

Bachelorarbeit

**Aufgaben der mobilen
Krankenpflege bei Patientinnen
und Patienten mit Schmerzen in
der End-of-Life-Phase**

eingereicht von
Bernadette Ulrich

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Nursing Science
(BScN)

Medizinische Universität Graz
Institut für Pflegewissenschaft

Unter der Anleitung von
(Schüttengruber Gerhilde, BSc MSc)

St. Anna/Aigen 14.1.2021

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.“

14.1.2021

Bernadette Ulrich eh.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	III
Zusammenfassung	III
1 Einleitung	1
2 Methode.....	9
3 Ergebnisse	13
4 Diskussion	24
5 Schlussfolgerung	31
6 Literaturverzeichnis.....	33

Abstract

Introduction: Pain management in the care of palliative patients at home is a challenge. Relatives are heavily involved, since care teams of mobile care cannot guarantee 24-hour attendance.

Methods: A literature search in the databases PubMed and Chinahl was conducted on the topic of the tasks of caregivers in the care of palliative patients at home. Nine of 384 texts found were included.

Results: This work shows that there are regular problems in communication with hospitals, doctors and other professional groups. Nursing staff often take on a mediating role. Relatives and patients would like more support, training and guidance in the area of care but also in the use of medication, painkillers and other pain therapies.

Conclusion: It is difficult to define the exact scope of duties of caregivers in the care of pain patients at home. Training for caregivers and relatives would be necessary. It would also make sense to start palliative counselling and care of patients with incurable diagnoses at an early stage.

Zusammenfassung

Einleitung: Schmerzmanagement in der Versorgung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zu Hause ist eine Herausforderung. Angehörige sind stark involviert, da Betreuungsteams einer mobilen Betreuung keine Anwesenheit von 24 Stunde garantieren können.

Methode: Zum Thema Aufgabenbereiche der Pflegekräfte in der Schmerzversorgung bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zu Hause wurde eine Literatursuche in den Datenbanken PubMed und Chinahl durchgeführt. Von 384 gefundenen Texten wurden neun inkludiert.

Ergebnisse: Diese Arbeit zeigt, dass es regelmäßig Probleme in der Kommunikation mit Krankenhäusern, Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen kommt. Die Pflegepersonen nehmen oft eine Vermittlerrolle ein. Angehörige und Patientinnen und Patienten wünschen sich mehr Unterstützung,

Schulungen und Anleitung im Pflegebereich aber auch im Einsatz von Medikamenten, Schmerzmitteln und anderen Schmerztherapien.

Schlussfolgerung: Die Definition des genauen Aufgabenbereiches von Pflegepersonen in der Versorgung von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten zu Hause ist schwierig. Schulungen für Pflegepersonen und Angehörige wäre notwendig. Auch ein frühes Einsetzen der palliativen Beratung und Betreuung von Patientinnen und Patienten mit unheilbarer Diagnose wäre sinnvoll.

1 Einleitung

Palliativpatientinnen und Palliativpatienten sind Personen, die unheilbar krank sind und deren Symptome es zu lindern gilt. Schmerzmanagement ist dabei eine große Herausforderung für die Gepflegten selbst, ihre pflegenden Angehörigen und das pflegende Betreuungsteam. Es gibt viele Schmerzarten und Schmerz wird sehr individuell erlebt.

60 Prozent der Patientinnen und Patienten, die Hospizpflege erfahren, werden zu Hause gepflegt. Über 50 Prozent dieser Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Erkrankung erleiden Schmerzen in unterschiedlichem Ausmaß. Schmerz wird dennoch im End-of-Life- Stadium massiv unterschätzt (Mehta, Anita 2008; Mehta, A. et al. 2011; Nai-Ching 2017). Laut Axelsson et al. (2018) geben 69 Prozent der Patientinnen und Patienten an in der letzten Lebenswoche Schmerzen zu haben. Aebischer Perone et al. (2018) geht sogar von 82 Prozent Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten aus, die in ihren letzten Tagen an Schmerzen von mittlerer bis starker Intensität leiden.

Ein häufig genannter Grund für eine Versorgungsunterbrechung zu Hause ist die Einweisung ins Krankenhaus. Grundsätzlich lösbare Probleme spitzen sich zu und führen zu stationären Aufenthalten, da ein Teil der Patientinnen und Patienten keine regelmäßige Kontrolle durch den Hausarzt erfährt, obwohl dieser meist in die Betreuung eingebunden ist (Perner et al. 2010).

Zudem empfinden sich Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten selbst als stoisch und geben an, den Schmerz lange Zeit durchzustehen, bevor sie verzweifeln. Der Schmerz schränkt sie in ihrer Funktion und in ihrer Leistungsfähigkeit ein (Gibbins et al. 2014) aber Schmerzen müssen nicht mehr als unumgängliche Bürde ertragen werden. Mit spezieller Schmerztherapie können Schmerzen wirksam gelindert werden (Harder 2007). Es ist nachgewiesen, dass Patientinnen und Patienten, die von einer mobilen Pflege betreut werden, weniger Schmerzen erlitten, als Patientinnen und Patienten ohne mobile Betreuung (Maier et al. 2008).

In der Betreuung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zu Hause sind pflegende Angehörige stark gefordert und spielen eine große Rolle in der

Versorgung von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten sowie in der Behandlung der Symptome. Dies bringt eine große Belastung für pflegende Angehörige mit sich. Oft sind die Angehörigen unvorbereitet und/oder werden nicht gut unterstützt in ihren Bemühungen, die Versorgung von Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten zu Hause zu übernehmen (Mehta, A. et al. 2010; Nai-Ching 2017).

1.1 Definitionen

Das Wort palliativ kommt vom lateinischen Wort „pallium“, was Mantel bedeutet oder von „palliare“, welches mit „mit dem Mantel bedecken“, „umhüllen“ übersetzt werden kann (Palliativ-Portal). In althochdeutschen Wörterbüchern ist eine Nähe zu „pallere“ oder „palescere“ zu finden, was so viel wie bleich oder blass sein bedeutet (Feichtner 2018). Der Pschyrembel definiert palliativ als „Beschwerden einer Krankheit (z. B. Schmerzen) lindern, Geborgenheit und Wärme vermitteln“ (Pschyrembel 2017).

„Der englische Begriff „care“ lässt sich wörtlich nur schwer ins Deutsche übersetzen. Am ehesten bedeutet „Care“ Versorgung im Sinne einer umfassenden Fürsorge, Begleitung, Betreuung und Pflege von Patientinnen und Patienten (Feichtner 2018).“

Das Wort „hospitium“ kommt aus dem lateinischen und bedeutet Herberge oder Gastfreundschaft (Feichtner 2018). Es bezeichnet heute eine Institution, welche unheilbar kranken Menschen in der letzten Lebensphase begleitet und versorgt (Rohde o.J.). Hospizeinrichtungen bejahen dabei das Leben und sorgen dafür, dass Menschen in der letzten Lebensphase so bewusst und zufrieden wie möglich leben können. Sie beschleunigen den Tod nicht, zögern ihn aber auch nicht hinaus (National Hospice Organization o.J.).

1.1.1 Prinzip der Palliativpflege

Das Augenmerk einer palliativen Versorgung liegt im Gegensatz zur kurativen Behandlung nicht auf der Heilung der Erkrankung, sondern darauf, das

Wohlbefinden sicherzustellen, ungeachtet der zu erwartenden Lebensdauer. Die Aufgaben liegen hierbei in der Vorbeugung und dem Lindern von Leiden wie Schmerzen, physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen durch frühzeitiges Erkennen. Die Einschätzung und Behandlung der eben genannten Probleme fällt ebenso in den Aufgabenbereich der Palliativpflege. Mit dem Schmerzmanagement beschäftigen sich mehrere Disziplinen und in der Durchführung ist es notwendig, dass diese zusammenarbeiten. Zu diesen Disziplinen zählen unter anderem die Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte und weitere (*Pschyrembel* 2017).

Laut WHO ist die Definition der Palliativpflege wie folgt:

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

Palliativmedizin:

- ermöglicht Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen
- bejaht das Leben und erkennt Sterben als normalen Prozess an
- beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes
- integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
- bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
- bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
- beruht auf einem Teamansatz, um den Bedürfnissen [sic!] der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
- fördert Lebensqualität und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen

- kommt frühzeitig im Krankheitsverlauf zur Anwendung, auch in Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z.B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind, um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin).“

Die IASP (International Association for the Study of Pain) definiert Schmerz wie folgt:

„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer aktuellen oder potentiellen Gewebeschädigung einhergeht, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird“ (IASP (International Association for the Study of Pain)).

Schmerz wird unterteilt in akut und chronisch. Der akute Schmerz nimmt eine Schutz- und Warnfunktion ein, während der chronische Schmerz diesen Warncharakter verliert und einen eigenständigen Krankheitswert, das chronische Schmerzsyndrom, hat. Die Nozizeptoren sind die Schmerzrezeptoren an den Nervenenden, welche den Schmerzreiz aufnehmen. Diese können dauerhaft gereizt werden. Dafür gibt es verschiedenste Ursachen, wie zum Beispiel Entzündungen, Arthritis, Polyarthritis und weitere. Neuropathische Schmerzen, sogenannte Neuralgien oder Nervenschmerzen, werden ausgelöst durch „eine Schädigung (oder Erkrankung) im somatosensorischen System, der peripheren Nerven, der Nervenwurzel oder des Zentralnervensystems“. Gründe für solche Schädigungen sind zum Beispiel eine Herpes Zoster Infektion, Amputation (Phantomempfinden), Bandscheibenvorfall, diabetische und nichtdiabetische (Poly-) Neuropathie und einige mehr. Psychische, beziehungsweise soziale Probleme können somatoforme (körperliche Symptome mit psychischem Auslöser) Schmerzen verursachen. Die Intensität des Schmerzes hängt dabei davon ab, wie gravierend diese Probleme sind. Beispiele für solche somatoformen Schmerzen sind Migräne. Ein Mitwirken anderer Faktoren ist dabei nicht ausgeschlossen. Migräne kann somit auch ein Nebeneffekt von Muskelverspannungen sein, welche wiederum durch psychische Belastungen

ausgelöst werden können. Der Fehlregulationsschmerz ist die Folge von funktionellen Störungen und beruht auf „unangemessener Funktion eines physiologischen oder biochemischen Regulationssystems, wie zum Beispiel unangepasste motorische Steuerung der Skelettmuskulatur“. Diagnostiziert werden Schmerzen mithilfe einer Anamnese und durch das Erfassen von Schmerzen, sowie durch die Feststellung, ob ein Schmerz chronisch ist. Verlaufsdokumentation und Schmerztagebuch helfen bei der Diagnostik. Als Durchbruchschmerz oder auch Schmerzspitze wird eine intermittierende Schmerz-Exazerbation bei chronischen (Tumor-) Schmerzen bezeichnet (Pschyrembel 2017).

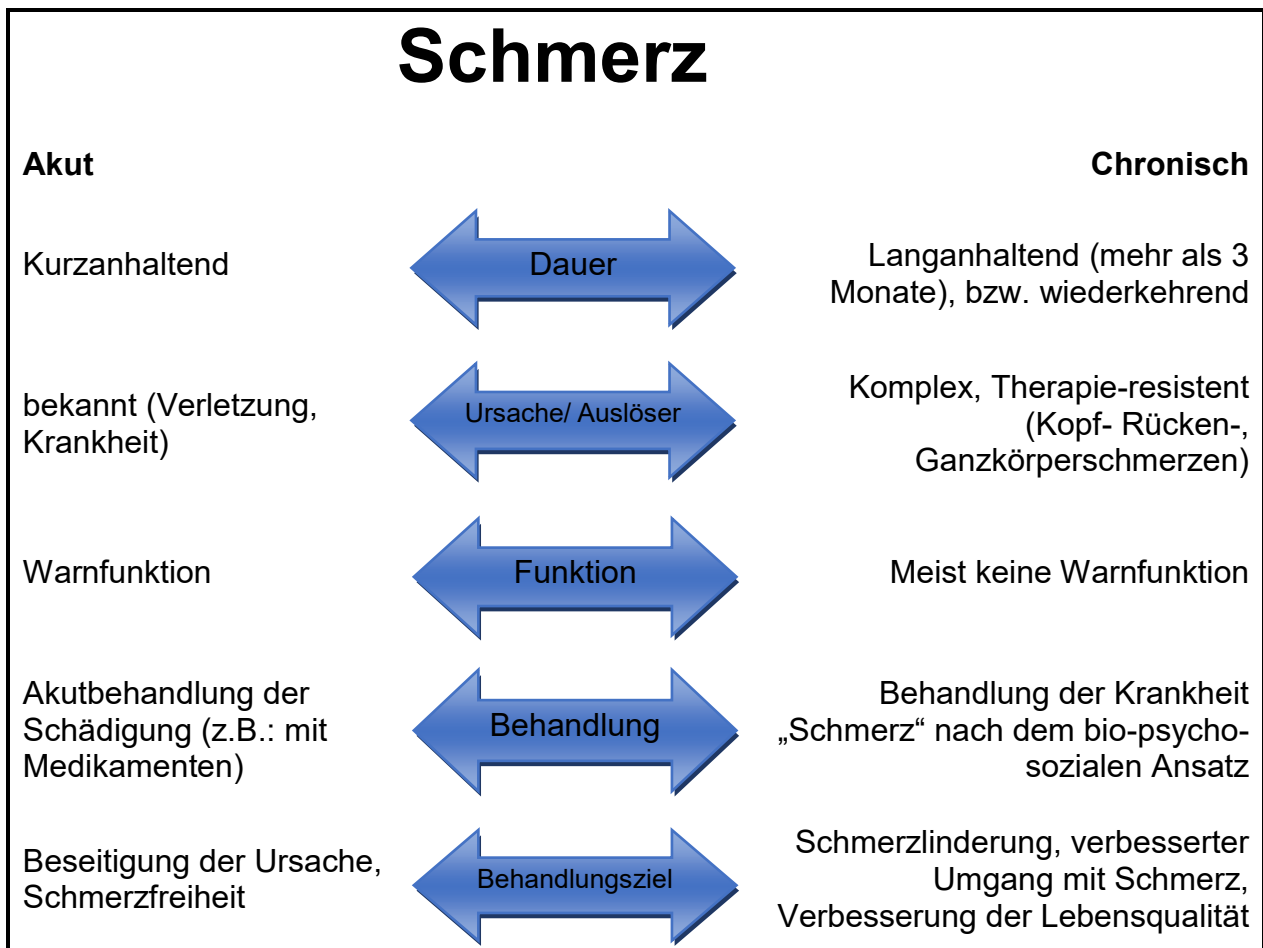


Abb. 1: Schmerzcharakteristika des akuten und chronischen Schmerzes Quelle: nach Basler und Kröner-Herwig 2005

1.2 Rolle der Pflegeperson

Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GUKG) ist die Pflege und Begleitung von Menschen mit einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung, sowie die Betreuung von deren Angehörigen, vom gehobenen Dienst, also der diplomierten Pflegekraft, verankert (*Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) 2016 §22*).

Dem gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege kommen im Rahmen medizinischer Diagnostik und Therapie die Verabreichung von Arzneimitteln und die Durchführung medizinisch-therapeutischer Interventionen, wie zum Beispiel die Anpassung von Schmerztherapien, unter ärztlicher Anordnung zu. (*Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 2016 §15 (4)*).

Schmerzen sind bei Patientinnen und Patienten im End-of-Life-Stadium ein häufiges Problem (Campling et al. 2017). Ein Teil der medizinischen und pflegerischen Grundversorgung fällt neben den Krankenhäusern und Langzeitpflegeeinrichtungen auch der mobilen Pflege zu. (Siehe Familienbereich, Zuhause in Abbildung 1).

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung übernimmt mit der Palliativstation, stationäres Hospiz, Tageshospiz, Palliativkonsiliardienst, mobilem Palliativteam und Hospizteam die Versorgung in komplexen Situationen. Die „einfache“ Situation und Grundversorgung, und damit 80-90 Prozent der Sterbefälle, übernehmen Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime und mobile Dienste mit Hausärzten, Therapeuten und Familienangehörigen. Zu den Aufgaben der Pflegekräfte im mobilen Dienst gehören, je nach Absprache mit den Angehörigen, medizinische, pflegerische, therapeutische und/oder soziale Maßnahmen am Patienten oder der Patientin, um den Verbleib des Patienten oder der Patientin zu Hause zu ermöglichen. Die Pflegekraft unterstützt den Patienten oder die Patientin im Übergang zwischen stationärer und ambulanter Betreuung und übernimmt auf diese Weise eine Brückenfunktion. (Gesundheit Österreich 2014)

Hospiz- und Palliativbetreuung				
„einfache“ Situation		Komplexe Situation, schwierige Fragestellung		
Grundversorgung		Unterstützende Angebote		Betreuende Angebote
Akutbereich	Krankenhäuser	Hospizteams	Palliative-Konsiliardienste	Palliativstation
Langzeitbereich	Alten- und Pflegeheime		Mobile Palliativteams	Stationäre Hospiz
Familienbereich, Zuhause	niedergelassene (Fach)-Ärztenschaft, mobile Dienste , Therapeutinnen/Therapeuten...			Tageshospiz

Abb. 2: Baustein der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung
(Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG)

Die Pflegekräfte im mobilen Dienst beraten, leiten an und stellen ihr Fachwissen in Schmerztherapie den Patientinnen und Patienten zur Verfügung (Gesundheit Österreich 2014).

In den USA werden laut einer Studie von Nai-Ching (2017) 60 Prozent der Hospizpatientinnen und Hospizpatienten zu Hause gepflegt. Über die Hälfte dieser Patientinnen und Patienten mit terminalen Erkrankungen erfahren laut dieser Studie Schmerzen (Nai-Ching 2017). Schmerzfreiheit hat bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten laut einer Studie aus Italien höchste Priorität, weil Schmerzen für die Betroffenen körperlichen sowie psychischen Stress bedeuten (Dobrina et al. 2016). Die Gepflegten empfinden es als schwierig, dem Pflegepersonal von sich aus ihre Schmerzsituation zu erklären, da sie den Schmerz oft nicht beschreiben können oder darauf warten, nach der aktuellen Schmerzsituation gefragt zu werden. Deswegen erwarten Patientinnen und Patienten von der Pflegeperson, dass sich diese explizit nach ihrer Schmerzsituation erkundigt (Gibbins et al. 2014).

1.3 Prävalenz

Am Lebensende werden sechs Symptome häufig genannt. Schmerz ist mit einer Prävalenz von 69 Prozent das häufigste Symptom (Axelsson et al. 2018). Jede zweite ambulant versorgte Patientin und jeder zweite ambulant versorgter Patient leidet an mittleren bis starken Schmerzen (Perner et al. 2010).

Bei generellem Auftreten von Schmerz gibt es in den verschiedenen Altersgruppen über 18 keinen Unterschied. Sehr wohl kommt es aber bei über 85-jährigen Patientinnen und Patienten zu einem häufigeren Auftreten von Schmerzspitzen. Für diese Altersgruppe wird auch festgehalten, dass diese mehr transdermale Medikation (über die Haut als Pflaster) und Oxycodon (Opioid) verwendet als Hydromorphon (Opioid) und Morphin (Opiat). Die Dosen der Schmerzmedikamente werden mit der Zeit erhöht, bleiben jedoch in der Altersgruppe über 85 Jahren signifikant geringer (Mercadante et al. 2016).

1.4 Zielsetzung, Forschungslücken und Forschungsfrage

Im Kapitel 1.2 wird bereits ausgeführt, dass die Hälfte der Palliativpatientinnen und Palliativpatienten, die zu Hause betreut und gepflegt werden, unter Schmerzen leiden. In dieser Arbeit soll es darum gehen, welche Rolle eine Pflegekraft in der Betreuung von Palliativpatientinnen und Palliativpatienten mit Schmerzen und deren Angehörigen zu Hause einnimmt und welche Aufgaben ihr dabei zukommt.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Aufgabenbereiche der Pflegekraft in der End-of-Life Versorgung zu Hause näher zu beleuchten und herauszufinden, wie man Klientinnen und Klienten in der Pflege zu Hause bestmöglich im Schmerzmanagement unterstützen kann. Männer und Frauen sind bei diesem Thema gleichsam betroffen.

Die Forschungsfrage, die dabei gestellt wurde, lautet wie folgt: Welche Aufgaben hat die Pflegeperson in der extramuralen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Schmerzen im End-of-Life-Stadium?

2 Methode

Zur Beantwortung der oben genannten Forschungsfrage wurde eine Literaturrecherche durchgeführt.

Eine Literaturrecherche ist eine kritische Auseinandersetzung mit der aktuellen Forschungsliteratur, die mit der Forschungsfrage in Zusammenhang steht (Polit & Beck 2012).

2.1 Literatursuche

Die Literaturrecherche wurde von Oktober bis November 2018 durchgeführt. Dabei wurden die Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) durchsucht. Diese Suche in den Datenbanken ist in englischer Sprache durchzuführen, weswegen die Keywords oder auch Suchbegriffe auf Englisch angepasst und definiert werden mussten.

Es wurden folgende Keywords verwendet: End of Life care, Palliative care, Terminal care, Pain, Home care und Domiciliary care. Diese Suchbegriffe wurden als Stichwörter eingegeben und mit den Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft.

Wurden die Keywords Pflegekraft oder Rolle oder Aufgabe hinzugefügt, so konnten keine Treffer in der Suche erzielt werden.

Tabelle 1: Keywords der Suchabfrage

PubMed	(“End of life” OR “Palliative care” OR “Terminal care”) AND Pain AND (“Home care” OR “Domiciliary care”)
CINAHL	(“End of life” OR “Palliative care” OR “Terminal care”) AND Pain AND (“Home care” OR “Domiciliary care”)

Die Suche wurde durch folgende Parameter eingegrenzt:

Publikationsdatum von 2008 bis 2018

Einschränkung der Suche Im PubMed auf „Text und Abstract“

Suche in CINAHL mit „all Text“

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Eingeschlossen wurden ausschließlich Studien, die sich mit dem Setting der palliativen Betreuung zu Hause befassen. Dadurch konnten Studien, die nur in einem Pflegeheim oder Krankenhaus durchgeführt wurden, ausgeschlossen werden.

Keine der eingeschlossenen Studien befasst sich mit der Rolle oder der Aufgabe der Pflegekraft im Schmerzmanagement konkret, da mit diesen Keywords keine Treffer erzielt wurden. In der Arbeit wurde aber versucht, durch die eingeschlossenen Studien über die Sichtweise von Pflegekräften, Angehörigen und Patientinnen und Patienten die Rollen, die der Pflegekraft in diesem Bereich zukommt, heraus zu filtern.

2.3 Auswahlprozess

Die Suchergebnisse wurden dem Literaturprogramm Endnote X8 hinzugefügt. Nach einer Bereinigung von Duplikaten blieben 321 Studien von 384 Suchergebnissen übrig. Im Titelscreening wurden weitere 161 Studien ausgeschlossen, womit noch 160 Studien übrigblieben. Durch das darauffolgende Abstractscreening konnte der Umfang auf 43 Studien reduziert werden, da die anderen nicht zur Beantwortung der Forschungsfrage geeignet waren. Nach einem Volltextscreening, um zu prüfen, ob die verbleibenden Studien in Frage kommen, wurden noch einmal 34 ausgeschlossen. Die verbliebenen neun Studien wurden eingeschlossen und mit dem Hawker-Bewertungsbogen kritisch betrachtet (Hawker et al., 2002).

In Abbildung 1 ist der Auswahlprozess als Flowchart dargestellt.

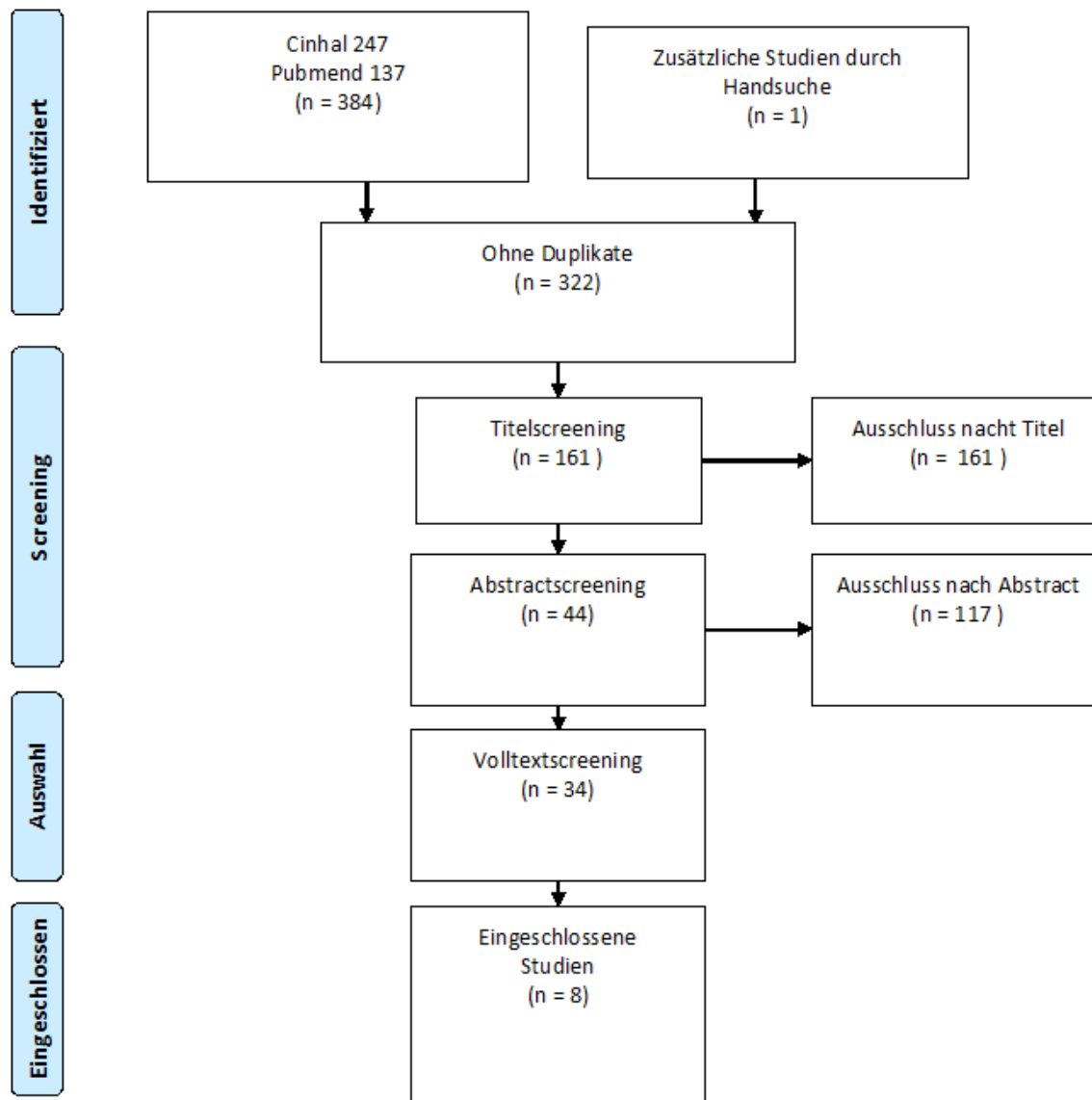


Abb. 3: Darstellung als Flowchart nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011)

2.4 Bewertung der einzelnen Studien mittels Hawker Bewertungsbogen

Die eingeschlossenen Studien wurden mit dem Hawker (Hawker et al., 2002) Bewertungsbogen beurteilt. Mit diesem Bogen ist es möglich, sowohl Studien mit qualitativem Design als auch welche mit quantitativem Design zu bewerten.

Er ist unterteilt in neun Kategorien, die jeweils mit 1 (poor) bis 4 Punkten (good) beurteilt werden. Beurteilt werden Abstract und Titel, Einleitung und Ziele, Methoden und Daten, Sampling, Datenanalyse, Ethik und Verzerrungen oder Beeinflussungen, Resultate, Übertragbarkeit und Generalisierbarkeit, sowie Implementierungsmöglichkeiten und Nützlichkeit für Praxis und Forschung der Studien. Aus diesen numerisch bewerteten Kategorien ergibt sich ein Qualitätsscore von einem Maximum von 36 Punkten. Studien, die bei diesem Bewertungsbogen einen Score von über 60 Prozent erreichen, wurden in diese Literaturrecherche miteinbezogen. Die genaue Bewertung der eingeschlossenen Studien befindet sich im Anhang.

3 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der ausgewählten Studien besprochen. Bei den eingeschlossenen Studien handelt es sich um vier qualitative, drei quantitative Studien und eine Mixed-Method-Studie. Die wichtigsten Daten der Studien wurden herausgefiltert und untenstehend in einer Tabelle zusammengefasst (siehe Tab. 2).

3.1 Studiencharakteristika

Eingeschlossen wurden drei Studien aus Deutschland, zwei aus Canada und jeweils eine Studie aus den USA, Bosnien-Herzegovina und Mexico. Bei zwei der vier qualitativen Studien handelt es sich um zwei Grounded-Theorie-Studien und zwei phänomenologische Studien. Die Datenerhebung innerhalb der Studien erfolgte mittels Fragebogen sowie Interviews und ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) und Datenbankaufzeichnungen. Die Daten kamen sowohl von Patienten und Patientinnen als auch Angehörigen und Pflegekräften. Alle Studien beschränkten sich auf volljährige Patientinnen und Patienten, wobei sich sieben Studien ausschließlich mit Krebspatientinnen und -patienten beschäftigten. Innerhalb der verschiedenen Studien gab es Vergleiche zwischen unterschiedlichen Settings, wie zum Beispiel der Betreuung im Krankenhaus, dem mobilen Dienst oder der Heimpflege.

Tabelle 2: Studiencharakteristika (In der Tabelle wird auf direkte Zitate verzichtet, da durch Titel und Autor ein eindeutiger Hinweis auf die Herkunft des Inhaltes besteht.)

Nr.	Autor, Jahr, Land	Titel	Design	Stichprobe, Setting	Ziel	Hauptergebnisse
1	Aebischer Perone S et al. 2018 Bosnien-Herzegowina	Addressing the needs of terminally-ill patients in Bosnia-Herzegowina: patients' perceptions and expectations.	Mixed Method Semistrukturiertes Interview	62 Palliativpatienten und -patientinnen zu Hause in Bosnien-Herzegowina	Verbesserung der Pflege und Unterstützung in Bosnien-Herzegowina für Palliativpatienten und -patientinnen, die zu Hause gepflegt werden.	Über die Hälfte der Teilnehmer und Teilnehmerinnen leiden an mittleren bis starken Schmerzen und geben an, vollständig von der Familie abhängig zu sein. Mit den Bewegungseinschränkungen der Patientinnen und Patienten steigt auch deren Depressivität. Fast alle Teilnehmer und Teilnehmerinnen berichten, dass die verabreichten Schmerzmedikamente, nicht wirksam sind und es häufig gravierende Nebenwirkungen gibt. Viele Patientinnen und Patienten sehen sich als Belastung für die Familie.
2	Anita Metha et al. 2010 Canada	Family caregivers of palliative cancer patients at home: The puzzle of pain management	Qualitativ Grounded Theory Semistrukturierte Interviews	24 pflegende Angehörige von Krebspatientinnen und -patienten Zu Hause	Besseres Verständnis für den Schmerzmanagementprozess, den pflegende Angehörige bei Krebspatientinnen und -patienten zu Hause verwenden.	Das Model „the puzzle of pain management“, welches vier Grundprozesse inkludiert. Der gewonnene Einblick erleichtert Pflegekräften die Arbeit in Bezug auf den Pflegeplan zur Schmerzkontrolle.
3	Anita Metha et al. 2011 Canada	Striving to respond to palliative care patients' pain at home: A Puzzle for family caregivers	Qualitativ Grounded Theory Semistrukturierte Interviews	24 pflegende Angehörige von Krebspatientinnen und -patienten Zu Hause	Beschreibung der Schmerzarten von Palliativpatientinnen und -patienten und Analyse, wie pflegende Angehörige diese beurteilen und Interventionen setzen.	Nicht allen Angehörigen war es möglich, verschiedene Schmerzarten zu unterscheiden, weswegen nicht immer die richtige Intervention eingesetzt wurde. Oft führte dies zu schlechtem Schmerzmanagement und Frust.
4	Douglas C. Nance et al. 2015 Mexico	Discussing End-of-Life issues in Mexico with older people and family caregivers	Qualitativ Phänomenologisch Focusgruppen-Interviews	121 Teilnehmer und Teilnehmerinnen	Besseres Verständnis von Anliegen bei End-of-Life Problemen.	Fehlende Information und Kommunikation mit dem Pflegeteam wurde bemängelt. Schmerzen werden oft als Teil des Lebens gesehen, dem keine Abhilfe geschaffen werden kann. Auch eine Notwendigkeit für Beratung und Schulung der Angehörigen wird kundgetan.

Nr	Autor, Jahr, Land	Titel	Design	Stichprobe, Setting	Ziel	Hauptergebnisse
5	Gnass et al. 2018 Deutschland	Herausforderung ambulanter Pflegedienste im Schmerzmanagement von Tumorpatienten	Qualitativ Leitfadengestützte Interviews	14 ambulante Pflegedienste	Finden von Herausforderungen der Pflegenden im ambulanten Dienst bei der Umsetzung des Schmerzmanagements mit Tumorerkrankten	Die Herausforderungen liegen bei der Schmerzeinschätzung, den Schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, den nicht medikamentösen Therapiemaßnahmen und im Bereich Information, Schulung und Beratung.
6	Perner A et al. 2010 Deutschland	Ambulante Palliativversorgung von Tumorpatienten im Raum Leipzig	Quantitativ Fragebogen	239 Palliativpatientinnen und -patientinnen in verschiedenen Kliniken, die an ambulante Dienste vermittelt wurden	Evaluierung der Versorgung von Palliativpatienten und -patientinnen anhand sozioökonomischer, medizinischer und psychosozialer Parameter	Es kam zu Betreuungsunterbrechungen aufgrund von Krankenhauseinweisungen. Angehörige übernahmen den größten Teil der Versorgung zu Hause. Kontakte zum Ansprechperson waren oft nicht möglich. Die Schmerzintensität der letzten Woche wurde mit „mittel“ bis „stark“ angegeben.
7	Romeo MJ et al. 2015 USA	Acupuncture to Treat the Symptoms of Patients in a Palliative Care Setting	Quantitativ Quasiexperimentelle Interventionsstudie ESAS-Fragebogen ESAS-Assessment	26 Patientinnen und Patienten in Hospizpflege	Untersuchung der Wirksamkeit von Akupunktur als Symptomentlastung	Eines der am häufigsten berichteten Symptome war Schmerz. Die Schmerzintensität konnte wesentlich durch Akupunktur beeinflusst werden.
8	Schwabe et al. 2017 Deutschland	"Etwas vertrauen, dass ich es schaffe"	Qualitativ secundäranalytierte, teilstrukturierte Interviews	13 Angehörige von Patientinnen und Patienten in der spezialisierten ambulanten Versorgung (SAPV)	Belastungen pflegender Angehöriger und mögliche Unterstützung durch das SAPV-Team	Drei Themengebiete werden aufgetan: Pflegerisch-praktisch (waschen, kleiden, bewegen, Symptombehandlung), Organisatorisch-koordinativ (Organisation von Terminen, Medikamenten, Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten und Spitälern) und psychosoziale Belastung.

3.2 Schwierigkeiten bei der Schmerzbehandlung

Das Mitwirken bei der Schmerzbehandlung im Hauskrankenpflegesetting stellt einen zentralen Aufgabenbereich der Pflegekräfte dar. Dabei kommt es aber, wie im Folgenden beschrieben, immer wieder zu Schwierigkeiten.

Wie in Tabelle 2 veranschaulicht, stellt die Mixed-Method-Studie von Aebischer Perone et al. (2018) fest, dass fast alle Patientinnen und Patienten der Studie Schmerzmedikamente zu nehmen hatten. Teilweise wurden die Schmerzen sogar bereits mit Opioiden behandelt. Die Befragten gaben dennoch an, dass sie auch mit dieser Medikation weiterhin unter Schmerzen litten. Die Patientinnen und Patienten gingen aber davon aus, dass eine weitere Reduktion oder Behandlung der Schmerzen erfolglos bleiben würde (Aebischer Perone et al. 2018).

Zudem bedarf es in der Schmerztherapie je nach Situation des Patienten oder der Patientin einer kurzfristigen Anpassung der Schmerzmedikation. Dies gestaltet sich, wie in der Studie von Gnass et al. (2018) über das Schmerzmanagement bei Tumorpatientinnen und Tumorpatienten beschrieben (siehe Tabelle 2), oft als problematisch, da die Betreuungszeiten durch eine mobile Betreuung oder Pflege von den regulären Ordinationszeiten der Hausärzte oder Hausärztinnen abweichen können. Daher kann vor allem in den Nachmittags- und Abendstunden sowie an Wochenenden eine Anpassung oft nur verzögert erfolgen. Eine Abklärung mit dem zuständigen Arzt oder der zuständigen Ärztin ist oft nicht möglich. Die Abstimmung zwischen Hausarzt oder Hausärztin und Pflegepersonal in der Schmerztherapie ist jedoch unerlässlich. Weiterhin werden die Rückmeldungen und Informationen der Pflegekräfte über die Schmerzproblematiken der Patientinnen und Patienten an die Ärzte und Ärztinnen aus Sicht der Pflegekräfte häufig als nicht ausreichend erachtet (Gnass et al. 2018).

In selbiger Studie wird gezeigt, dass eine Erfassung und Dokumentation der Symptome von Nöten sind, um die Absprache zwischen Hausarzt oder Hausärztin und Pflegekraft zu ermöglichen. Diese findet durch die Pflegeperson meist erst mit dem Auftreten von Schmerzen statt. Weitere Erkundungen der Ursache können dann zwei bis drei Tage dauern. Bei unklarer Symptomatik ist gegebenenfalls eine

Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt oder der Hausärztin erforderlich. Diese führt die Pflegeperson in vielen Fällen selbst durch, sofern eine zeitnahe Rückmeldung des Hausarztes oder der Hausärztin aufgrund der Ordinationszeiten möglich ist (Gnass et al. 2018).

3.3 Vermittlerrolle

Die Pflegeperson wird somit im Bereich der Vermittlerrolle als eine Ressource und Informationsquelle gesehen (Aebischer Perone et al. 2018).

Pflegedienste unterstützen die Patientinnen, Patienten und Angehörigen unter anderem dabei, dass die Patientinnen und Patienten die nötigen Medikamente erhalten. Sie nehmen Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin auf und schildern das Problem genau, um die Verschreibung der richtigen Medikamente sicherzustellen. Außerdem kümmert sich der Pflegedienst um die Beschaffung der Medikamente und regelt grundsätzlich den Informationsfluss zwischen Arzt oder Ärztin und Pflegeakteuren (Schwabe et al. 2017).

Auf diese Weise versuchen Pflegepersonen oft eine Vermittlerrolle, wie auch Gnass et al. (2018) sie erkennt, zwischen Patientinnen und Patienten und Ärztinnen und Ärzten zu übernehmen.

3.4 Wissensvermittlung

Abseits des Mitwirkens in der direkten Schmerzbehandlung liegt eine weitere Aufgabe des Pflegepersonals in der Vermittlung von Wissen an Angehörige sowie Patientinnen und Patienten, zum Beispiel Nebenwirkungen von Medikamenten betreffend. Dabei ist festzustellen, dass es nicht immer eindeutig zuzuordnen ist, ob die Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Übelkeit, von Medikamenten oder zum Beispiel von Tumorsymptomen stammen (Gnass et al. 2018).

Durch den Aufbau einer Vertrauensbasis kann hier der mobile Dienst mit diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -Krankenpflegern bedarfsgerecht auf Schmerzen und andere Symptome der Patientin oder des Patienten reagieren. Überdies unterstützen die Pflegekräfte Angehörige mithilfe spezifischen Handlungsempfehlungen und Praxisanleitungen (Schwabe et al.

2017).

Viele Patientinnen und Patienten fragen oft nicht nach ergänzenden Medikamenten, da sie davon ausgehen, dass die Symptome nicht unter Kontrolle gebracht werden können. Mehr Informationen zu Schmerzmedikamenten, deren Einsatz und alternativunterstützende Schmerzbehandlungen, auch durch die Pflegekraft, wären nötig (Aebischer Perone et al. 2018).

Die Beratung durch die Gesundheitsfachkräfte (health professionals) in Bezug auf Schmerzmanagement wurde von den Angehörigen oft als „nicht hilfreich“ empfunden. Kurze Erläuterungen, wofür welche Medikamente eingesetzt werden, wurden gegeben, jedoch keine weitergehende Aufklärung, wie zum Beispiel über eventuelle Nebenwirkungen. Diese oberflächliche Einweisung führte zu einem Gefühl der „Hilflosigkeit“ und „Unsicherheit“ in Bezug auf die Schmerzkontrolle. Am häufigsten wurden Informationen gewünscht, welche sich auf die Nebenwirkungen der Schmerzmedikation, den Schmerzverlauf und was im Fall einer Verschlechterung unternommen werden kann, bezogen. Als Hauptgrund für die gewünschten Informationen wurde ein besseres Verständnis der Schmerzerfahrung angegeben sowie der Wunsch, zu wissen, was zu tun ist, sollte etwas falsch laufen. Durch diese Auskünfte fühlen sich die Angehörigen sicherer in ihrer Reaktion auf Schmerzsituationen, was wiederum zu einer deutlichen Entspannung und Entlastung beiträgt (Mehta, Anita 2008).

Aebischer Perone et al. (2018) zeigten in einer Studie, die zum Ziel hatte, die Bedürfnisse von sterbenskranken Patientinnen und Patienten zu beleuchten, dass sich Patientinnen und Patienten auch mehr Informationen über Versicherungen, Ablaufreihenfolge, Patientenrechte und administrative Prozesse wünschen (Aebischer Perone et al. 2018).

3.5 Nichtmedikamentöse Maßnahmen / Behandlung durch die Pflegekraft

Nichtmedikamentöse Therapien (NMT) wurden, je nach Schmerzsituation, alleine oder in Kombination mit medikamentösen Therapien eingesetzt, wobei NMT selten als einziges Mittel verwendet wurde. Bei NMT wurde sich vor allem der Ablenkung bedient, aber auch Massagen, Anwesenheit, Lagerung, Wärme-/Kälteanwendungen und „zum Lachen bringen“ wurden herangezogen. Bei nichtmedikamentösen Therapien liegt sowohl die Planung als auch die Durchführung häufig bei der Pflegeperson.

Hier sehen die Pflegekräfte selbst jedoch einen Mangel an Wissen für den gezielten Einsatz und ein Fehlen systematischer und einheitlicher Anwendungen. Weiterhin sind für diese Therapieformen keine ausreichenden Evaluationsmaßnahmen vorhanden, um entsprechende Bewertungen und Anpassungen vorzunehmen (Gnass et al. 2018).

Ein umfassendes Wissen über die Schmerztherapie und die Schmerzeinschätzung der einzelnen Patientinnen und Patienten sowie der Kontakt zu Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen sind für die medikamentöse Schmerztherapie notwendig. Bei nichtmedikamentösen Therapien (NMT) gibt es keine einheitlichen Erfahrungswerte. In diesem Bereich sehen Pflegepersonen sich nicht als Experten bzw. Expertinnen, verlangen aber von sich selbst einen professionellen Umgang und Einsatz von NMT. Pflegenden sehen sich hier eher in einer beratenden Rolle, bei der eine starke Einbindung der Angehörigen nötig ist (Gnass et al. 2018).

Ein erfolgreiches Beispiel zeigt sich in einer Studie von Romeo et al (2015), die sich mit Akupunktur befasst. Dabei war Schmerz neben Müdigkeit, Appetitverlust und Schwindel eines der am häufigsten genannten Symptome. Laut dieser Studie kam es in Bezug auf die Schmerzintensität nach einer NMT mittels Akupunktur zu einer deutlichen Verbesserung (Romeo et al. 2015).

3.6 Unterstützung der Angehörigen

Angehörige sind oft gefordert, da sie in die Versorgung und die tägliche Pflege der Patientinnen und Patienten mit eingebunden sind (Perner et al. 2010).

Um eine Schmerzeinschätzung über den Tag sicherzustellen, müssen sowohl Angehörige als auch Pflegepersonal eingesetzt werden. Eine Behandlung mit den passenden Schmerzmedikamenten und Dosierungen ist teilweise ohne die Hilfe der Angehörigen nicht möglich (Gnass et al. 2018).

Erfahrungen im Umgang mit Schmerzpatientinnen und Schmerzpatienten prägen das Verhalten und die Wahrnehmung von Familienangehörigen in Bezug auf Schmerz. In einer Studie von Mehta, Anita (2008) wird die Perspektive einer Angehörigen geschildert, die angibt, sich gezwungen zu fühlen, immerzu greifbar zu sein. Sie vergleicht ihre Situation mit der eines/einer Inhaftierten. Ungeachtet der Verantwortung des Schmerzmanagements hatten fast alle pflegenden Angehörigen das Gefühl, ihre Unterstützung und Anwesenheit sei wesentlich für die Schmerzkontrolle. Ein weiterer Angehöriger gibt an, dass das Betreuungsteam nicht präsent genug ist. Die Verfügbarkeit des mobilen Pflorgeteams und der Eifer der Angehörigen sind wichtige Merkmale im Beziehungsprozess mit dem Pflorgeteam, welches das Schmerzmanagement beeinflusst (Mehta, Anita 2008).

Eine weitere große Herausforderung sind Kompetenzen zur Schulung im Schmerzmanagement. Pflegekräfte versuchen Angehörige im Rahmen ihrer Möglichkeiten mit einzubinden. Gewährleistung für Information, Schulung und Beratung gibt es hier aber aufgrund fehlender zielgruppenorientierter Konzepte für Patientinnen und Patienten nicht. Der individuelle Bedarf an Schulung, Information und Beratung ergibt sich im Gespräch und der jeweiligen Pflegesituation. Da aber eher Desinteresse und Ablehnung seitens der Patientinnen und Patienten erfahren wird, ergibt sich hier auch die Schwierigkeit, diese Ablehnung bzw. das fehlende Verständnis der Patientinnen und Patienten zu dokumentieren (Gnass et al. 2018).

3.7 Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Schmerztherapie

Bei Gnass et al 2018 in einer qualitativen Studie über die „Herausforderungen ambulanter Pflegedienste im Schmerzmanagement von Tumorpatienten“ von 14 ambulanten Pflegediensten in Münster konnte gezeigt werden, dass es in der Kommunikation mit den Hausärzten und Hausärztinnen wegen der unterschiedlichen Ordinationszeiten zu Problemen kommen kann. Die Schmerzproblematik und die Informationen der Pflegepersonen werden oftmals von Hausärzten und Hausärztinnen aus subjektiver Sicht der Pflegepersonen nicht ausreichend beachtet. Dadurch besteht eine Ablehnung der Durchführung von Schmerzassessments. In der Schmerztherapie ist eine Abstimmung zwischen Hausarzt oder Hausärztin und Pflegepersonal allerdings unerlässlich. Außerdem nehmen Pflegende eine Vermittlerrolle zwischen Arzt oder Ärztin und Patientinnen und Patienten ein (Gnass et al. 2018).

Die Hausärztin oder der Hausarzt ist aber durchaus eingebunden und wird laut Perner et al zumindest einmal im Monat hinzugezogen. Dennoch hatte ein Teil der Patientinnen und Patienten, die zu Hause versorgt werden, keine regelmäßige Kontrolle durch den Hausarzt oder die Hausärztin, was zum Nachteil gereichte, wenn Verschlechterungen oder Unsicherheiten auftraten (Perner et al. 2010).

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Angehörigen und Pflegepersonen hat ebenso Einfluss auf das Schmerzmanagement. War eine gute Zusammenarbeit gegeben, fühlten sich die Angehörigen informierter. Eine Beziehung von Angehörigen zum Pflegepersonal aufzubauen, wird auch als ein Teilprozess des Schmerzmanagements gesehen (Mehta, A. et al. 2011) (Mehta, Anita 2008).

3.8 Unterstützung und Aufklärung der Patientinnen und Patienten

Der Großteil der Patientinnen und Patienten äußert sich über ein Fehlen von Erklärungen, zum Beispiel, wie sie mit ihrer Situation umgehen können. Sie fühlen sich allein gelassen und verloren (Aebischer Perone et al. 2018).

Viele Patientinnen und Patienten wussten nicht, welche Dienste ihnen in ihrer Situation mit der Erkrankung überhaupt zur Verfügung stehen.

Durch den fehlenden medizinischen Hintergrund und die knappe Kommunikation mit dem Pflegepersonal sind Angehörige, Patientinnen und Patienten oft nicht über ihre Rechte und Möglichkeiten informiert, wie zum Beispiel eine Patientenverfügung, anderen Willensbekundungen oder das Recht einer Behandlungsablehnung. Daher schenken die Betroffenen den Möglichkeiten im Schmerzmanagement wenig Beachtung und sehen den Schmerz als etwas an, wogegen sie nichts unternehmen können. Die Folge ist eine Resignation der Patientinnen und Patienten, welche den Schmerz dadurch als einen Bestandteil des Lebens wahrnehmen: „Schmerz ist ein Teil des Lebens. Wir alle hatten Schmerzen. Manchmal kann der Arzt helfen, manchmal nicht.“ „Wir sind mit Schmerzen in die Welt gekommen und wir verlassen sie mit Schmerzen.“

Um dem besser entgegenwirken zu können, wünschen sich Angehörige häufig eine Schulung für die Betreuung zu Hause: „Wir haben den Wunsch uns um die Familie zu kümmern, aber wir haben keine Skills dafür“ (Nance et al. 2015).

3.9 Schmerzassessment

Gnass et al (2018) beschreibt in der qualitativen Studie „Herausforderungen ambulanter Pflegedienste im Schmerzmanagement von Tumorpatienten“, dass die numerische Rating-Skala (NRS) als Standard angegeben wird. Auch Protokollblätter und Schmerztagebücher werden als Methode zur Schmerzerfassung genannt. Die in der Studie befragten Pflegepersonen weisen eine gewisse Ablehnung gegenüber Assessmenttools auf. Unter anderem, weil sie das Gefühl haben, dass Assessmenttools für Ärzte und Ärztinnen bei der Schmerzbehandlung nur eine geringe Rolle spielen. Diese Pflegekräfte äußern das Gefühl, Ärzten und Ärztinnen hinterher laufen zu müssen und selbst dann würde der Schmerz oft abgetan und nicht ernst genommen. Dies zeige sich in Aussagen wie: „Ja, Frau Sowieso, die kenn ich schon mein Leben lang, sie jammert immer ein bisschen“ (Gnass et al. 2018).

Für Angehörige hat die Schmerzeinschätzung auch einen wichtigen Einfluss auf die Intervention. Diese achten allerdings nicht nur auf eine verbale Schmerzeinschätzung der Patientin oder des Patienten, sondern auch auf Mimik,

Gestik, Verhalten, Stimmung und Bewegungsmuster. Danach entscheiden die Angehörigen, mit welchen Maßnahmen sie die Patientinnen und Patienten unterstützen. Angehörige lassen sich oft die verbale Aussage der Patientin oder des Patienten mit einem nonverbalen Assessment bestätigen oder umgekehrt (Mehta, Anita 2008; Mehta, A. et al. 2011).

4 Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, die Aufgaben der Pflegeperson bei Patientinnen und Patienten mit Schmerzen im End-of-Life zu Hause herauszufiltern. Die für diese Arbeit gefundenen Studien behandeln unterschiedliche Aufgabenbereiche von Pflegekräften. Untersucht werden die Vermittlerrolle, Wissensvermittlung, nichtmedikamentöse Maßnahmen oder Behandlungen durch die Pflegekraft über die Unterstützung der Angehörigen, interprofessionelle Zusammenarbeit in der Schmerztherapie, Unterstützung und Aufklärung der Patientinnen und Patienten bis hin zum Schmerzassessment.

Vermittlerrolle

Häufig werden mittlere oder starke Schmerzen trotz Schmerzbehandlung festgestellt (Aebischer Perone et al. 2018). Die Ursache hierfür liegt mitunter darin, dass Ärzte und Ärztinnen sich, aufgrund eventueller rechtlicher Konsequenzen, mit dem Verschreiben von Schmerzmedikamenten zurückhalten, um eine Überdosierung zu vermeiden (Harder 2007). Blomberg et al. (2008) stellt in einer Studie, die sich mit chronischen Schmerzen im Allgemeinen befasst, ebenfalls fest, dass manche Patientinnen und Patienten ihren Schmerz nicht verbalisieren, weil sie davon ausgehen, dass die Pflegepersonen bereits Bescheid wüssten. Gerade ältere Patientinnen und Patienten nehmen den Schmerz auch als gegeben hin und denken, dass Schmerz Teil des Älterwerdens ist. Hier haken Blomberg et al. (2008) mit der Feststellung ein, dass ein aktives Nachfragen nach Schmerzen schneller zur Erkennung möglicher unnötiger Schmerzen und deren Behandlung führt. Die Pflegeperson ist in der aktiven Betreuung auch gefordert, schmerzbezogene Veränderungen, wie Stimmungsschwankungen, Verschlechterung der Schlafqualität und schmerzbedingte Gangveränderungen zu beachten (Blomberg et al. 2008).

Die Pflegeperson stellt, wie in Kapitel 3.4 beschrieben, im Bereich der Vermittlerrolle eine Ressource und Informationsquelle dar (Aebischer Perone et al. 2018). Auch Blomberg et al. (2008) spricht in diesem Zusammenhang von einer

Mediationsrolle der Pflegekraft zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten.

Pflegedienste unterstützen die Patientinnen, Patienten und Angehörigen unter anderem dabei, dass Patientinnen und Patienten die nötigen Medikamente erhalten. Sie nehmen Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin auf und schildern das Problem genau, um die Verschreibung der richtigen Medikamente sicherzustellen. Außerdem kümmert sich der Pflegedienst um die Beschaffung der Medikamente und regelt grundsätzlich den Informationsfluss zwischen Arzt oder Ärztin und Pflegeakteuren (Schwabe et al. 2017).

Angehörigenunterstützung, Wissensvermittlung und Patientenedukation

Wie Mehta, Anita (2008) bereits erörtert, fühlen sich Angehörige aufgrund fehlender Informationen oft hilflos. Nance et al. (2015) sprechen davon, dass viele Patientinnen und Patienten, wie auch Angehörige, nicht wissen, welche Dienste sie in ihrer Situation überhaupt in Anspruch nehmen können. Pflegende Angehörige haben bei einer Untersuchung von GÜLtaŞ and Yilmaz (2017) häufig angegeben, dass es Schwierigkeiten beim Schmerzmanagement gibt. Sie beklagen, dass viel zu selten auf Möglichkeiten mobiler Pflegedienste hingewiesen wird. 43,3 Prozent der Angehörigen bekamen laut ihren eigenen Angaben überhaupt keine Aufklärung über mögliche Unterstützung durch mobile Dienste. Der Eindruck, dass mehr Schulungen und Information für betroffene Angehörige dringend notwendig sind, vor allem in den Bereichen des Symptommanagement, der Pfl egetätigkeiten zu Hause und der Informationen über den Krankheitsverlauf, spiegelt sich auch in der Studie von Mehta, Anita (2008) wieder. GÜLtaŞ et al. (2017) sind der Meinung, dass das Pfl egeteam den Angehörigen, Patientinnen und Patienten mit Beratung und Anleitung zur Seite stehen sollte.

Pflegekräfte fühlen sich nach einer Schulung im Schmerzmanagement besser für den Umgang mit den Schmerzen der Patientinnen und Patienten vorbereitet. Sie haben das Gefühl, dass Schmerzmanagement weniger belastend ist als vor der Schulung (Blomberg et al. 2008).

Als Pflegekraft aktiv im Schmerzmanagement zu sein, wie Blomberg et al. (2008) es beschreiben, bedeutet unter anderem, Gespräche mit Patientinnen und Patienten zu führen. Außerdem bedeutet es, die zu Pflegenden in ihrer Selbstreflexion, der Problemreflexion und dem Erforschen individueller Lösungen zur Schmerzbekämpfung zu unterstützen und zu bestärken (Blomberg et al. 2008).

„Palliativpflege und mobile Pflege mit erfahrenen Teams auszubauen, trifft die Erwartungen von Angehörigen, Patientinnen und Patienten, trägt aber ebenso zur Verbesserung der Lebensqualität dieser Personengruppe bei“ (GÜLtaŞ et al. 2017).

Interdisziplinäres Team

Berendt et al. (2015) stellen, wie später auch Gnass et al. (2018), in ihren empirischen Untersuchungen über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung aus Sicht der ambulanten Pflegedienste fest, dass „die Zusammenarbeit mit Hausärzten ohne Zusatzbezeichnung Palliativmedizin von den Pflegediensten als schwierig bewertet“ wird. Diese Hausärzte und Hausärztinnen haben oft eine ablehnende Haltung, mit welcher sich die Pflegekräfte dann konfrontiert sehen. Häufig kommt es zu Diskussionen über die Schmerztherapie, teilweise sogar zu Beschimpfungen, wodurch es den Palliativkräften deutlich erschwert wird, Patientinnen und Patienten mit einem entsprechenden palliativen Bedarf in die Versorgung zu integrieren“ (Berendt et al. 2015).

Effektive Kommunikation mit Hausärzten und Hausärztinnen, Angehörigen sowie Apothekerinnen und Apothekern ist wichtig für die Ermittlung möglicher Optionen im Schmerzmanagement (Vallerand et al. 2004). Eine erfahrene Pflegekraft mit einer Weiterbildung im Schmerzmanagement kann den Zuspruch der Organisation, die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und die Schmerzkommunikation der Patientinnen und Patienten positiv beeinflussen (Blomberg et al. 2008).

Für die dauerhafte Sicherstellung der Versorgung ist eine Verbindung zwischen Krankenhaus und dem mobilen Pflegeteam in der Betreuung zu Hause notwendig (de Wit et al. 2001).

Nichtmedikamentöse Therapie

Gnass et al. (2018) sieht NMT's durchaus sowohl bei der Planung als auch bei der Durchführung im Pflegebereich, spricht aber gleichzeitig von mangelndem Wissen der Pflegekräfte.

Laut Ruder (2010) werden NMT's durchaus in die Therapie mit eingearbeitet. Sie werden allein und in Begleitung zu einer medikamentösen Therapie eingesetzt. Methoden, die angewandt werden, sind zum Beispiel Sport und Dehnen, Kälte- und Wärmeanwendungen, Massagen, Akupunktur, Reiki, Hypnose, Musiktherapie, Meditation, wie auch Entspannung und Biofeedback.

Viele NMT's wurden als schmerzlindernd und energiesteigernd empfunden. Sie konnten auch Nebenwirkungen lindern und die Lebensqualität allgemein verbessern (Ruder 2010).

„Schmerzen trotz Behandlung“

In den eingeschlossenen Studien kommt heraus, dass gerade bei älteren Menschen Schmerzen oft nicht wahrgenommen werden. Sie haben eine andere Einstellung zum Schmerz. Oft sind sie laut Ruder (2010) mit Schmerzäußerungen zurückhaltend oder sehen Schmerzen als ganz normalen Teil des Alterungsprozesses. Sie machen sich aber auch Sorgen, von Schmerzmitteln abhängig zu werden.

Es muss berücksichtigt werden, dass viele ältere Menschen aufgrund anderer Erkrankungen zusätzlich noch weitere Medikamente einnehmen müssen. Medikamente können dann unterschiedliche Nebenwirkungen und Wechselwirkungen haben (Ruder 2010).

Hospitalisierung wegen Schmerzen

Wie bereits in der Einleitung dieser Arbeit festgestellt, kommt es laut Perner et al. (2010) immer wieder zu Betreuungsunterbrechungen bei Patientinnen und

Patienten, die in der palliativen Betreuung zu Hause versorgt werden. Häufige Gründe dafür sind schwer einstellbare Symptome, unerwartete Krisen und Verschlechterungen des Krankheitsbildes. Auch Überforderung der Angehörigen wird als Grund genannt (Rizza & Mathis 2018).

Brumley et al. (2007) kommen in ihren Studien zu dem Ergebnis, dass vor allem Patientinnen und Patienten, welche zu Hause ohne ein Palliativteam betreut werden, häufiger in eine Notaufnahme eingewiesen oder in einem Krankenhaus stationär behandelt werden. Die Zahl der Besuche in einer Notaufnahme ist bei Patientinnen und Patienten ohne Hauskrankenpflege um 13 Prozent höher als bei Patientinnen und Patienten mit Hauskrankenpflege. In Bezug auf stationäre Behandlungen ist der Aufenthalt in Krankenhäusern bei Patientinnen und Patienten ohne mobilen Pflegedienst laut der Studie von Brumley et al. (2007) überdies 23 Prozent häufiger, als bei Personen ohne Pflegedienst.

Es zeigt sich eine Dezimierung der Krankenhausaufenthaltsstage um 4.36 Tage ($P < .001$) und eine Verringerung der Besuche in der Notaufnahme um 0.35 Tage ($P = .02$) nach einer Aufnahme in die In-Home Palliative Care (Brumley et al. 2007). Es wurde außerdem nachgewiesen, dass Patientinnen und Patienten, die durch eine Hauskrankenpflege betreut werden, weitaus seltener unter Schmerzen leiden, als Patientinnen und Patienten, die diesen Dienst nicht in Anspruch nehmen (Maier et al. 2008).

Nicht-Verwendung von Assessmenttools

Bei Gnass et al. (2018) wird die NRS als Standard-Skala zur Schmerzerfassung angeführt. Laut einer Befragung von Patientinnen und Patienten durch Kizza and Muliira (2015) verwenden 77,6 Prozent der Pflegekräfte keine Assessmenttools. In den Fällen, in denen Assessmenttools Anwendung fanden, wurde nur bei 23,5 Prozent des Pflegepersonals ein geübter Umgang mit diesen festgestellt, 76,5 Prozent konnte mit den Tools nicht oder nur schlecht umgehen. Am häufigsten verbreitet unter den Pflegekräften war die Schmerzeinschätzung aufgrund von Verhaltensveränderungen wie Unruhe (53%) oder Gesichtsausdruck der Patientinnen und Patienten (60,6%). Hier wird bei Mehta, Anita (2008) und Mehta, A. et al. (2011) herausgestellt, dass sich auch viele Angehörige auf eine

Schmerzeinschätzung durch Unruhe und/oder Gesichtsausdruck stützen.

Auf den verstrichenen Zeitraum zwischen den Schmerzmittelgaben (40,2%) und Berührung, um den Grad der Schmerzempfindlichkeit zu bestimmen (25%), wurde ebenfalls häufig Bezug genommen. Hierbei waren Mehrfachnennungen möglich. Wenn Assessmenttools zum Einsatz kamen, dann am ehesten in Verbindung mit der numerischen Ratingskala, auch als visual analogue scale (VAS) bekannt, welche eine Schmerzstärkeneinschätzung von 0-10 vorsieht. Dabei steht null für keine Schmerzen und zehn für den stärksten vorstellbaren Schmerz. Eine weitere häufig verwendete Skala war die sogenannte Wong-Baker FACES pain rating scale, bei welcher die Einstufung ebenfalls in zehn Schritten, allerdings mithilfe von lachenden oder weinenden Gesichtern erfolgt. Die angegebenen Gründe für die Nicht-Verwendung der Assessmenttools sind sehr zahlreich. Sie reichen von zu hohem Arbeitsaufkommen, über fehlende Einschulung bis hin zu nicht ausreichender Dokumentation von Schmerzabschätzung und -management. Außerdem wurden der fehlende Zugang zu entsprechenden Tools und der geringe Stellenwert von Schmerzmanagement auf der Station genannt (Kizza et al. 2015). Bei seinem Vergleich von Pflegeheimen und der Pflege zu Hause in Bezug auf die Verwendung von Assessmenttools stellen Torvik et al. (2015) fest, dass entsprechende Tools aus diesem Bereich nicht oft zur Anwendung kommen. Am häufigsten wurde hier ebenfalls die NRS verwendet. Laut der entsprechenden Fragebogenauswertung kommen diese Skalen, wenn sie verwendet werden, je nach Betrieb entweder nur selten oder sehr häufig zum Einsatz. In der Pflege zu Hause wird die numerische Ratingskala signifikant häufiger verwendet als im Pflegeheim. Oben genannte Skalen wurden in beiden Settings nie oder selten verwendet (Torvik et al. 2015).

Betreuung Verwandter in der Pflegesituation und nach dem Tod

Pflegende Angehörige werden in 90 Prozent der Fälle von Verwandten und in 70 Prozent der Fälle durch Freunde unterstützt. Zusätzlich erhalten 75 Prozent der Betroffenen laut Angaben von Familienangehörigen Unterstützung von mobilen Pflegediensten. Obwohl ein so hoher Prozentsatz angibt, professionelle Unterstützung zu erhalten, wird bei Götze et al. (2014) nachgewiesen, dass

pflegende Angehörige eine niedrigere Lebensqualität erfahren, als die Durchschnittsbevölkerung.

Es sei hier noch erwähnt, dass Palliativpatientinnen und Palliativpatienten zumindest teilweise durch Schmerzen in Stresssituationen kommen. Pflegende Angehörige fühlen sich laut Götze et al. (2014) durch finanzielle Probleme und fehlende soziale Unterstützung gestresst (Götze et al. 2014).

Probleme zeigen sich ebenfalls in der Phase nach dem Versterben der Palliativpatientin oder des Palliativpatienten in der häuslichen Versorgung.

Diese Aussage mehrerer Pflegedienste bezieht sich vor allem auf die Ausstellung des Totenscheins durch einen Arzt oder eine Ärztin. Die Zeit, die vergeht, bis die Verstorbene oder der Verstorbene vom Bestattungsinstitut übernommen werden kann, beträgt oft mehrere Stunden. In Bezug darauf wird immer wieder bekundet, dass aufgrund der Phase des Abschieds, die noch zur Lebenszeit stattgefunden hat, es weder der Wunsch des Verstorbenen, noch im Sinne der Angehörigen ist, den Leichnam für eine vermeidbar lange Zeit in der Wohnung zu behalten. Des Weiteren entstehen Lücken in der psychosozialen Betreuung der Hinterbliebenen, da Pflegekräfte apathisches und aggressives Verhalten der Angehörigen nicht abfangen können (Berendt et al. 2015).

5 Schlussfolgerung

Ein klarer Aufgabenbereich für die Pflegekraft in der End-of-Life-Versorgung der Patientinnen und Patienten ist nicht definiert. Das macht es für Pflegekräfte schwierig, ihren Aufgabenbereich abzustecken und wahrzunehmen.

Informationsmangel seitens der Angehörigen und Patienten bzw. Patientinnen wird immer wieder und studienübergreifend festgestellt. Hierbei geht es oft um offene Fragen in Bezug auf die zur Verfügung stehenden und nutzbaren Dienste, wie auch um Informationslücken zu Hilfsmitteln und deren Besorgung. Auch medikamentöse Therapien und deren Nebenwirkungen betreffend gibt es Wissenslücken. Mobile Dienste sowie generell diplomiertes Pflegepersonal können diese Wissenslücken mit Informationen schließen.

Bei Pflegekräften wiederum gibt es Wissenslücken über die verschiedenen Schmerztherapien und deren Anwendungen, wie auch im Bereich nicht medikamentöser Behandlungen. Hier kann mit Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Schulungen für Pflegepersonal entgegengewirkt werden.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird immer wieder als problematisch beschrieben, was zum einen dem Wissensmangel sowie den unterschiedlichen Erreichbarkeiten der Ärzte und Ärztinnen geschuldet ist. Verbesserungspotential gibt es zum anderen in der Kommunikation und der Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und mobiler Pflege sowie zwischen Pflegepersonen und Ärztinnen und Ärzten.

5.1 Empfehlungen für die Praxis

Der Einbezug von Angehörigen vor Ort, von Patientinnen und Patienten und anderen Berufsgruppen wie zum Beispiel Ärzte und Ärztinnen, Physiotherapeuten und -therapeutinnen sowie Psychologen und Psychologinnen sind ein wichtiger Teil der Arbeit mit Schmerzpatientinnen und -patienten. Gerade die Angehörigen und Schmerzpatientinnen und -patienten selbst betreffend ist das regelmäßige Angebot von Informationen durch die Pflegekraft wichtig. In diesem Zuge können Schulungsangebote unterbreitet und Hilfe angeboten werden. Eine klare

Absprache mit dem Arzt oder der Ärztin und mit den Angehörigen, was im akuten Schmerzfall getan werden soll und kann, wird in der Literatur immer wieder als hilfreich beschrieben, insbesondere für Angehörige.

Schulungsangebote für Pflegepersonal im Hinblick auf die Möglichkeiten der Schmerzversorgung von Patientinnen und Patienten, sind notwendig. Für pflegende Angehörige sind Informations- und Schulungsangebote in den Bereichen Körperpflege, Mobilisation und Umgang mit Schmerzen sowie den Umgang mit der psychischen Belastung hilfreich und vermehrt notwendig.

Die Spezialisierung einzelner Pflegekräfte auf die Versorgung von Schmerzpatientinnen und -patienten wird in der Literatur als positiv beschrieben, sowohl für diese selbst als auch für Kolleginnen und Kollegen der spezialisierten Pflegekraft. Eine Förderung seitens der Arbeitgeber durch finanzielle und zeitliche Unterstützung erscheint an dieser Stelle hilfreich.

Eine frühzeitige Implementierung eines palliativen Versorgungs- und Betreuungsangebotes wirkt sich ebenso positiv für Patientinnen und Patienten, Angehörige und das Pflegepersonal aus, wie eine schnelle Aufklärung von Patientinnen und Patienten im Hinblick auf zu erwartende Beschwerden und Probleme der jeweiligen Erkrankung.

Es wird noch weitere Forschung bei der Definition und dem Abstecken des Aufgabenbereiches des Pflegepersonals im End-of-Life-Bereich benötigt. In der Literatur sind viele Studien in Bezug auf geistig uneingeschränkte Patientinnen und Patienten zu finden, als auch Karzinompatientinnen und -patienten, jedoch kaum Studien zur Versorgung von geistig eingeschränkten Schmerzpatientinnen und -patienten oder Patientinnen und Patienten mit anderen chronischen Schmerzen abseits von Tumorerkrankungen.

6 Literaturverzeichnis

Aebischer Perone, S, Nikolic, R, Lazic, R, Dropic, E, Vogel, T, Lab, B, Lachat, S, Hudelson, P, Matis, C, Pautex, S & Chappuis, F 2018, 'Addressing the needs of terminally-ill patients in Bosnia-Herzegovina: patients' perceptions and expectations', *BMC Palliat Care*, vol. 17, no. 1, p. 123, doi:10.1186/s12904-018-0377-2

Axelsson, L, Alvariza, A, Lindberg, J, Öhlén, J, Håkanson, C, Reimertz, H, Fürst, C-J & Årestedt, K 2018, 'Unmet Palliative Care Needs Among Patients With End-Stage Kidney Disease: A National Registry Study About the Last Week of Life', *Journal of Pain & Symptom Management*, vol. 55, no. 2, pp. 236-44, doi:10.1016/j.jpainsymman.2017.09.015

Berendt, J, Papke, J, Mitzscherlich, B & Behrendt, D 2015, 'Spezialisierte ambulante Palliativversorgung aus Sicht ambulanter Pflegedienste – Eine empirische Untersuchung in Sachsen-Anhalt Ost', *Palliativmedizin*, vol. 16, no. 03, pp. 117-21, doi:10.1055/s-0034-1387547

Blomberg, AM, Hylander, I & Tornkvist, L 2008, 'District nurses' involvement in pain care: a theoretical model', *J Clin Nurs*, vol. 17, no. 15, pp. 2022-31

Brumley, R, Enguidanos, S, Jamison, P, Seitz, R, Morgenstern, N, Saito, S, McIlwane, J, Hillary, K & Gonzalez, J 2007, 'Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care', *J Am Geriatr Soc*, vol. 55, no. 7, pp. 993-1000, doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01234.x

Campling, N, Richardson, A, Mulvey, M, Bennett, M, Johnston, B & Latter, S 2017, 'Self-management support at the end of life: Patients', carers' and professionals' perspectives on managing medicines', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 76, pp. 45-54, doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.08.019

Chang, MC, Chang, YC, Chiou, JF, Tsou, TS & Lin, CC 2002, 'Overcoming patient-related barriers to cancer pain management for home care patients. A pilot study', *Cancer Nurs*, vol. 25, no. 6, pp. 470-6

de Wit, R & van Dam, F 2001, 'From hospital to home care: a randomized controlled trial of a Pain Education Programme for cancer patients with chronic pain', *J Adv Nurs*, vol. 36, no. 6, pp. 742-54

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, viewed 2019, https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf

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*, vol. 34, no. 1, pp. 24-34,

doi:10.1177/0898010115581936

Feichtner, A 2018, *Lehrbuch der Palliativpflege*, vol. 5th edn, Facultas Universitätsverlag, Wien.

Gesundheit Österreich, G 2014, https://www.hospiz.at/wordpress/wp-content/uploads/2016/05/broschuere_hospiz-und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf

Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, 2016, Republik Österreich.

2016, *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)*, Republik Österreich.

Gibbins, J, Bhatia, R, Forbes, K & Reid, CM 2014, 'What do patients with advanced incurable cancer want from the management of their pain? A qualitative study', *Palliat Med*, vol. 28, no. 1, pp. 71-8, doi:10.1177/0269216313486310

Gnass, I, Krutter, S & Nestler, N 2018, '[Challenges for home care services in the pain management of cancer patients : A qualitative study]', *Schmerz*, vol. 32, no. 5, pp. 339-47, doi:10.1007/s00482-018-0284-8

Götze, H, Brähler, E, Gansera, L, Polze, N & Köhler, N 2014, 'Psychological distress and quality of life of palliative cancer patients and their caring relatives during home care', *Supportive Care in Cancer*, vol. 22, no. 10, pp. 2775-82, doi:10.1007/s00520-014-2257-5

GÜLtaŞ, C & Yilmaz, M 2017, 'Challenges Experienced by and Quality of Life of Relatives of Cancer Patients Requiring Palliative Care at Home', *Turkish Journal of Oncology / Türk Onkoloji Dergisi*, vol. 32, no. 2, pp. 55-62, doi:10.5505/tjo.2016.1457

Harder, Y 2007, '[Pain therapy--legal reference points and stumbling blocks]', *Schmerz*, vol. 21, no. 5, pp. 462-6, doi:10.1007/s00482-007-0568-x

International Association for the Study of Pain, <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

ISAP (International Association for the Study of Pain), viewed 2019, <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698>

Kizza, IB & Muliira, JK 2015, 'Nurses' pain assessment practices with critically ill adult patients', *Int Nurs Rev*, vol. 62, no. 4, pp. 573-82, doi:10.1111/inr.12218

Maier, R, Maier, A & Muller-Busch, C 2008, '[Outpatient opiate therapy in cancer patients during their last days of life]', *Schmerz*, vol. 22, no. 2, pp. 148, 50-5, doi:10.1007/s00482-007-0616-6

Mehta, A 2008, 'Family caregivers of palliative cancer patients at home: The puzzle of pain management', Ph.D. thesis, McGill University (Canada), via cin20 (EBSCOhost), <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=109854461&site=eho>

[st-live](#).

Mehta, A, Cohen, SR, Carnevale, FA, Ezer, H & Ducharme, F 2010, 'Strategizing a game plan: family caregivers of palliative patients engaged in the process of pain management', *Cancer Nurs*, vol. 33, no. 6, pp. 461-9, doi:10.1097/NCC.0b013e3181de72cc

Mehta, A, Cohen, SR, Ezer, H, Carnevale, FA & Ducharme, F 2011, 'Striving to respond to palliative care patients' pain at home: a puzzle for family caregivers', *Oncol Nurs Forum*, vol. 38, no. 1, pp. E37-45, doi:10.1188/11.Onf.E37-e45

Mercadante, S, Aielli, F, Verna, L, Porzio, G, Masedu, F & Valenti, M 2016, 'Age differences in the last week of life in advanced cancer patients followed at home', *Supportive Care in Cancer*, vol. 24, no. 4, pp. 1889-95, doi:10.1007/s00520-015-2988-y

Nai-Ching, C 2017, 'Pain Management Concerns from the Family Caregivers' Perspective: An Exploratory Study and Utility Test of an Educational Tool to Support Pain Management', *Pain Management Concerns from the Family Caregivers' Perspective: An Exploratory Study & Utility Test of an Educational Tool to Support Pain Management*, pp. 1-

Nance, DC, Rivero May, MI, Flores Padilla, L, Moreno Nava, M & Laura Deyta Pantoja, A 2015, 'Discussing End-of-Life Issues in Mexico With Older People and Family Caregivers', *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, vol. 17, no. 5, pp. 427-33, doi:10.1097/NJH.0000000000000180

National Hospice Organization o.J., "*Was versteht man unter Hospiz*", viewed 2019, <http://www.hospize.eu/>

Palliativ-Portal, viewed 2019, <https://www.palliativ-portal.de/Definitionen>

Perner, A, Gotze, H, Stuhr, C & Brahler, E 2010, '[Palliative home care of cancer patients in the Leipzig region]', *Schmerz*, vol. 24, no. 1, pp. 38-45, doi:10.1007/s00482-009-0863-9

Polit & Beck 2012, *Nursing Research, generating and assessing evidence for nursing practice*, vol. 9, Wolters Kluwer Health | Lippincott Williams & Wilkins.

Pschyrembel 2017, De Gruyter (Verlag), Berlin.

Randall-David, E, Wright, J, Porterfield, DS & Lesser, G 2003, 'Barriers to cancer pain management: home-health and hospice nurses and patients', *Support Care Cancer*, vol. 11, no. 10, pp. 660-5, doi:10.1007/s00520-003-0497-x

Rizza, K & Mathis, G 2018, '[Nurses' perspectives on outpatient palliative care in Vorarlberg, Austria]', *Z Gerontol Geriatr*, doi:10.1007/s00391-018-01468-1

Rohde, A o.J., *Bestattung.de*, viewed 2019, <https://www.bestattungen.de/ratgeber/vorsorge/hospiz.html>

Romeo, MJ, Parton, B, Russo, RA, Hays, LS & Conboy, L 2015, 'Acupuncture to Treat the Symptoms of Patients in a Palliative Care Setting', *Explore: The Journal of Science & Healing*, vol. 11, no. 5, pp. 357-62, doi:10.1016/j.explore.2015.06.001

Ruder, S 2010, '7 tools to assist hospice and home care clinicians in pain management at end of life', *Home Healthc Nurse*, vol. 28, no. 8, pp. 458-68; quiz 69-70, doi:10.1097/NHH.0b013e3181ed7504

Schwabe, S, Ates, G, Ewert, B, Hasselaar, J, Hesse, M, Linge-Dahl, L, Jaspers, B & Radbruch, L 2017, ['He is not that important anymore" : General practitioners in a specialized palliative home care setting from a patient's point of view]', *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, vol. 60, no. 1, pp. 55-61, doi:10.1007/s00103-016-2478-5

Torvik, K, Nordtug, B, Brenne, IK & Rognstad, MK 2015, 'Pain Assessment Strategies in Home Care and Nursing Homes in Mid-Norway: A Cross-sectional Survey', *Pain Manag Nurs*, vol. 16, no. 4, pp. 602-8, doi:10.1016/j.pmn.2015.01.001

Vallerand, AH, Hasenau, SM & Templin, T 2004, 'Barriers to pain management by home care nurses', *Home Healthcare Nurse*, vol. 22, no. 12, pp. 831-40

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: *Keywords der Suchabfrage*

Tabelle 2: *Studiencharakteristika (in der Tabelle wird auf direkte Zitate verzichtet, da durch Titel und Autor ein eindeutiger Hinweis auf die Herkunft des Inhaltes besteht)*

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: *Schmerzcharakteristika des akuten und chronischen Schmerzes (Quelle: Basler und Körner-Herwig 2005)*

Abbildung 2 *Baustein der abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung (Quellen: HOSPIZ ÖSTERREICH, ÖBIG)*

Abbildung 3: *Darstellung als Flowchart nach dem Schema des PRISMA-Statements (Ziegler, Antes & König 2011)*

Herausforderung ambulanter Pflegedienste im Schmerz-management von Tumorpatienten

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	4
Der Titel enthält Setting, Population, Design und Keywords. In einem kurzen Abstract wird sowohl in Deutsch als auch in Englisch ein kurzer Überblick über Hintergründe, Zielsetzung, Methode mit Design, Stichprobengröße und Datenerhebungsmethode sowie die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerung gegeben.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	4
Im Hintergrund wird ein kurzer Umriss über die Gegebenheiten der Situation dargestellt. Es wird das Ziel der Studie genannt. 1/3 der Studien, die verwendet wurden sind älter als 10 Jahre.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	4
Design, Setting, Datensammlung und Analyse sind klar dargelegt.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	4
Die Auswahl der Stichprobe und Anzahl der Teilnehmer ebenso wie die Zusammensetzungen sind beschrieben.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4
Die Auswertung der Daten ist ausführlich beschrieben.	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?	4
Ethikvotum und Zustimmung sind gegeben. Limitationen der Studie werden beschrieben.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	4
Die Ergebnisse werden strukturiert präsentiert. Immer wieder finden sich Originalzitate im Text zum besseren Verständnis.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	3
Durch das qualitative Design und die begrenzte Stichprobe können die Ergebnisse nicht generalisiert werden,	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	4
Die Studie präsentiert neue Ergebnisse. Empfehlungen für die Praxis und die Forschung werden gegeben.	
Gesamt	35 (97%)

Ambulante Palliativversorgung von Tumorpatienten im Raum Leipzig

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	4
Der Titel enthält Setting, Population und Keywords. Das Design geht aus dem Titel nicht hervor. Der Abstract ist sowohl in Deutsch als auch in Englisch ein kurzer Überblick über Hintergrund, Ziel und Methode, die Ergebnisse und die Schlussfolgerung. Er ist gegliedert und gut strukturiert.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	4
Die Einleitung ist kurz und prägnant. Sie gibt einen Überblick über die gesetzliche Lage und aktuelle Probleme. Die Literatur war zu dem Zeitpunkt weitgehend aktuell.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	4
Das Studiendesign, Setting, Datensammlung und Analyse sind dargelegt.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	4
Die Anzahl und die Demographie der Teilnehmer, sowie der Rekrutierungsverlauf, die Ausfallsquote und der Ausfallsgrund sind in einer Tabelle dargelegt. Am Anfang des Ergebnisteils ist die Stichprobe noch einmal beschrieben.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4
Die Analyse ist kurz aber klar beschrieben.	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?	0
Ethik und Bias wurden nicht erwähnt.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	4
Die Ergebnisse sind klar dargelegt und beziehen sich auf die Forschungsfrage. Tabellen sind im Text beschrieben und verständlich.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	4
Die Ergebnisse sind repräsentativ, das Setting gut beschrieben und vergleichbar.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	3
Die Studie bringt neue Erkenntnisse. Für die Praxis sind konkrete Vorschläge eingebunden, jedoch nicht für die forschung.	
Gesamt	31 (86%)

Addressing the needs of terminally-ill patients in Bosnia-Herzegovina: patients' perceptions and expectations.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	4
Der Titel gibt Setting, Design und Keywords wieder. Im Abstract sind Ziel, Methode, Resultate und Conclusio gut zusammengefasst.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	4
Die Einleitung gibt einen kurzen Überblick über die Gegebenheiten. Das Ziel ist im Text formuliert. Teilweise wurde bei der Literatur das Datum nicht angegeben, 9 verwendete Studien sind älter als 10 Jahre.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	4
Design, Setting und Datensammlung sind kurz beschrieben.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	4
Samplingmethode und Größe werden beschrieben und die Charakteristika mittels Tabelle dargestellt.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4
Die Datenanalyse wird kurz aber aussagekräftig beschrieben.	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?	4
Ethikvotum und Limitationen sind angeführt.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	4
Die Resultate sind leicht verständlich, beziehen sich auf die Ziele und es gibt Datenmaterial, welches die Ergebnisse unterstützt.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	4
Die Ergebnisse sind transferierbar. Es gibt weitere Studien, die mit den Ergebnissen vergleichbar sind.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	2
Neue Erkenntnisse wurden gewonnen. Empfehlungen für weitere Forschung sind angeführt	
Gesamt	34 (%)

Family caregivers of palliative cancer patients at home: The puzzle of pain management

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	4
Der Titel gibt Auskunft über Setting, Population und Keywords nicht aber über das Design. Der kurze Abstract ist strukturiert und gibt über Methode, Ergebnisse und das Ziel Auskunft.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	4
Die Einleitung gibt eine gute Übersicht zur Thematik. Die Literatur ist teilweise über 10 Jahre alt.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	4
Die Methode ist kurz aber aussagekräftig beschrieben, Auch die Datensammlung wird gut beleuchtet.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	4
Die Population und Samplingstrategie wird beschrieben. Datensättigung wurde erreicht.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4
Die Analyse der Daten wird gut beschrieben	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?	2
Ein Ethikvotum ist vorhanden, auf Limitationen wird nicht eingegangen.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	4
Die Ergebnisse beziehen sich auf die Forschungsfrage und sind gut verständlich wieder gegeben. Tabellen sind zwar im Text nicht näher beschrieben aber selbsterklärend.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	4
Mit erreichter Datensättigung ist die Studie trotz qualitativem Design repräsentativ.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	3
Die Studie bringt neue Erkenntnisse und gibt Vorschläge für die Praxis wieder, jedoch keine für weiter Forschung.	
Gesamt	33 (92%)

Striving to respond to palliative care patients' pain at home: A Puzzle for family caregivers

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	4
Der Titel gibt Setting, Population und Keywords wieder, lässt aber das Design nicht erkennen. Im Abstract sind alle wichtigen Informationen kurz zusammengefasst.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	4
Die Einleitung gibt ein klares Statement zur Situation und den Zielen. Ein paar Studien sind älter als 10 Jahre.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	4
Das Design ist gut beschrieben, die Datensammlung und Aufzeichnung detailliert.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	4
Die Samplingstrategie ist beschrieben, die Charakteristika der Population in einer Tabelle dargelegt.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4
Die Datenanalyse ist in einem eigenen Absatz erklärt.	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?	4
Sowohl ein Ethikvotum als auch Limitationen finden sich im Text.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	4
Die Ergebnisse nehmen Bezug zur Forschungsfrage, sind gut verständlich dargelegt und mit Zitaten unterlegt. Die Tabellen nehmen Bezug auf den Text.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	4
Kontext und Setting der Studie sind gut beschrieben. Aufgrund der Grounded Theory sind die Daten auch übertragbar.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	4
Die Studie bringt neue Erkenntnisse. Empfehlungen für die Praxis und die Forschung werden geben.	
Gesamt	36 (100%)

Discussing End-of-Life issues in Mexico with older people and family caregivers

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	4
Der Titel spiegelt das Setting, die Population und Keywords wider. Der Abstract ist kurz aber gut strukturiert und enthält alle wichtigen Informationen.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	4
In der Einleitung fehlen Ziel und Forschungsfrage. Der Text führt aber gut zum Thema hin. Die verwendete Literatur ist up to date.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	4
Methode und Datensammlung sind beschrieben.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	4
Die Samplingmethode ist gut ausgeführt. Die genaue Beschreibung der Population findet sich am Anfang der Ergebnisse	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4
Die Analyse ist ebenso beschrieben	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?	3
Das Ethikvotum ist im Text enthalten, Limitationen fehlen zur Gänze.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	4
Die Ergebnisse beziehen sich auf die Forschungsfrage und sind gut dargelegt.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	4
Da die Methode recht gut beschrieben ist erlaubt die Studie einen Vergleich zu andern.	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	2
Die Empfehlungen für Praxis und Forschung fehlen.	
Gesamt	33 (92%)

Acupuncture to Treat the Symptoms of Patients in a Palliative Care Setting.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	4
Der Titel gibt Setting, Population und Keywords wieder. Der Abstract ist vollständig, aufschlussreich und gut gegliedert.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	3
Die Einleitung ist recht lang, lässt dabei aber das Ziel vermissen. Etwa 1/3 der Literatur ist älter als 10 Jahre.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	4
Die Methode und die Datensammlung sind beschrieben.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	3
Für eine Pilotstudie war die Samplegröße ausreichend. Die Rekrutierung und die Einschlusskriterien wurden erwähnt. Genaue Beschreibungen der Population fehlt.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4
Die Analyse wird in einem eigenen Absatz behandelt.	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?	2
Das Ethikvotum wird erwähnt, Limitationen fehlen.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	4
Die Ergebnisse beziehen sich auf den Titel und sind gut verständlich verfasst. Konkrete Forschungsfrage findet ich im Text nicht.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	4
Eine Generalisierung ist bei einer Pilotstudie noch nicht möglich, Setting und Design sind jedoch für eine Wiederholung gut genug beschrieben	
9. Implications and usefulness: How important are these findings to policy and practice?	4
Die Studie bringt neue Erkenntnisse und bietet sowohl für die Forschung als auch für die Praxis Empfehlungen.	
Gesamt	32 (89%)

“Etwas Vertrauen, dass ich es schaffe...” Pflegende Angehörige in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

1. Abstract and title: Did they provide a clear description of the study?	4
Der Titel gibt Auskunft über Setting, Population und Keywords. Der kurze Abstract ist sowohl in Deutsch als auch in Englisch. Es gibt einen Überblick über den Hintergrund, die Methodik, Ergebnisse und Schlussfolgerung.	
2. Introduction and aims: Was there a good background and clear statement of the aims of the research?	3
Die Einleitung führt gut zum Thema hin. Das Forschungsziel wird genannt. Die Literatur, die verwendet wurde ist zu ca. 1/3 älter als 10 Jahre.	
3. Method and data: Is the method appropriate and clearly explained?	4
Die Methode und die Datenerhebung sind gut und detailliert beschrieben.	
4. Sampling: Was the sampling strategy appropriate to address the aims?	4
Bei dieser Studie handelt es sich um eine Sekundäranalyse. Dennoch ist das Rekrutment gut beschrieben.	
5. Data analysis: Was the description of the data analysis sufficiently rigorous?	4
Die Analyse ist gut und detailliert beschrieben.	
6. Ethics and bias: Have ethical issues been addressed, and what has necessary ethical approval gained?	1
Sowohl das Ethikvotum als auch Limitationen sind nicht erwähnt.	
7. Results: Is there a clear statement of the findings?	3
Die Resultate sind klar und strukturiert dargelegt und präsentiert. Die Resultate passen zur Forschungsfrage und sind mit Daten aus anderen Studien unterlegt.	
8. Transferability or generalizability: Are the findings of this study transferable (generalizable) to a wider population?	4
Wegen dem Qualitativen Design sind die Daten nicht generalisierbar. In diesem Kontext wurde allerdings das richtige Design gewählt und es erlaubt Vergleiche zu anderen Studien.	
9. Implications and usefulness	2
Die Studie liefert neue Erkenntnisse es fehlen jedoch Praxis und Forschungsempfehlungen.	
Gesamt	29 (81%)