom Management. *J Hosp Palliat Nurs*, 20, 30-35.
- Parker, S. M., Remington, R., Nannini, A. & Cifuentes, M. 2013. Patient Outcomes and Satisfaction With Care Following Palliative Care Consultation. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 15, 225-232.
- Proot, I. M., Abu-Saad, H. H., ter Meulen, R. H., Goldsteen, M., Spreeuwenberg, C. & Widdershoven, G. A. 2004. The needs of terminally ill patients at home: directing one's life, health and things related to beloved others. *Palliat Med*, 18, 53-61.
- Rechtsinformationssystem des Bundes. 2018. *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG* [Online]. Available: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [Accessed 23.02.2019].
- Reid, M. C. 2010. What can population-based studies tell us about pain in the last years of life? *Ann Intern Med*, 153, 612-3.
- Rowley, J. & Taylor, B. 2011. Dying in a rural residential aged care facility: An action research and reflection project to improve end-of-life care to residents with a non-malignant disease. *International Journal of Nursing Practice*, 17, 591-598.
- Sasahara, T., Kizawa, Y., Morita, T., Iwamitsu, Y., Otaki, J., Okamura, H., Takahashi, M., Takenouchi, S. & Bito, S. 2009. Development of a standard for hospital-based palliative care consultation teams using a modified Delphi method. *J Pain Symptom Manage*, 38, 496-504.
- Schmid, U. 2014. Schmerzlinderung. In: Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (eds.) *Palliative Care*. 5 ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Seeger, C. 2014. Palliativstation. In: Kränzle, S., Schmid, U. & Seeger, C. (eds.) *Palliative Care*. 5 ed. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Smedback, J., Ohlen, J., Arestedt, K., Alvariza, A., Furst, C. J. & Hakanson, C. 2017. Palliative care during the final week of life of older people in nursing homes: A register-based study. *Palliat Support Care*, 15, 417-424.
- Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Barker, S., Bird, L., Hall, L. & Perkins, P. 2013. How do nurses in specialist palliative care assess and manage breakthrough cancer pain? A multicentre study. *Int J Palliat Nurs*, 19, 528-34.
- Soden, K., Ali, S., Alloway, L., Barclay, D., Perkins, P. & Barker, S. 2010. How do nurses assess and manage breakthrough pain in specialist palliative care inpatient units? A multicentre study. *Palliat Med*, 24, 294-8.
- Statistik Austria. 2017. *Personal in Krankenanstalten 2017 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern* [Online]. Available: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html [Accessed 28.11.2018].
- Statistik Austria. 2018. *Gestorbene nach ausgewählten Merkmalen, Lebenserwartung und Säuglingssterblichkeit seit 2007* [Online]. Statistik Austria. Available: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/022911.html [Accessed 07.02.2019].

- Temkin-Greener, H., Ladwig, S., Caprio, T., Norton, S., Quill, T., Olsan, T., Cai, X. & Mukamel, D. B. 2015. Developing palliative care practice guidelines and standards for nursing home-based palliative care teams: a Delphi study. *J Am Med Dir Assoc*, 16, 86.e1-7.
- Temkin-Greener, H., Ladwig, S., Ye, Z., Norton, S. A. & Mukamel, D. B. 2017a. Improving palliative care through teamwork (IMPACTT) in nursing homes: Study design and baseline findings. *Contemp Clin Trials*, 56, 1-8.
- Temkin-Greener, H., Mukamel, D. B., Ladd, H., Ladwig, S., Caprio, T. V., Norton, S. A., Quill, T. E., Olsan, T. H. & Cai, X. 2017b. Impact of Nursing Home Palliative Care Teams on End-of-Life Outcomes: A Randomized Controlled Trial. *Med Care*, 56, 11-18.
- U.S. National Library of Medicine. 2003. *Advance Care Planning* [Online]. Available: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=advanced+care+planning> [Accessed 23.01.2019].
- U.S. National Library of Medicine. 2018a. *Understanding the Vocabulary* [Online]. Available: https://www.nlm.nih.gov/bsd/disted/pubmedtutorial/015_010.html [Accessed 28.11.2018].
- U.S. National Library of Medicine 2018b. *Understanding the Vocabulary*.
- Vallerand, A. H., Musto, S. & Polomano, R. C. 2011. Nursing's role in cancer pain management. *Curr Pain Headache Rep*, 15, 250-62.
- Virdun, C., Lockett, T., Davidson, P. M. & Phillips, J. 2015. Dying in the hospital setting: A systematic review of quantitative studies identifying the elements of end-of-life care that patients and their families rank as being most important. *Palliative Medicine*, 29, 774-796.
- Virdun, C., Lockett, T., Lorenz, K., Davidson, P. M. & Phillips, J. 2016. Dying in the hospital setting: A meta-synthesis identifying the elements of end-of-life care that patients and their families describe as being important. *Palliative Medicine*, 31, 587-601.
- Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Empowering discourse in patient education. *Patient Educ Couns*, 66, 140-6.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., McPherson, C. J., LeMay, K., Allard, P., Chary, S., Gagnon, P. R., Macmillan, K., De Luca, M., O'Shea, F., Kuhl, D. & Fainsinger, R. L. 2007. Suffering With Advanced Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 25, 1691-1697.
- Wittmann, L., Sensky, T., Meder, L., Michel, B., Stoll, T. & Büchi, S. 2009. Suffering and Posttraumatic Growth in Women With Systemic Lupus Erythematosus (SLE): A Qualitative/Quantitative Case Study. *Psychosomatics*, 50, 362-374.
- Woodhall, L. J., Vertacnik, L. & McLaughlin, M. 2008. Implementation of the SBAR communication technique in a tertiary center. *J Emerg Nurs*, 34, 314-7.
- World Health Organization. 2019. *WHO Definition of Palliative Care* [Online]. Available: <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Accessed 28.11.2018].
- Zimbardo, P. G. 1995. *Psychologie.*, Berlin, Springer.

10. Anhang

In diesem Bereich sind die Beurteilungen der 17 eingeschlossenen Studien nach dem Bewertungsinstrument nach Hawker et al. (2002) zu finden. Es konnten maximal 36 Punkte erreicht werden. Für jede Studie werden die Gesamtpunktezahl und die Werte in Prozent der Maximalpunktezahl angegeben.

Ben Natan M., Garfinkel D., Shachar I., 2010

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist klar formuliert, enthält alle wichtigen Keywords. Das Setting ist nicht genauer definiert, lässt sich aber durch die Population vermuten. Durch die Verwendung des Wortes „perceived“ lässt sich ein qualitatives Studiendesign erahnen, die Studie wurde jedoch quantitativ durchgeführt. Das Abstract ist strukturiert, der Hintergrund wird zwar nicht als solcher betitelt, aber wird beschrieben. Das Ziel ist klar ersichtlich. Eine genaue Beschreibung der Stichprobe ist enthalten, die Methode an sich könnte ausführlicher beschrieben sein. Die wichtigsten Ergebnisse werden beschrieben und eine Praxisempfehlung ist enthalten.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist gut aufgebaut, bietet einen guten Literaturüberblick und beschreibt die Forschungslücke. Auch Variablen werden beschrieben. Das Ziel ist zwar beschrieben, jedoch nicht wörtlich als solches gekennzeichnet.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist passend gewählt um die Forschungsfrage zu beantworten, sie ist übersichtlich gegliedert. Die Beschreibung des Samples ist umfassend und enthält die Einschlusskriterien und Rekrutierung. Das Erhebungsinstrument ist gut beschrieben und wurde nach einem Pretest angepasst. Das Setting, die Datenerhebung und Datenanalyse sind adäquat beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling war passend gewählt und wurde genau beschrieben. Rekrutierungsprozess und Einschlusskriterien sind angegeben. Stichprobengröße und Charakteristika werden im Ergebnisteil dargestellt.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde ausreichend beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Studie wurde durch ein Ethikkomitee genehmigt, die TeilnehmerInnen erhielten Informationen über den Zweck der Studie, und wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme und den jederzeit möglichen Ausstieg informiert. Die Beantwortung des Fragebogens wurde als Einverständnis zur Teilnahme gesehen.	Good 4

7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind eindeutig beschrieben, der Text wird durch übersichtliche Tabellen ergänzt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Generalisierbarkeit wird durch die Rekrutierungsform teilweise eingeschränkt, diese Limitation wurde aber auch von den Autoren genannt.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Der Nutzen der Studie für alle Beteiligten in der Palliativversorgung ist nachvollziehbar und wird auch entsprechend beschrieben.	Good 4
Gesamt	33 (92 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist kurz und treffend, enthält Population, Hinweise auf das Setting und Design. Das Fließtext-Abstract enthält Hintergrund, Ziel, Methodenbeschreibung und die wichtigsten Ergebnisse. Der Nutzen der Studie für die Praxis wird erörtert.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist gut strukturiert, bietet einen guten Literaturüberblick und wird durch die Beschreibung der Forschungslücke und die Formulierung des Forschungsziels abgeschlossen.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Der Methodenteil enthält eine genaue Beschreibung des Designs, sowie der Rekrutierung, der Datenerhebung und des Interviewleitfadens, welcher auch im Anhang zur Verfügung steht. Ein Pilot-Interview wurde durchgeführt und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in die Datenerhebung inkludiert. Die Methode erscheint passend.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling wurde ausreichend beschrieben, Einschlusskriterien wurden genannt. Die Sampling-Strategie erscheint angemessen. Die Charakteristika der TeilnehmerInnen werden beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde ausführlich beschrieben, ein Beispiel für das Vorgehen ist dem Anhang zu entnehmen.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde eingeholt, die TeilnehmerInnen erhielten Informationen über die Studie und die Freiwilligkeit der Teilnahme. Sie gaben ihre informierte Zustimmung. Die gewonnenen Daten wurden vertraulich behandelt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden gut strukturiert dargestellt und durch Zitate aus den Interviews untermauert.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der kleinen Stichprobe ist keine Generalisierbarkeit der Ergebnisse möglich. Diese Limitation wurde auch von den Autoren genannt. Die Ergebnisse dienen aber der Wissenserweiterung.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind nützlich für das Pflegepersonal, mehrere Praxisempfehlungen werden genannt. Forschungsempfehlungen werden nicht ausgesprochen	Fair 3
Gesamt	33 (92 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Im Titel werden Thema, Design und Population beschrieben, das Setting lässt sich nur erahnen. Das strukturierte Abstract bietet einen Einblick zum Hintergrund, beschreibt das Ziel, die Methode, die wichtigsten Ergebnisse, die Schlussfolgerung sowie die Relevanz für die Praxis.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen guten Literaturüberblick, am Ende wird als extra Punkt das Ziel des Reviews angeführt.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode wurde mäßig ausreichend beschrieben, es fehlt eine Bewertung der eingeschlossenen Veröffentlichungen.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling wurde mäßig ausreichend beschrieben, es fehlt eine Bewertung der eingeschlossenen Veröffentlichungen.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Obsolet, weil es sich um eine Literaturrecherche handelt.	-
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Obsolet, weil es sich um eine Literaturrecherche handelt.	-
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut strukturiert beschrieben, der Text wird durch eine umfassende, aber übersichtliche Tabelle ergänzt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Wie bereits die Autoren beschreiben, sind die Ergebnisse nur begrenzt generalisierbar. Grund dafür sind beispielsweise geringe Antwortraten und die Begrenzung auf das stationäre Setting und ein weites Spektrum an Erhebungsinstrumenten.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie konnte einen guten Überblick für die Praxis bieten, am Ende werden auch Forschungsempfehlungen ausgesprochen.	Good 4
Gesamt	25/28 (89 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist klar formuliert, Population, Setting und Design sind genannt. Das Abstract ist gut strukturiert, enthält Hintergrundinformationen, Ziel, eine ausführliche Beschreibung der Methode, eine Zusammenfassung der Resultate und eine Praxisempfehlung.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen guten Literaturüberblick, die Forschungslücke ist beschreiben. Das Forschungsziel wird anschließend als eigener Punkt genannt.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist passend und das Vorgehen wurde genau beschrieben. Auch der Interviewleitfaden wurde beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Sampling-Methode wurde ausführlich beschrieben und erscheint angemessen. Die Charakteristika der TeilnehmerInnen wurden im Text beschrieben und dieser wurde durch die Darstellung in einer Tabelle ergänzt.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde ausreichend beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Studie wurde durch mehrere Ethikkomitees genehmigt, die TeilnehmerInnen erhielten vorab Informationen und gaben schriftlich ihre informierte Zustimmung.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind übersichtlich beschrieben und werden durch Zitate aus den Interviews untermauert.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Durch die kleine Stichprobe und den Rekrutierungsprozess ist keine Verallgemeinerung der Ergebnisse möglich.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Der Nutzen ist gut dargestellt, auf Grund der Studie wurde auch eine Intervention zur Schulung von Pflegepersonen entwickelt und getestet. Weitere Praxis- und Forschungsempfehlungen sind genannt.	Good 4
Gesamt	35 (97 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist klar formuliert, Population, Setting und Design sind genannt. Das Abstract ist gut strukturiert, enthält Hintergrundbeschreibung und Forschungslücke, das genaue Ziel wird jedoch nicht genannt. Es enthält auch die Beschreibung der Methode, eine Zusammenfassung der Resultate und eine Praxisempfehlung.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist gut aufgebaut und bietet eine gute Übersicht der Literatur.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode wurde angemessen gewählt. Die Beschreibung des Interviewleitfadens ist umfassend, Beispiele für Fragen wurde gegeben. Der Ablauf der Interviews wurde genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Samplingmethode war angemessen und wurde genau im Methodenteil beschrieben. Eine Beschreibung der Charakteristika der TeilnehmerInnen erfolgte im Ergebnisteil, ergänzt wird dieser durch eine Tabelle.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde ausführlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Vor der Durchführung der Studie wurde die Zustimmung einer Ethikkommission eingeholt. Die TeilnehmerInnen wurden über den Inhalt und Zweck informiert und gaben schriftlich ihre informierte Zustimmung bekannt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut beschrieben, die Darstellung der Zitate aus der Interviews erscheint jedoch unübersichtlich.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Wie von den Autoren beschrieben, ist aufgrund der Rekrutierung und der kleinen Stichprobe keine Generalisierbarkeit möglich.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Der Nutzen der Studie wurde klar dargelegt, es wurden mehrere Empfehlungen für die Praxis genannt, jedoch keine für weitere Forschung.	Fair 3
Gesamt	32 (89 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält Population und Setting, das Design fehlt jedoch. Auch die Formulierung als Frage wirkt unpassend. Das Abstract ist gegliedert, enthält Hintergrundinformation, Zweck der Studie, Methodenbeschreibung, einen kurzen Einblick in die Ergebnisse und den Beitrag der Ergebnisse zur Verbesserung der Praxis.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen guten Literaturüberblick, das Ziel der Studie wird umschrieben jedoch nicht klar ausformuliert.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode erscheint angemessen. Die Datenerhebung wird ausführlich erklärt. Sie wurde von zwei „Abstractors“ durchgeführt, die zum Teil verblindet wurden. Ihre Ergebnisse wurden mit statistischen Tests verglichen und wiesen keine Unterschiede auf.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling inklusive der Einschlusskriterien wurde gut beschrieben, grundlegende Charakteristika werden erwähnt und durch eine Tabelle ergänzt.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde nur ungenau beschrieben.	Poor 2
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde eingeholt. Die Erwähnung im Text ist jedoch schlecht platziert und es kann leicht übersehen werden.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse werden gut beschrieben und durch übersichtliche Tabellen ergänzt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Da nur die Daten einer einzigen Station analysiert wurden, sind die Ergebnisse nicht generalisierbar.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse sind nützlich für Pflegekräfte, es gibt Forschungs- und Praxisempfehlungen.	Good 4
Gesamt	31 (86 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist sehr allgemein formuliert, weist zwar auf das grundlegende Thema hin, gibt jedoch keine Details preis. Das Abstract ist strukturiert, enthält das Ziel, die Methode, einen Überblick über Ergebnisse und eine kurze Schlussfolgerung. Hintergrundinformationen fehlen. Es erscheint unüblich, das Ethikvotum bereits im Abstract zu erwähnen.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen kurzen Literaturüberblick, wichtige Begriffe werden definiert. Sie schließt mit der Forschungsfrage und dem Forschungsziel.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode scheint angemessen zu sein. Die Beschreibung des Vorgehens hätte detaillierter erfolgen können, der Interviewleitfaden wird nicht beschrieben.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling war angemessen und wurde ausreichend beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde sehr detailliert beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Zustimmung eines Ethikkomitees wurde eingeholt, es wurden Maßnahmen ergriffen, um die Anonymität der TeilnehmerInnen zu schützen.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind gut beschrieben und werden durch Zitate aus den Interviews veranschaulicht. Durch die Kombination von Ergebnis- und Diskussionsstil ist es jedoch etwas unübersichtlich.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Durch die kleine Stichprobe und die Rekrutierung ist keine Generalisierbarkeit auf andere Settings möglich.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie trägt zum Verständnis der Pflegekräfte bei, es wird die allgemeine Notwendigkeit der Forschung beschrieben, konkrete Empfehlungen sind weder für Forschung noch für die Praxis erwähnt.	Poor 2
Gesamt	30 (83 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält alle wichtigen Keywords, beschreibt Population, Setting und Design ausreichend. Im Abstract wird der Hintergrund beschrieben, das Ziel wird klar definiert, ein Überblick über die Methode wird gegeben. Die wichtigsten Ergebnisse, Schlussfolgerungen und Relevanz für die Praxis werden genannt.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist relative lang, es gelingt aber einen guten Literaturüberblick durch die ausführliche Beschreibung des Settings zu ergänzen und den Lesern ein Gefühl für die Begebenheiten im Land zu vermitteln. Am Ende der Einleitung findet sich ein eigener Absatz mit der Zielformulierung.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode wurde passend gewählt und das Vorgehen bei Sampling, die Datensammlung inklusive des Vorgehens beim Interview (einleitende Frage) und die Datenanalyse wurde ausführlich erklärt.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Vorgehen beim Sampling war adäquat und wurde ausreichend beschrieben. Ein Überblick der Charakteristika der TeilnehmerInnen wird geboten.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde ausführlich beschrieben, Unklarheiten wurden bis zum Konsens zwischen den Autoren diskutiert.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Zustimmung durch ein Ethikkomitee wurde eingeholt, es fehlt jedoch die Beschreibung der informierten Zustimmung durch die TeilnehmerInnen. Maßnahmen zur Gewährleistung der Anonymität wurden getroffen.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse wurden gut strukturiert dargestellt, die Ergänzung durch Zitate aus den Interviews ist passend und übersichtlich gestaltet.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die geringe Stichprobe und das eingeschränkte Setting lassen keine Generalisierbarkeit zu.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie trägt zur Wissenserweiterung bei, es ist wichtig für Pflegende über die aufgedeckten Barrieren Bescheid zu wissen, auch das Gesundheitssystem profitiert von deren Identifikation. Es wurden Empfehlungen für die Praxis ausgesprochen, Forschungsempfehlungen fehlen jedoch.	Fair 3
Gesamt	33 (92 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beschreibt kurz und bündig Thema, Design, Setting und Population. Das Abstract beschreibt in Fließtext-Form Hintergrund, Ziel, Methode, wichtigste Resultate, den Beitrag der Studie zur Qualitätsverbesserung und weitere Forschungsempfehlung.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung zeigt die Relevanz des Themas und bisherige Forschungsergebnisse auf, sie endet mit der Formulierung von drei Forschungsfragen.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode war angemessen, das Messinstrument wurde genau beschrieben. Design, Setting, Datensammlung und Analyse sind ausreichend erklärt.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling wurde nachvollziehbar beschrieben und ist angemessen erfolgt. Die Charakteristika der Stichprobe sind in Text und Tabelle beschrieben. Ausfälle wurde erklärt.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde ausreichend beschrieben, es wurde deskriptive Statistik angewandt.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde eingeholt, weitere Angaben zur Ethik wurden nicht gemacht.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate sind gut beschrieben und in Tabellen dargestellt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Aufgrund der geringen Antwortrate und den Wechseln der PatientInnen zwischen den Settings können die Ergebnisse nur bedingt generalisiert angewandt werden.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studienergebnisse können zur Qualität der Pflege beitragen, bzw. diese steigern. Es wurden Empfehlungen für weitere Forschungen und auch für die Praxis formuliert.	Good 4
Gesamt	34 (94 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beschreibt das Thema, Design, Setting und die Population ausreichend. Das Abstract ist als Fließtext gestaltet, beschreibt das Design, die Methode, wichtige Resultate und den Praxisbezug. Hintergrund und Schlussfolgerung fehlen allerdings.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Es wird eine kurze Einleitung und ein ausführlicher Literaturüberblick geboten. Anschließend wird die Forschungslücke aufgezeigt, das Ziel wird jedoch nicht klar ausformuliert.	Fair 3
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode erscheint angemessen, das genaue Vorgehen wird ausführlich beschrieben. Die einzelnen Schritte in Datensammlung und Analyse werden hinreichend erklärt und begründet.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling war angemessen, die Einschlusskriterien sind ausreichend beschrieben. Charakteristika sind dem Text zu entnehmen.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Analyse der Daten wurde ausreichend beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Zustimmung eines Ethikkomitees wurde eingeholt. Das Einholen der informierten Zustimmung wurde allerdings in der Publikation nicht erwähnt.	Fair 3
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut und übersichtlich beschrieben.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die geringe Stichprobe und das eingeschränkte Setting lassen keine Generalisierbarkeit zu.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Das generierte Wissen trägt zur Verbesserung der Praxis bei, wie bereits im Rahmen der Durchführung der Studie gezeigt wurde.	Good 4
Gesamt	32 (89 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Das Ziel, das Setting und damit die Population sowie die Methode werden im Titel genannt. Das Abstract in Form eines Fließtextes enthält eine sehr kurze Hintergrundbeschreibung, das Ziel, das methodische Vorgehen, das Resultat sowie einen Praxisbezug.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist gut strukturiert und bietet einen kurzen Literaturüberblick. Sie endet mit der genauen Beschreibung des Ziels.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Das methodische Vorgehen wird sehr genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Einschlusskriterien sind genau beschrieben, das Sampling erscheint angemessen.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die vier Schritte im Rahmen der Datenanalyse sind ausführlich und nachvollziehbar beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind im Text kurz beschrieben, die gesamte Übersicht findet sich sehr gut strukturiert und dargestellt im Anhang.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Generalisierbarkeit ist aufgrund mehrerer Faktoren eingeschränkt, die jedoch bereits von den Autoren im Text genannt werden.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Der entworfene Standard ist in der praktischen Anwendung im mehrerlei Hinsicht hilfreich, es werden weitere Forschungs- und Praxisempfehlungen gegeben.	Good 4
Gesamt	35 (97 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel ist kurz und bündig, beschreibt Setting, Population und gibt ausreichend Hinweis auf das Design. Das Abstract ist strukturiert, beschreibt das Ziel, die Methode und stellt die wichtigsten Resultate dar, ebenso wird ihre Wichtigkeit erklärt und eine Praxisempfehlung ausgesprochen. Die Erläuterung des Hintergrundes für die Forschung fehlt jedoch.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen guten Literaturüberblick, am Ende wird das Ziel als Extra Punkt eindeutig formuliert.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist angemessen für das zu erreichende Ziel. Das Vorgehen wurde genau beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling war adäquat und wurde ausreichend beschrieben, die genauen Einschlusskriterien sind dem Methodenteil zu entnehmen.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse (deskriptive Statistik) wurde ausreichend beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Die Ethikkommission gab ihre Zustimmung zur Studie im Rahmen eines größeren Projekts zum Thema.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Resultate werden gut nachvollziehbar beschrieben, der Text wird durch übersichtliche Tabellen und Grafiken ergänzt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Geringe Einschränkungen werden bereits von den Autoren genannt, insgesamt scheinen die Ergebnisse jedoch auf das eingeschränkte Setting übertragbar.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Studie bietet einen guten Überblick zum Thema und kann damit zur Verbesserung der Praxis beitragen. Eindeutige Empfehlungen für die Praxis sowie für weitere Forschung werden genannt.	Good 4
Gesamt	35 (97 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel in Frage-Form enthält das Thema, das Setting, einen Hinweis auf die die Population und durch die Formulierung einen Hinweis auf das Design, speziell genannt wird es jedoch nicht. Das Abstract ist als Fließtext gestaltet, enthält das Ziel der Studie, das Design, die Methodenbeschreibung, wichtigste Ergebnisse und eine detaillierte Praxisempfehlung. Eine Darstellung des Hintergrundes fehlt jedoch.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen guten Literaturüberblick und endet mit der Formulierung des Ziels der Studie.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode erscheint adäquat, die Fragen für die semi-strukturierten Interviews sind aufgelistet. Die Interviewsituation wurde jedoch nicht beschrieben, von wem die Interviews durchgeführt wurden erfährt man erst im Diskussionsteil.	Fair 3
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling sowie Einschlusskriterien wurden ausreichend beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde kurz aber ausreichend beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde eingeholt, die TeilnehmerInnen gaben ihre informierte Zustimmung	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind gut gegliedert dargestellt und werden durch Zitate aus den Interviews gut nachvollziehbar präsentiert.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Ergebnisse sind nur eingeschränkt generalisierbar.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse konnten Theorie-Praxis Lücken aufzeigen, die Forscher nennen konkrete Praxisempfehlungen und auch Forschungsvorhaben werden ausgesprochen.	Good 4
Gesamt	33 (92 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beschreibt Thema, Setting, Population, jedoch nicht das Design – die Formulierung scheint diesbezüglich beinahe irreführend. Das Abstract enthält das Ziel, Die Methode, wichtigste Resultate und die Schlussfolgerung inklusive Praxisempfehlung. Hintergrundinformationen werden nicht geboten.	Fair 3
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen guten Literaturüberblick, die Ziele werden im Anschluss als Extra Punkt genannt.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode scheint angebracht gewesen zu sein und wurde ausreichend beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling war für die Forschungsfrage adäquat und wurde ausreichend beschrieben. Charakteristika der TeilnehmerInnen wurden in einer Tabelle dargestellt.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde nur sehr oberflächlich beschrieben.	Fair 3
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde beschrieben, die Retournierung der ausgefüllten Fragebögen wurde als informierte Zustimmung gesehen. Die Anonymität der TeilnehmerInnen wurde bestmöglich gewahrt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind im Text gut beschrieben und werden durch viele Grafiken ergänzt. Diese wirken jedoch teilweise etwas unübersichtlich.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Ergebnisse scheinen für das ausgewählte Setting in England generalisierbar zu sein.	Good 4
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse der Studie können zur Verbesserung der Praxis beitragen, es wurde eine Praxisempfehlung sowie Forschungsempfehlung ausgesprochen.	Good 4
Gesamt	33 (92 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel enthält Thema, Setting, Population und Design. Das Abstract ist strukturiert, enthält den Kontext der Forschung, das Ziel, die Methoden, die wichtigsten Ergebnisse sowie die Schlussfolgerung mit Praxisbezug.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen guten Überblick über Hintergrundinformationen und endet mit der Beschreibung von zwei Forschungszielen.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode erscheint passend und wurde ausreichend beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Die Einschlusskriterien für die Experten in der zweiten Runde wurden zwar genannt, es ist jedoch nicht nachvollziehbar, wie diese rekrutiert wurden. Die Charakteristika der Experten wurden in einer Tabelle dargestellt.	Fair 3
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wirkt angemessen, die Beschreibung ist kurz aber ausreichend.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind ausreichend beschrieben und in einer großen, aber übersichtlichen Tabelle dargestellt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Einige Einschränkungen werden bereits von den Autoren genannt, dazu kommt die mangelnde Beschreibung der Rekrutierung.	Poor 2
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Entwicklung der Guideline erscheint wertvoll für die Praxis, Empfehlungen für das weitere Vorgehen werden genannt.	Good 4
Gesamt	33 (92 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beschreibt das Thema und das Setting bzw. Population, ein Hinweis auf das Design ist nicht vorhanden. Der Abstract zeigt strukturiert den Hintergrund auf, beschreibt Methode und den Diskussionsteil mit Praxisbezug. Das Ziel wird zwar beschrieben, ist aber nicht als solches ausgewiesen. Eine kurze Übersicht der Ergebnisse fehlt.	Poor 2
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung bietet einen umfassenden Literaturüberblick, das Ziel des übergeordneten Projektes wird beschrieben und dem Leser wird der Part dieser Veröffentlichung im Rahmen des größeren Vorhabens bewusst gemacht.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode und das Studiendesign werden umfassend beschrieben und zur Veranschaulichung durch eine Grafik zur modellhaften Darstellung des Ablaufes unterstützt.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling wurde sehr genau beschrieben, ebenso die Randomisierung in Interventions- und Kontrollgruppe. Ausfälle im Laufe der Studie wurden ausreichend nachvollziehbar beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde sehr umfassend beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde von den Forschern eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse der Studie sind im Rahmen einer anderen Veröffentlichung zu finden, diese Arbeit bezieht sich rein auf die Methode und die Grundcharakteristika. Man hätte jedoch einen kurzen Überblick geben können.	Fair 3
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Obsolet, die Veröffentlichung beschreibt nur das Design und die Grundcharakteristika der Studie.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Obsolet, die Veröffentlichung beschreibt nur das Design und die Grundcharakteristika der Studie.	
Gesamt	25/28 (89 %)

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	
Der Titel beschreibt das Thema, das Setting und das Studiendesign kurz und bündig. Im strukturierten Abstract werden Hintergrund, Methode, Ergebnisse und Schlussfolgerung inklusive Praxisempfehlung. Die Methodenbeschreibung ist dabei in mehrere Bereiche gegliedert.	Good 4
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	
Die Einleitung ist eher kurzgehalten, enthält jedoch ausreichend Information und das Forschungsziel.	Good 4
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	
Die Methode ist angemessen und wurde sehr umfassend beschrieben.	Good 4
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	
Das Sampling erscheint adäquat und ausreichend beschrieben.	Good 4
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	
Die Datenanalyse wurde sehr genau und ausführlich beschrieben.	Good 4
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained? Has the relationship between researchers and participants been adequately considered?	
Ein Ethikvotum wurde eingeholt.	Good 4
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	
Die Ergebnisse sind im Text und in mehreren Tabellen ausführlich und übersichtlich dargestellt.	Good 4
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	
Die Ergebnisse sind, wie bereits von den Autoren angemerkt, nur bedingt generalisierbar.	Fair 3
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	
Die Ergebnisse konnten zur Wissenserweiterung beitragen und Empfehlungen für die Praxis konnten ausgesprochen werden.	Good 4
Gesamt	35 (97 %)