

Schmerzassessment und Schmerzmanagement bei Personen mit Demenz im Akutsetting

Eine Literaturübersicht

Bachelorarbeit

Von
Joelle Pfammatter und Loraine Pochon
Promotion 2015-2018

Erstgutachter/-in: Monika Walter

Hochschule für Gesundheit, Freiburg
Studiengang Pflege

12. Juli 2018

Danksagung

An dieser Stelle möchten die Autorinnen einen Dank an alle Personen aussprechen, die sie während der Erarbeitung dieser Bachelorthesis unterstützt haben.

Als erstes möchten sich die Autorinnen bei Frau Monika Walter bedanken. Sie war die Erstbegutachtende und hat die Autorinnen während der ganzen Arbeit begleitet und unterstützt. Sie versuchte stets, die Autorinnen auf dem richtigen Weg zu halten, indem sie konstruktive Feedbacks gab. Diese Feedbacks waren sehr wertvoll und ermöglichten das erfolgreiche Beenden der Bachelorthesis.

Ein weiterer Dank geht an Frau Petra Schäfer-Keller. Sie gab nützliche Inputs zum wissenschaftlichen Schreiben. Zudem möchten sich die Autorinnen bei Herrn Ewald Schorro für die hilfreiche Unterstützung bei statistischen Fragen bedanken.

Ebenso möchten sich die Autorinnen bei André Pfammatter, Deutschlehrer an einer Mittelschule, wie auch Elmar Pfammatter, Kantonschemiker, für das Korrekturlesen und die dafür investierte Zeit bedanken.

Ein besonderer Dank gilt der Familie und den Freunden der Autorinnen. Durch ihre unermüdliche Motivierung und wertvolle mentale und emotionale Unterstützung konnte diese Arbeit realisiert werden.

INHALTSVERZEICHNIS

Abstract / Zusammenfassung	4
1 Einleitung	5
1.1 Problemstellung	5
1.2 Fragestellung	7
1.3 Ziel	7
2 Theoretischer Rahmen	8
2.1 Schmerz.....	8
2.1.1 Schmerzassessment.....	8
2.1.2 Folgen von Schmerzen	10
2.1.3 Pflegerische Interventionen	10
2.2 Demenz.....	12
2.2.1 Definition	12
2.2.2 Ätiologie & Demenzformen.....	13
2.2.3 Symptome & Stadien.....	13
2.2.4 Diagnose.....	14
2.2.5 Therapie.....	15
2.3 Serial Trial Intervention (STI).....	15
2.4 Instrumente	17
3 Methode	19
3.1 Design: Literaturübersicht	19
3.1.1 Suchstrategie	19
3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien	20
3.1.3 Analyse	20
3.1.4 Ethik.....	21
4 Ergebnisse	22
4.1 Ausgewählte Literatur.....	22
4.2 Übersicht der ausgewählten Literatur	26

4.3	Ergebnisse der Studien	29
4.3.1	Schmerzassessment, -management und Dokumentation.....	29
4.3.2	Schmerzmedikation / Analgetika	32
4.3.3	Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzte	33
4.3.4	Familie und Angehörige von Menschen mit Demenz.....	34
4.3.5	Verhalten und Kommunikation von Menschen mit Demenz.....	34
5	Diskussion.....	37
5.1	Interpretation der Ergebnisse	37
5.1.1	Diskussion Schmerzassessment, -management und Dokumentation...37	
5.1.2	Diskussion Schmerzmedikation / Analgetika	40
5.1.3	Diskussion Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzte	41
5.1.4	Diskussion Familie und Angehörige von Menschen mit Demenz.....	41
5.1.5	Diskussion Verhalten und Kommunikation von Menschen mit Demenz	42
5.2	Beantwortung der Fragestellung	43
5.3	Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien	43
5.4	Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit	45
6	Schlussfolgerungen.....	46
6.1	Perspektive und Empfehlungen für die Praxis	46
6.2	Empfehlungen für zukünftige Forschungen	47
7	Literaturverzeichnis	49
8	Abbildungsverzeichnis	53
9	Tabellenverzeichnis	54
10	Abkürzungsverzeichnis	55
11	Anhang.....	56
11.1	Selbständigkeitserklärung	56
11.2	Tabellarische Übersichten	57
11.3	Kritische Beurteilungen	65

ABSTRACT / ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: 2015 lebten ca. 46.8 Millionen Menschen weltweit mit Demenz. Seit 2012 ist diese Zahl erheblich angestiegen. Rund 50% aller Menschen mit Demenz leiden an Schmerzen. Oft werden die Schmerzen bei dieser vulnerablen Population nicht angemessen und genügend behandelt. Bei Menschen mit Demenz, aufgrund mangelnder Schmerzbehandlung, treten oft Verhaltensänderungen auf. Konsequenzen eines unzureichenden Schmerzmanagements sind negative Auswirkungen auf die psychische und physische Verfassung des Patienten und folglich auf dessen Lebensqualität. Der Aufenthalt im Akutspital kann zu Stress und vermehrten Symptomen der Demenz führen. Deshalb ist es notwendig, passende Interventionen für Menschen mit Demenz im Akutsetting herzuleiten.

Methode: Um Studien für diese Literaturübersicht zu finden, wurde eine Literaturrecherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Die Suche wurde anhand Ein- und Ausschlusskriterien sowie Limiten eingeschränkt, damit die Fragestellung beantwortet werden kann. Die eingeschlossenen Studien wurden anhand von Beurteilungsbögen kritisch beurteilt, die Ergebnisse analysiert, zusammengefasst und diskutiert.

Ergebnisse: Hindernisse in der Schmerzerkennung, -bewertung und -behandlung waren die Schichtarbeit der Pflegenden, die fehlende Zeit sowie die Kommunikationsschwierigkeit von Menschen mit Demenz. Eine zentrale Rolle spielten die Angehörigen von Menschen mit Demenz. Die grösste Herausforderung in der Erkennung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz ist die korrekte Einschätzung des Verhaltens der Betroffenen. Hierzu wurden verschiedene Einschätzungsinstrumente geprüft.

Schlussfolgerungen: Wenn möglich, sollte zuerst eine Selbsteinschätzung vorgenommen werden. Falls dies nicht möglich ist, sollten Assessmentinstrumente in den Pflegealltag integriert werden. Somit kann eine adäquate Schmerzbehandlung mit Analgetika eingeleitet werden. Eine zentrale Ressource ist das familiäre Umfeld der Betroffenen. Weiterbildungen und die Anwendung von spezifischen Assessmentinstrumenten sind prioritär in der Pflege von Menschen mit Demenz, um deren Schmerzen angemessen zu behandeln.

Schlüsselbegriffe: Demenz, Schmerzen, Schmerzassessment, Schmerzmanagement, Pflegeinterventionen

1 EINLEITUNG

Im folgenden Kapitel werden die Kernpunkte und Probleme zum Thema Schmerzen bei Demenz beschrieben.

1.1 Problemstellung

2015 lebten weltweit 900 Millionen Menschen im Lebensabschnitt von 60 Jahren und älter. Man nimmt an, dass 46,8 Millionen Menschen weltweit mit Demenz leben. In Ländern mit niedrigem Einkommen ist die Prävalenz an einer Demenz zu erkranken viel höher, als in Ländern mit einem hohen Einkommen. Im Jahr 2015 nahm man an, dass über 9,9 Millionen neue Fälle an Demenzerkrankungen aufgetreten sind. Das bedeutet, alle 3,2 Sekunden tritt ein neuer Fall auf. Verglichen mit dem "World Health Organization"- Bericht aus dem Jahre 2012 ist die Zahl an Demenzerkrankungen erheblich angestiegen (Alzheimer's Disease International, 2015). „Die globalen Kosten von Demenz sind von US\$ 604 Billionen im Jahr 2010 auf US\$ 818 Billionen im Jahr 2015 angestiegen“ (Alzheimer's Disease International, 2015).

In der Schweiz leben aktuell 144'000 Menschen mit Demenz. In der Altersgruppe von 65 Jahren und älter wird geschätzt, dass 9% von einer Demenzform betroffen sind. Bei den über 90-Jährigen sind dies mehr als 40%. Nach dem 65. Lebensjahr steigt die Prävalenzrate erheblich an. Da die Bevölkerung stetig zunimmt und auch weiter zunehmen wird, führt dies zu einem Anstieg an Betroffenen. Es wird angenommen, dass 2040 bereits 300'000 Menschen mit Demenz leben werden, sofern es keine Fortschritte bei der Prävention und der Heilung gibt. Nach Herz-Kreislaufleiden und Krebs ist Demenz die dritthäufigste Todesursache in der Schweiz. Bereits heute ist Demenz der häufigste Grund für Pflegebedürftigkeit im Alter (Alzheimer Schweiz, 2017). 2014 starben in der Schweiz 9'967 Menschen an einer Demenz. Dies macht einen Anteil von 15,6% aller Sterbefälle aus (Bundesamt für Statistik, 2017). Ein anderer Risikofaktor für die Mortalität dieser Patientengruppe ist die Aufnahme auf eine Akutstation. Bei über 75% der Menschen mit Demenz stellte man auf der Akutstation Symptome wie Angst und Aggression fest. Solch eine Veränderung im Leben der Menschen mit Demenz, löst Stress und Unsicherheit aus (Lichtner et al., 2016).

Rund 50% aller Menschen mit Demenz leiden an Schmerzen (Achterberg et al., 2013; Lichtner et al., 2016). Die Behandlung dieser Schmerzen ist oft nicht ausreichend (Zwakhalen, Koopmans, Geels, Berger, & Hamers, 2009). Schmerzen bei Menschen mit Demenz müssen grosse Aufmerksamkeit geschenkt werden, da diese Personen aufgrund ihres kognitiven Rückgangs, ihre Schmerzen oft nicht richtig mitteilen können. De-

menz verursacht keine Schmerzen, aber oft leiden die Betroffenen unter anderen Erkrankungen, welche zu Schmerzen führen. Demenzkranke empfinden genauso Schmerzen, wie Nicht-Demenzranke. Wenn Menschen mit Demenz Schmerzen haben, werden sie oft verhaltensauffällig. Dann wird eher ein Beruhigungsmittel gegeben, statt die Schmerzen zu bekämpfen (Alzheimer Schweiz, 2009). Die Erfahrung der Pflegefachpersonen sowie das Wissen über das Vorhandensein der Schmerzen spielt eine wichtige Rolle in Bezug auf die Behandlung und Beurteilung der Schmerzen. Es wurde festgestellt, dass die Pflegefachpersonen keine ausreichenden Kenntnisse über die Schmerzbeurteilung, Pharmakologie und dessen Nebenwirkungen haben. Dieses Unwissen führt zu einer verspäteten und nicht adäquaten Schmerzbehandlung, was die Lebensqualität der Betroffenen negativ beeinflusst (De Witt Jansen et al., 2016).

Das Assessment und Management von Schmerzen bei Patienten im Akutspital ist folglich nicht hinreichend. Insbesondere bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen wird dies zu einer grossen Herausforderung. Sie können sich nicht an ihre Schmerzen erinnern, diese nicht interpretieren und nicht ausdrücken. Bei Patienten, welche ihre Schmerzen nicht verbalisieren können, ist das Erkennen von Schmerzen noch schwieriger (Lichtner, Dowding, & Closs, 2015). Schmerzen sind subjektiv und die Schmerzáusserung bei Menschen mit Demenz ist sehr individuell (Lane et al., 2003). Zur Unterstützung der Schmerzerfassung bei Patienten mit Demenz wurden spezifische Assessmentinstrumente entwickelt. Im Arbeitsalltag werden diese aber oft nicht routinemässig eingesetzt (Lichtner et al., 2016). Zudem werden die Schmerzen häufig zu spät erkannt und nicht adäquat behandelt. Die Konsequenzen sind negative Auswirkungen auf die physische und psychische Verfassung des Patienten (Lagger, Mahrer Imhof, & Imhof, 2008). Auch die soziale Isolation wird zu einer grossen Problematik (Zwakhalen et al., 2009). Ein effektives Schmerzmanagement würde dem entgegenwirken, da es die Mobilität und die Unabhängigkeit fördert. Dies verringert auch die Morbidität. Die Behandlung von Schmerzen wird zusätzlich durch das Vorhandensein von Komorbiditäten und Polypharmazie erschwert (Rantala, Kankkunen, Kvist, & Hartikainen, 2014).

Im folgenden Abschnitt werden neue Erkenntnisse zur Demenz im Akutspital erläutert. Für Menschen mit Demenz können Akutabteilungen grossen Stress hervorrufen. Lärm, Hektik und die fehlende Betreuung der Familie führen zu Verunsicherung. Deshalb müssen Menschen mit Demenz länger auf Akutstationen bleiben, da die Gefahr von unerwünschten Vorfällen grösser ist, als bei Menschen ohne kognitive Einschränkung (Lichtner et al., 2016).

Nach einem Spitalaufenthalt weisen Patienten stärkere Symptome der Demenz auf, als vor dem Eintritt. Zudem fällt es ihnen schwerer zu kommunizieren und somit kann es zu

Fehlbehandlungen kommen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Einbezug der Angehörigen in die Pflege. Diese sollen als Informationsquelle wahrgenommen werden (Alzheimer Schweiz, 2016).

Pflegfachpersonen haben Schwierigkeiten bei der Beurteilung und Interpretation von Schmerzen bei Menschen mit Demenz. Durch Schmerzen verändert sich das Verhalten der Betroffenen. Diese Veränderung zu erkennen, ist eine grosse Herausforderung (Lichtner et al., 2016). Aus diesem Grund ist es notwendig, passende Interventionen für Menschen mit Demenz im Akutsetting herzuleiten.

1.2 Fragestellung

Anhand des PICO-Schemas wurde folgende Fragestellung formuliert:

„Welche Pflegeinterventionen können bei älteren Personen mit Demenz im Akutsetting das Schmerzassessment und das Schmerzmanagement verbessern?“

1.3 Ziel

Durch die Literaturrecherche und anschliessende Bearbeitung wird der Fokus auf angepasste Interventionen gelegt, um das Schmerzassessment und -management bei Patienten mit Demenz zu verbessern.

2 THEORETISCHER RAHMEN

In diesem Abschnitt werden die zentralen Themen und ein wichtiges Konzept bezüglich der Fragestellung beschrieben.

2.1 Schmerz

"Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird" (International Association for the Study of Pain, 2017).

Schmerzen treten in unterschiedlicher Art und Weise auf und haben unterschiedliche Auswirkungen. Schmerzen werden in jedem Gebiet des Gesundheitswesens angetroffen. Das prioritäre Ziel des Schmerzmanagements ist die Vermeidung von Schmerzen. Das Schmerzmanagement bedeutet Schmerzbehandlung, worin die Ressourcen des Patienten und des gesamten interdisziplinären Teams einbezogen werden (Lauster, Drescher, Wiederhold, & Menche, 2014).

Akute Schmerzen sollten gelindert oder beseitigt werden. Bei chronischen Schmerzen liegt der Fokus im Erhalt und in der Förderung der Lebensqualität und der alltäglichen Funktionsfähigkeit. Es gibt schmerzverstärkende Faktoren, wie Angst, Abhängigkeit, Depressionen, Sorgen und Einsamkeit. Schmerzlindernde Faktoren sind das Sicherheitsgefühl, Zuwendung, Verständnis durch nahestehende Menschen, Hoffnung, Selbstbestimmung, Freude und Ablenkung. Depressionen können von Schmerzen begleitet sein. Starke Schmerzen können aber auch zu Depressionen führen (Lauster et al., 2014). Bei Menschen mit Demenz können Schmerzen zu Agitation, Widerstand gegen die Pflege oder zu Depressionen führen (Sampson et al., 2015).

2.1.1 Schmerzassessment

Das Schmerzassessment ist der Beginn des Schmerzmanagements. Schmerzen können nicht gemessen werden. Daher beruht die Schmerzeinschätzung auf Aussagen des Patienten. Bei Patienten mit schwerer Demenz zeigt es sich schwierig, eine Selbsteinschätzung ihrer Schmerzen zu machen. Patienten mit leichter oder mittlerer Demenz, welche anhand der Skala von Reisberg eingestuft wurden, können die verbale Rangskala nutzen. Sie sollten genügend Zeit haben, um der genauen Instruktion mit einfachen und klaren Worten zu folgen (Lauster et al., 2014). Eine Selbsteinschätzung sollte einer Fremdeinschätzung immer vorausgehen (Ngu et al., 2015), da die Fremdeinschätzung nie so zuverlässig ist wie die Selbsteinschätzung (Lauster et al., 2014).

Es gibt einige Verhaltensweisen, die darauf hinweisen, dass ein Patient an Schmerzen leidet: Gesichtsausdruck (z.B. Stirnrunzeln), Lautäusserungen (z.B. stöhnen), Körperbewegungen (z.B. steife Körperhaltung), Veränderungen der zwischenmenschlichen Interaktion (z.B. Aggressivität), Veränderungen der Aktivitäten oder Gewohnheiten (z.B. veränderter Appetit), Veränderungen des mentalen Status (z.B. weinen, verstärkte Verwirrtheit). Zur einfacheren Einschätzung wurden internationale Einschätzungsbögen erstellt. Patienten mit Demenz sollten nach Schmerzen gefragt werden. Schmerzskalen können die Schmerzeinschätzung vereinfachen. Wichtig ist auch, dass das Verhalten der betroffenen Person klar dokumentiert wird. Somit werden Veränderungen sofort ersichtlich und es kann umgehend interveniert werden (Lauster et al., 2014).

2.1.1.1 Kriterien für das differenzierte Schmerzassessment

- Lokalisation des Schmerzes
- Schmerzintensität: Unterschiede der Schmerzstärke in Ruhe oder in Bewegung. Dafür braucht man am besten eine standardisierte Skala.
- Qualität des Schmerzes: z.B. stechend, brennend, ziehend, krampfartig
- Zeitliche Dimension
- Verstärkende und lindernde Faktoren des Schmerzes
- Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens
(Lauster et al., 2014)

2.1.1.2 Instrumente zur Einschätzung der Schmerzstärke

Eindimensionale Skalen der Schmerzstärke: Durch die Skalen können subjektive Einflüsse bei der Einschätzung verringert werden, die Einschätzung ist besser vergleichbar und kann einfacher dokumentiert werden.

- Visuelle Analogskala (VAS): Eine horizontale Linie von "keinen Schmerzen" bis zu den "stärksten Schmerzen" wird dargestellt.
- Numerische Rangskala (NRS): Der Patient ordnet seine Schmerzen von 0 (gar kein Schmerz) bis 10 (stärkster Schmerz) ein.
- Verbale Rangskalen: Der Patient beschreibt seine Schmerzen anhand von Ausdrücken: z.B. kein Schmerz, leichter Schmerz, mässiger Schmerz, starker Schmerz, stärkster vorstellbarer Schmerz. Diese ist für einige verständlicher als die VAS oder NRS.

(Lauster et al., 2014)

2.1.2 Folgen von Schmerzen

Schmerzen führen zu negativen Folgen. Diese können zu Stressreaktionen führen und die Behandlung der Schmerzursache wird erschwert. Immobilität aufgrund der Schmerzen erhöht das Risiko für Komplikationen und weiteren Problemen, wie z.B. Venenthrombose, Atemwegsinfektion oder Muskelatrophie. Zudem schränken Schmerzen die Aktivitäten des täglichen Lebens sowie die Lebensqualität ein. Dies kann zu Bettlägerigkeit und Pflegebedürftigkeit führen. Schmerzen können ein Schmerzgedächtnis formen, worin die Sensibilität für zukünftige Schmerzreize gesteigert wird. Chronische Schmerzen können zu Schlafstörungen, Erschöpfung und Depressionen führen. Aus diesen Gründen ist ein ausreichendes Schmerzmanagement zwingend notwendig. Somit kann dem Patienten Leid erspart werden, was eine längere Behandlungsdauer und hohe Folgekosten vermeidet (Lauster et al., 2014). Bei unzureichender Schmerzbehandlung kann der funktionelle Rückgang erhöht werden. Zudem wird die Rehabilitation verlangsamt und Störungen in der Schlafroutine können auftreten. Daraus kann verminderter Appetit, beeinträchtigte Bewegung und ein erhöhtes Sturzrisiko resultieren (Lichtner et al., 2016). Zudem steigt das Depressionsrisiko, der Spitalaufenthalt verlängert sich und die Lebensqualität sinkt (Lichtner et al., 2015).

2.1.3 Pflegerische Interventionen

Pflegende überprüfen die Notwendigkeit möglicher schmerzhafter Interventionen. Sie bündeln Pflegeinterventionen, damit der Patient längere Ruhephasen hat. Wenn eine schmerzvolle Massnahme durchgeführt werden muss, ist es wichtig, frühzeitig Analgetika zu verabreichen. Pflegefachpersonen spielen eine wichtige Rolle in der Schmerzprävention, da sie den Patienten rund um die Uhr beobachten. Interdisziplinär sollten klare Absprachen gehalten werden, damit die Pflege rechtzeitig Schmerzmittel verabreichen kann (Lauster et al., 2014).

2.1.3.1 Nicht-medikamentöse Schmerztherapie

Ergänzend zur medikamentösen Schmerztherapie sollten dem Patienten auch nicht-medikamentöse Massnahmen zur Schmerzlinderung angeboten und durchgeführt werden (Lagger et al., 2008). Besonders bei Menschen mit Demenz gilt es, die nicht-medikamentösen Massnahmen zu integrieren (Alzheimer Schweiz, 2009).

Peripher wirkende Massnahmen: Dies sind vorwiegend physikalische Massnahmen, wie zum Beispiel die Anwendung von Wärme oder Kälte.

- Kälte: Wirkt schmerzlindernd, indem entzündliche Stoffwechselprozesse und der Austritt von Flüssigkeit und Zellen aus Blut- und Lymphgefässen gehemmt werden. Durch die lokale Unterkühlung des Gewebes werden die Schmerzrezeptoren und die Schmerzleitung gehemmt. Kälte ist vor allem indiziert bei Traumata, Schwellungen und entzündlichen Erkrankungen im Bereich der Gelenke und Schleimhäute.
- Wärme: Dadurch werden die Gefässe erweitert und die Muskulatur wird entspannt. Wärme ist indiziert bei chronischen Gelenkerkrankungen, Koliken, muskuläre Verspannungen und Ischialgien. Kontraindiziert ist Wärme bei akuten entzündlichen Vorgängen.
- Einfache Massage: Wirkt entspannend, kann z.B. im Schulterbereich, Rücken, Füsse oder Hände durchgeführt werden. Öle und Lotion können die Wirkung verstärken. Die atemstimulierende Einreibung (ASE) zeigt einen positiven Effekt auf die Schmerzwahrnehmung.
- Bewegungsorientierte Massnahmen: Durch Positions- oder Lagewechsel kann der Umgang mit Schmerzen erleichtert werden.

(Lauster et al., 2014)

Zentral wirkende Massnahmen: Durch diese wird die Schmerzwahrnehmung psychologisch beeinflusst. Es wird an emotionalen und kognitiven Faktoren gearbeitet, welche das Schmerzerleben negativ beeinflussen. Die Ablenkung ist eine Methode, um die Schmerzstärke zu vermindern und die Schmerztoleranz zu steigern. Hierzu können Musik, Filme oder der Besuch von Angehörigen hilfreich sein (Lauster et al., 2014).

2.1.3.2 Medikamentöse Schmerztherapie

Gemäss Standards ist bei der NRS ab Schmerzen in Ruhe >3 und bei Belastung >5 eine medikamentöse Schmerzbehandlung angezeigt. Wenn der Patient Analgetika trotz starken Schmerzen ablehnt, sollten die Gründe dafür erfragt werden. Durch eine kontinuierliche Analgetika-Abgabe zu festen Zeitpunkten kann gewährleistet werden, dass der Patient gleichbleibend schmerzfrei bleibt und Nebenwirkungen durch zu hohe Dosen vermindert werden. Bei fix verordneten Schmerzmitteln sollte immer noch ein Schmerzmittel in Reserve verordnet werden, damit bei Schmerzspitzen sofort eingegriffen werden kann. Wenn dem Patienten ein neues Analgetikum oder eine neue Dosierung verordnet wurde, überprüfte und dokumentierte die Pflege dessen Wirksamkeit. Dazu sollten standardisierte Schmerzskalen verwendet werden. Unerwünschte Wirkungen werden durch die Pflege beobachtet und nötige Schritte eingeleitet. Analgetika wirken bei der Schmerzentstehung und Schmerzwahrnehmung. Sie werden in Nicht-Opioid-Analgetika und Opioid-Analgetika eingeteilt (Lauster et al., 2014).

Bei Menschen mit Demenz ist es wichtig, dass die Medikationsverordnung nach dem WHO-Stufenschema erfolgt (Alzheimer Schweiz, 2009):

- 1. Stufe: Nicht-Opioide-Analgetika
- 2. Stufe: Schwache Opioide-Analgetika in Kombination mit Stufe 1
- 3. Stufe: Starke Opioide-Analgetika in Kombination mit Stufe 1
- Auf jeder Stufe kann mit Co-Analgetika oder Begleitmedikamente die Schmerzlinderung unterstützt werden.

(Lauster et al., 2014)

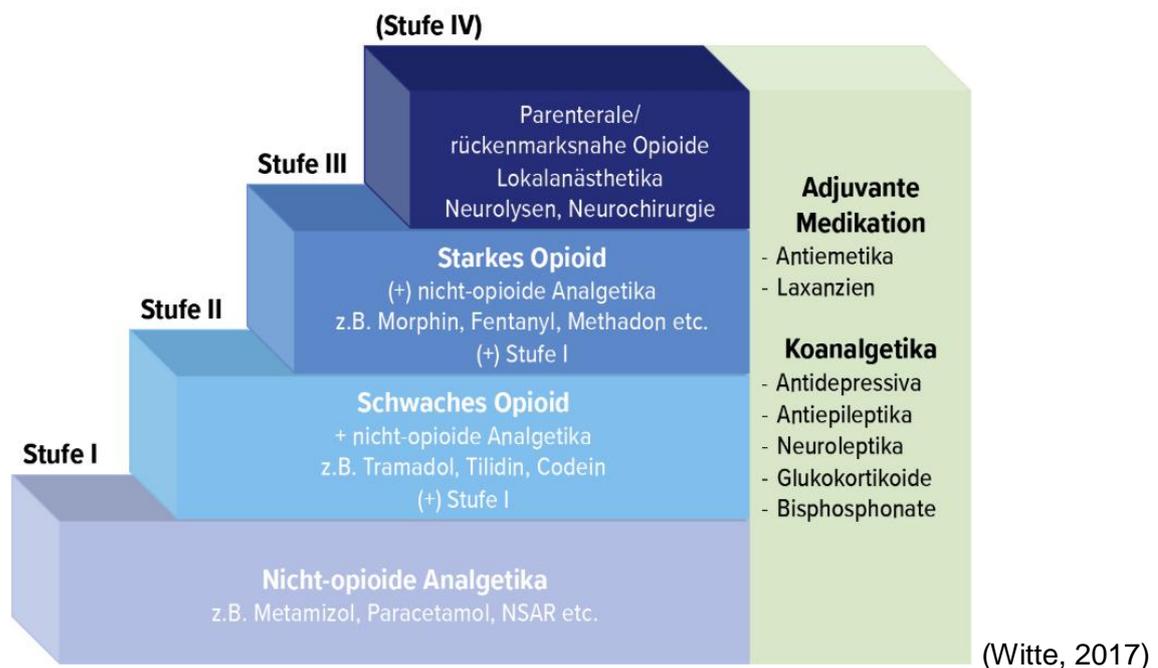


Abbildung 1: WHO Stufenschema zur Schmerztherapie

Die orale Darreichungsform wird am häufigsten benutzt, da sie von den meisten Patienten am besten akzeptiert wird und die Patienten damit weniger von der Pflege abhängig sind (Lauster et al., 2014). Da Patienten mit Demenz oft an Schluckbeschwerden leiden, besteht bei oraler Arzneimittelgabe die Gefahr der Aspiration. Invasive Methoden verursachen zusätzlich Schmerzen. Aus diesen Gründen werden transdermale Pflaster oder Suppositorien bevorzugt (De Witt Jansen et al., 2016).

2.2 Demenz

2.2.1 Definition

Demenz definiert sich als "organisch bedingter, fortschreitender Verlust zuvor vorhandener geistiger Fähigkeiten" (Lauster et al., 2014, S.1278). Es treten Symptome auf, wie: Gedächtnis- und Denkstörungen, zunehmende Desorientiertheit, Persönlichkeitsveränderungen und körperlicher Abbau (Lauster et al., 2014).

2.2.2 Ätiologie & Demenzformen

Demenz steht als Oberbegriff für zwei verschiedene Hirnleistungsstörungen, wobei zwei Hauptkategorien genannt wurden: Zum einen sind es degenerative Hirnveränderungen, dessen Ursache nicht bekannt ist. Zum anderen wird Demenz in die vaskuläre Demenz eingeteilt (Lieb, Frauenknecht, Brunnhuber, & Wewetzer, 2012).

Alzheimer gehört in die Gruppe der degenerativen Hirnveränderungen. Hierbei handelt es sich um extrazelluläre kortikale Plaques, eine sogenannte neurofibrilläre Degeneration innerhalb der Nervenzellen. Der grösste Risikofaktor ist das Alter. Auch familiäre Vorgeschichten, ein früheres Schädel-Hirn-Trauma sowie eine niedrige Schulbildung könnten Risikofaktoren sein (Lieb et al., 2012). Rund 60% aller Demenzpatienten sind von der Alzheimer-Form betroffen. Der Beginn der Alzheimer-Erkrankung geschieht oft unmerklich. Der Verlauf äussert sich langsam verschlechternd (Menche & Brandt, 2013). Es zeigen sich häufig kognitive Einschränkungen, wie Apraxie, Alexie, Agrafie sowie Störungen der räumlichen Orientierung. Ist die Krankheit fortgeschritten, können auch neurologische Symptome wie Harn- und Stuhlinkontinenz auftreten. Bei bis zu 70% der Betroffenen können Verhaltensstörungen auftreten wie depressive Verstimmung, Unruhe, Rückzug oder Halluzinationen (Lieb et al., 2012).

Die vaskuläre Demenz wird durch Durchblutungsstörungen im Hirn ausgelöst (Höpflinger, 2014). In dieser Gruppe werden alle demenziellen Syndrome zusammengefasst, die durch eine Erkrankung der Hirngefässe ausgelöst wurden. Es gibt viele verschiedene Subtypen der vaskulären Demenz. Rund 15% aller Demenzen sind die des vaskulären Typus. Die Mortalität ist höher als bei der Alzheimer Demenz, zudem sind Männer häufiger betroffen (Lieb et al., 2012). Der Beginn einer vaskulären Demenz ist meist plötzlich, der Verlauf manifestiert sich schubweise verschlechternd. Es sind häufig Lähmungen oder Taubheitsgefühle vorhanden (Menche & Brandt, 2013). Rund 20% der Betroffenen haben andere Formen der Demenz (Lauster et al., 2014).

2.2.3 Symptome & Stadien

Menschen mit Demenz durchlaufen verschiedene Stadien. Reisberg entwickelte eine Skala mit sieben Stufen (Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, 1982). Bei der Stufe 1 haben Personen keine kognitiven Beeinträchtigungen. Darauf folgt Stufe 2 mit leicht vermindertem Wahrnehmungsvermögen. Diese Symptome können jedoch altersbedingte Veränderungen sein. Bei der Stufe 3 haben Betroffene geringe kognitive Einschränkungen. Sie wird in die leichte Demenz eingestuft. Das Vergessen der eigenen Vergangenheit sowie grössere Schwierigkeiten bei komplexen Aufgaben haben Betroffene in der Stufe 4. Diese wird als leichte bis mittelmässige Demenz eingeteilt. Die Stufe 5 ist die mittelschwere Demenz. Betroffene dieser Stufe sind örtlich sowie zeitlich

desorientiert. Zudem benötigen sie Hilfe bei Alltagsverrichtungen wie zum Beispiel das Aussuchen der Kleidung. Die mittelschwere bis schwere Demenz wird der Stufe 6 zugeordnet. Harn- sowie Stuhlinkontinenz, Veränderungen des Charakters oder die Tendenz zum Verirren sind Merkmale dieser Stufe. Benötigen Betroffene umfangreiche Unterstützung bei der Körperpflege und werden die Reflexe abnormal, werden diese der Stufe 7, der schweren Demenz, zugeteilt (Association Alzheimer's, 2018).

Besonders ältere Menschen sehen die Schmerzen als Folge des Alterns an und wollen ihrem Umfeld nicht zur Last fallen. Sie nehmen Einschränkungen ihrer Lebensqualität in Kauf. Zudem vermuten sie, dass die Ärzte und Pflegenden wissen, dass sie Schmerzen empfinden. Aus diesem Grund ist es wichtig, die älteren Personen spezifisch nach Schmerzen zu fragen. Man nimmt an, dass sich die Schmerzschwelle ("der Punkt, ab dem ein Reiz als schmerzhaft wahrgenommen wird") (Lauster et al., 2014, Seite 557) mit dem Alter erhöht und die Schmerztoleranz (der Punkt, bis zu dem Schmerzen ausgehalten werden können) sinkt. Die Prävalenz von Schmerzen nimmt mit dem Alter zu (Lauster et al., 2014).

2.2.4 Diagnose

Als Orientierungspunkt wird zuerst eine Fremdanamnese gestellt. Anschliessend gibt es neuropsychologische Tests, welche zur Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten dienen. Folgende Assessments dienen zur diagnostischen Einschätzung der Demenz, wie auch zur Beurteilung von Schmerzen:

- Mini-Mental-Status-Test (MMST) / "Mini-Mental State Examination" (Lauster et al., 2014; Ngu et al., 2015)
- "DemTect (Demenz-Detektion)" beinhaltet vor allem das Merken von Wörtern. Ausserdem enthält er das Umwandeln geschriebener Zahlen in Ziffern, sowie das Rückwärts-Wiederholen von Zahlenreihen (Lauster et al., 2014).
- "Montreal Cognitive Assessment (MoCA)" wurde als Screening-Instrument für leichte kognitive Störungen entwickelt. Es wird das Gedächtnis, die Sprache, die Konzentration und die Orientierung geprüft (Universitäre Altersmedizin, 2018).
- "Pain Assessment in Advanced Dementia Scale" (PAINAD Scale) / Beobachtung von Schmerzen bei Demenz (BESD)" (Sampson et al., 2015; Lagger et al., 2008)
- "The Abbey Pain Scale" (Abbey et al., 2002)
- "Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC)" (Fuchs Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004)

2.2.5 Therapie

Aktuell gibt es keine kurative Therapie. Medikamentöse Behandlungen auf heutigem Stand können bei ca. 20% aller Betroffenen die Symptome für 6-12 Monate stabil halten (Lieb et al., 2012). Oft kommt es zum symptomorientierten Einsatz von Psychopharmaka gegen die Agitiertheit (Lauster et al., 2014). Jedoch ist bei der Anwendung von Psychopharmaka Vorsicht geboten. Bei älteren Menschen steigt das Risiko für kardiale und zerebrovaskuläre Pathologien (Lieb et al., 2012).

Es ist wichtig, die Interaktion der Schmerzmittel mit den Psychopharmaka zu beobachten. Diese Interaktion könnte zum Wirkungsversagen des Schmerzmittels führen. Es kann aber auch zu einer Verstärkung der unerwünschten Nebenwirkung kommen. Ein Beispiel hierfür ist die gleichzeitige Einnahme von Benzodiazepinen und Opioidanalgetika. Diese Kombination der Arzneimittel kann zu Atemdepression oder massiver Sedierung führen (Syhr, Geisslinger, & Oertel, n.d.).

Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin könnten wirksam sein als Therapie bei einer vaskulären Demenz. Noch wichtiger sind sekundäre Massnahmen, wie der Verzicht auf Alkohol und Rauchen. Gegebenenfalls ist auch die Behandlung einer Hypertonie, eines Diabetes oder anderen Erkrankungen, die das Risiko für eine zerebrovaskuläre Störung erhöhen, wichtig (Lieb et al., 2012).

Ein weiterer wichtiger Faktor in der Behandlung von an Demenz erkrankten Menschen ist der Einbezug psycho-soziokultureller Faktoren. Diese können bei der Bewältigung der Schmerzen sehr wichtig sein. Es erfordert dementsprechend eine multidimensionale personenzentrierte Herangehensweise. Dies kann Menschen mit Demenz helfen, die eigene Identität zu bewahren und das Wohlbefinden aufrecht zu erhalten. Diese personenzentrierte Pflege bestärkt Menschen mit Demenz und gibt ihnen das Gefühl, wertvoll zu sein (Newton, Reeves, West, & Schofield, 2014). Ältere Menschen mit Demenz verlieren oft die Fähigkeit zu kommunizieren. Dies führt dazu, dass sie ihre Schmerzen nicht mehr mitteilen können. Somit wird die betreuende Person weniger aufmerksam auf mögliche Schmerzen. Stattdessen werden die "Schmerz-Ausdrucksformen" oft als störendes oder herausforderndes Verhalten wahrgenommen (Newton et al., 2014).

2.3 Serial Trial Intervention (STI)

Die grosse Herausforderung für die Pflege im Umgang mit dementen Personen ist die Reaktion auf dessen Verhalten. Agitation, Rastlosigkeit, Unruhe und insbesondere das Wahrnehmen von Schmerzen erschweren die Pflege. In den USA wurde die "Serial Trial Intervention (STI)" entwickelt. Es ist ein strukturiertes Verfahren für den Umgang mit

Personen, welche ein herausforderndes Verhalten aufweisen. Dieses Modell berücksichtigt insbesondere auch die Schmerzen und versucht den Einsatz von Psychopharmaka auf das Mindeste zu reduzieren. Menschen mit mittlerer bis schwerer Demenz gelten als Zielgruppe der STI. Es werden auch Menschen mit Demenz berücksichtigt, die nicht mehr kommunizieren können. Das Modell hat zum Ziel, die anspruchsvollen Verhaltensformen zu erkennen und als Ausdruck unbefriedigter Bedürfnisse zu verstehen und zu behandeln. Wichtig ist, dass die Personen, welche häufigen Umgang mit dementen Menschen pflegen, sensibel für Verhaltensänderungen werden. Aus diesem Grund ist die personelle Kontinuität bei der Pflege von dementen Menschen äusserst wichtig (Fischer, Spahn, & Kovach, 2007). Das STI-Modell beinhaltet fünf Stufen. Die erste Stufe ist das körperliche Assessment. Hierbei wird versucht, das Bedürfnis zu befriedigen. Wenn herausforderndes Verhalten besteht, wird das affektive Assessment angewendet. Falls dieses Assessment keine Wirkung zeigt, werden nicht medikamentöse Massnahmen eingesetzt. Erzielt man bei diesen Massnahmen nicht die gewünschte Wirkung, gibt man Analgetika. Sind all diese Massnahmen erfolglos, versucht man die Stufe fünf, die Gabe von Psychopharmaka, anzuwenden (Fischer, Kuhlmeier, Sibbel, & Nordheim, 2008). In den USA konnte eine Verminderung der Verhaltensweisen durch die STI-Anwendung festgestellt werden (Fischer et al., 2007). Aufgrund der hohen Effektivität der STI, ist eine häufige Anwendung auch bei Pflegefachpersonen erwünscht. Dieses Modell kann positive Auswirkungen auf die Medikamentenabgabe bei Menschen mit Demenz haben. Darunter versteht sich, dass mehr Analgetika anstatt Psychopharmaka gegeben wird. Dies wirkt sich positiv auf die Lebensqualität der Betroffenen aus (Fischer et al., 2008).

2.4 Instrumente

In diesem Unterkapitel werden die Instrumente, welche in den Studien verwendet wurden, tabellarisch zusammengefasst.

Tabelle 1: Instrumente

Instrument	Bedeutung	Aufbau / Verwendung	Studie
Abbey Pain Scale	-	Das ist ein Erfassungsinstrument für Menschen, welche ihre Schmerzen nicht mehr verbalisieren können. Das Instrument beinhaltet sechs Kategorien wie, Gesichtsausdruck, Vokalisation, Veränderung in der Körpersprache, Verhaltensänderung, physiologische und physische Veränderungen. Alle diese Kategorien werden jeweils bewertet und die daraus folgenden Punktzahl berechnet (Abbey et al., 2002).	(Fry, Arendts, & Chenoweth, 2016), Lichtner et al. (2016), Lichtner et al. (2015)
BEHAVE-AD	Behavioural Pathology in Alzheimer Disease Scale	Dieses Instrument erfasst verhaltensbezogene und psychiatrische Symptome des Alzheimers. Es wird in sieben Domäne unterteilt: Paranoia/Wahnvorstellungen, Halluzinationen, Aktivitätsstörungen, Aggressivität, Tagesrhythmusstörungen, affektive Störungen, Angst/Phobien (Sampson et al., 2015).	Sampson et al. (2015)
Doloplus-2	-	Es ist ein Instrument zur Schmerzerfassung und wird bei älteren nonverbalen Menschen eingesetzt. Es besteht aus drei Dimensionen: Somatische Schmerzauswirkung, psychomotorische Auswirkung und die psychosoziale Auswirkung (Stromer & Grögl-Aringer, 2018).	Fry et al. (2016)
EWS	National Early Warning Score	Dies ist ein Frühwarnsystem zur Identifizierung akut kranker Patienten (Royal College of Physicians, 2017).	Lichtner et al. (2015)
FACE-Scale	Wong-Baker Faces Scale	Diese Skala wurde ursprünglich für Kinder entwickelt, um die Schmerzen zu erfassen. Heute werden sie bei allen Menschen ab drei Jahren verwendet (Wong-Baker FACES Foundation, 2016).	Sampson et al. (2015)
FAST-Stadium	Functional Assessment Staging	Anhand dieses Assessmentinstruments wird der Verlauf des Alzheimers erfasst (Sclan & Reisberg, 1992).	Sampson et al. (2015)
GDS-15	Geriatric Depression Scale	Dieses Instrument enthält 15 Fragen nach dem Wohlbefinden des Patienten während der letzten zwei Wochen (Ngu et al., 2015).	Ngu et al. (2015)

MMSE	Mini-Mental State Examination / Mini-Mental-Status-Test (MMST)	Dieser Test erfasst den kognitiven Status. Er enthält Fragen zur Orientierung, Merkfähigkeit, Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit sowie Sprache und Schreib-/ Zeichenfähigkeit (Lauster et al., 2014).	Ngu et al. (2015), Sampson et al. (2015)
NRP	Nurse-reported pain	Pflegepersonen mussten über die Schmerzstärke des Patienten Auskunft geben (Ngu et al., 2015).	Ngu et al. (2015)
NRS	Numeric Rating Scale/ Numerische Rangskala	Der Patient ordnet seine Schmerzen von 0 (gar kein Schmerz) bis 10 (stärkster Schmerz) ein. Diese Version wird in der Praxis sehr häufig verwendet (Lauster et al., 2014).	Ngu et al. (2015), Lichtner et al. (2015)
PACSLAC	Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate	Das ist ein Assessmentinstrument, um Schmerzen zu erfassen. Es beinhaltet vier Hauptkategorien, welche nochmals unterteilt werden. Die Hauptkategorien sind Gesichtsausdruck, Persönlichkeit/Gemütslage, Aktivität/Körperbewegung und anderes. Diese werden durch genauere Beschreibungen ergänzt und anschließend bewertet (Fuchs Lacelle & Hadjistavropoulos, 2004).	Fry et al. (2016), Lichtner et al. (2016), Lichtner et al (2015)
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale / BESD (Beobachtung von Schmerzen bei Demenz)	Dies ist ein Beobachtungsinstrument zur Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz. Das Assessmentinstrument enthält fünf Kategorien: Atmung, negative Aussprache, Körpersprache, Gesichtsausdruck, Trost. Dieses Instrument wurde von Warden, Hurley und Volicer entwickelt (Ngu et al., 2015; Sampson et al., 2015; Lagger et al., 2008).	Ngu et al. (2015), Sampson et al. (2015), Fry et al. (2016)
Skala mit Einschätzungsstufen 0-3	-	Hierbei bedeutet die Null keine Schmerzen. Die Eins, Zwei und Drei steht für leichte, mittlere und starke Schmerzen (Lichtner et al., 2015).	Lichtner et al. (2015)
SRP	Self-reported pain	Es ist eine Schmerzassessment-Methode. Der Patient wird direkt nach seinen Schmerzen gefragt (Ngu et al., 2015).	Ngu et al. (2015), Lichtner et al. (2015), Lichtner et al. (2016), Sampson et al. (2015)

3 METHODE

Im folgenden Abschnitt werden das Design und die Vorgehensweise der Arbeit aufgezeigt. Zudem werden der Vorgang der Analyse und die Ethik beschrieben.

3.1 Design: Literaturübersicht

Die Literaturübersicht ermöglicht eine optimale Ausgangslage, um evidenzbasiertes Forschungswissen zu einem konkreten Thema zu finden (Behrens & Langer, 2016). Eine gute Literaturübersicht erlaubt die Anwendung von Forschungsergebnissen (Mayer, 2015). Dies entspricht den Anforderungen auf Bachelorstufe (Fachhochschule Westschweiz, n.d.). Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, eine Literaturübersicht zu erstellen, welche Pflegeinterventionen für das Schmerzassessment und Schmerzmanagement bei dementen Personen enthält. In diesem Rahmen werden aktuelle Ergebnisse zusammengefasst und eventuelle Forschungslücken aufgezeigt (Mayer, 2015).

3.1.1 Suchstrategie

Für die Literaturübersicht wurde eine Recherche in den Datenbanken PubMed und CINAHL durchgeführt. Dazu wurden Suchbegriffe anhand der Fragestellung formuliert und ins Englische übersetzt. Um Studien zu finden, wurden die Suchbegriffe mit Headings im CINAHL bzw. Mesh-Terms im PubMed ergänzt. Die Suchbegriffe „acute“, „acute hospital“, „acute setting“, „hospital“ und „hospitalized“ wurden verwendet, da sich die Forschungsfrage auf das Akutsetting bezog. Bei dieser Suche gab es jedoch keine Treffer. Aus diesem Grund wurde die Suche mit folgenden Suchbegriffen gestartet.

Tabelle 2: Themenblöcke der Suchbegriffe

	PubMed	CINAHL
Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Dementia (Mesh) • Cognitive dysfunction (Mesh) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dementia (Heading) • Cognitive Impairment (Schlagwort)
Schmerz	<ul style="list-style-type: none"> • Pain (Mesh) • Pain management (Mesh) • Pain measurement (Mesh) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pain (Heading) • Pain management (Schlagwort)

Für die Bachelorthesis wurden die Suchbegriffe aus der Tabelle 2 zuerst innerhalb eines Themenblocks mit dem Operator OR verknüpft. Anschliessend wurden die Ergebnisse der Themenblöcke mit AND verbunden. Die Suche im PubMed wurde am 25. April 2018

und die Suche im CINAHL wurde am 29. April 2018 durchgeführt. Die durch die Recherche erhaltenen Studien wurden auf das Akutsetting geprüft. Hierzu wurde das Abstract gelesen. Schliesslich wurden nur Studien aus dem Akutsetting in die Arbeit eingeschlossen. Die Anzahl der quantitativen Studien auf hoher Evidenzstufe, welche das Akutsetting beinhalteten, war gering. Aus diesem Grund wurden sowohl quantitative wie auch qualitative Studien integriert.

Tabelle 3: Suchstrategie

Datenbank	Suchbegriffe (Schlagworte, MESH-Terms oder Cinahl Headings und Textworte) & Operatoren (and, or, not)	Limiten
PubMed	((("Cognitive Dysfunction"[Mesh]) OR "Dementia"[Mesh])) AND ((("Pain"[Mesh]) OR "Pain Management"[Mesh]) OR "Pain Measurement"[Mesh])	Abstract; published in the last 5 years; Humans; English; German; Aged: 65+ years
Cinahl	((("MH"Dementia") OR (cognitive impairment)) AND ((("MH"pain") OR (pain management))))	Abstract Available; Published Date: 20130101-20181231; Aged: 65+ years

3.1.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"> • Ältere Personen über 65 Jahre • Patienten mit Demenz • Alle Demenzformen • Patienten mit Schmerzen • Akutsetting 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatriesetting

3.1.3 Analyse

Die Studien wurden anhand einer Übersichtstabelle dargestellt und zusammengefasst. Darin wurden die Zielsetzung, das Design, das Setting und das Sample kurz erläutert. Zudem wurden die verwendeten Instrumente sowie die Interventionen aufgelistet. Die wichtigsten Ergebnisse sowie Stärken, Schwächen und das Evidenzlevel der Studien wurden nach Behrens & Langer (2010) angegeben. Die kritische Beurteilung der quantitativen, wie auch der qualitativen Artikel, wurde anhand, der von der Fachhochschule für Gesundheit in Freiburg, zur Verfügung gestellten Beurteilungsbogen von Behrens & Langer (2010) durchgeführt. Anhand dieser Checklisten wurden die Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit der Studien überprüft. Für die Mixed-Method-Studie

wurde der Beurteilungsbogen von Pluye (2011) verwendet. In der kritischen Beurteilung wurde zudem auf die Forschungsethik Wert gelegt. Zusätzlich wurde anhand eines Ampelschemas die Qualität der Studien erfasst und dargestellt. Die Ergebnisse der Studien wurden in einer Tabelle zusammengefasst und anschliessend in Form eines Fliesstextes narrativ dargestellt. Dazu wurden Kategorien gebildet, worin die Ergebnisse gruppiert und beschrieben wurden. In der Diskussion wurden die Resultate in Bezug auf die Problemstellung, die Fragestellung und des theoretischen Rahmens interpretiert (Mayer, 2015).

3.1.4 Ethik

Die Ethik ist in der Pflegeforschung ein wichtiger Aspekt. Die Population besteht aus Menschen und deshalb gilt es die Grundprinzipien der Pflegeethik einzuhalten: Autonomie, Nicht-Schaden, Gutes Tun und Gerechtigkeit. Es ist von grosser Wichtigkeit, die Teilnehmenden umfassend über die Durchführung der Studien zu informieren. Die Anonymität muss stets gewährleistet werden. Der Schutz der Teilnehmenden vor physischen sowie psychischen Schäden muss garantiert werden, da dies ein Recht des Persönlichkeitsschutzes ist. Die Probanden haben stets das Recht, die Untersuchung zu verweigern oder zu beenden. Es dürfen unter keinen Umständen Nachteile für die Probanden entstehen. Im Rahmen der Literaturübersicht wurden alle eingeschlossenen Studien durch die Ethikkommission geprüft (Mayer, 2015).

4 ERGEBNISSE

Im Kapitel der Ergebnisse werden die eingeschlossenen Studien und deren kritischen Beurteilung präsentiert. Anschliessend werden die Ergebnisse in Kategorien eingeteilt und beschrieben.

4.1 Ausgewählte Literatur

Es wurden acht Studien in die Literaturübersicht eingeschlossen. Fünf dieser Studien waren qualitativ. Bei diesen Studien handelt es sich um ein exploratives Studiendesign (Dowding et al., 2016; Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016). Zwei Studien waren quantitativ. Diese bestehen aus einem prospektiven Beobachtungsdesign (Ngu et al., 2015) und einer Längsschnitt-Kohortenstudie (Sampson et al., 2015). Die letzte war eine Mixed-Method Studie. Dabei handelt es sich um eine Querschnittstudie (Rantala et al., 2014).

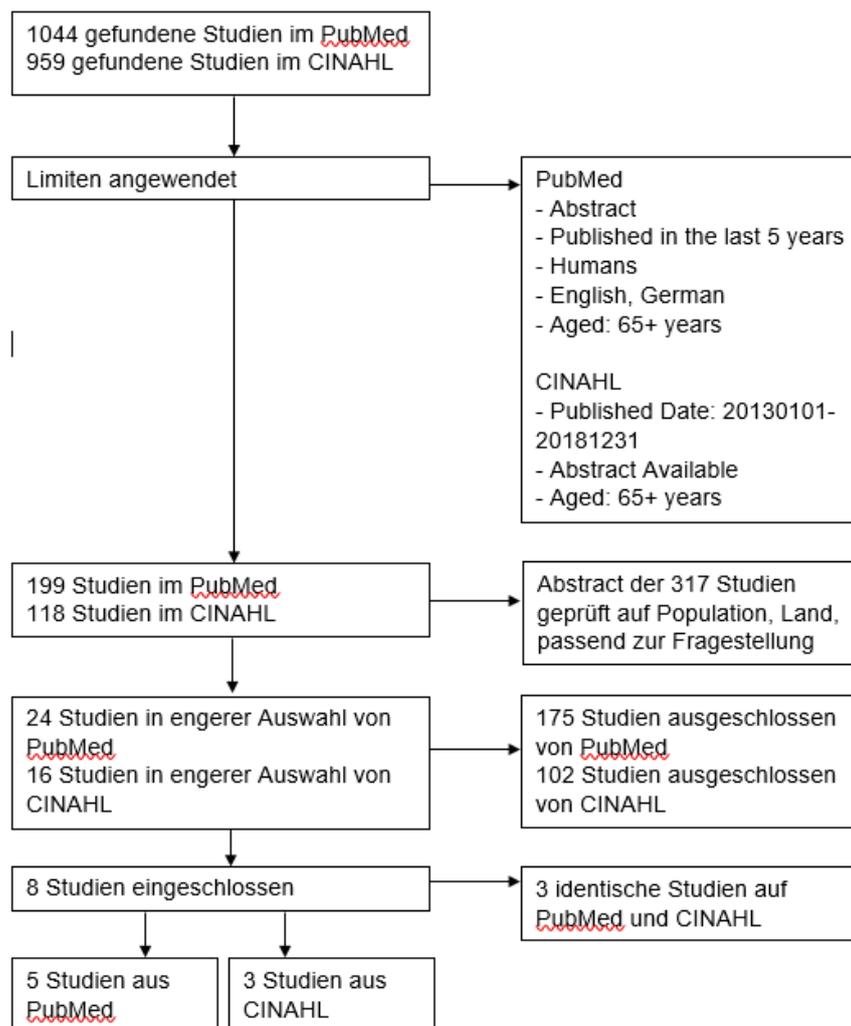


Abbildung 2: Flowchart

Die kritischen Beurteilungen der Studien wurden anhand des Ampelschemas dargestellt. Die grünen Häkchen (✓) bedeuten, dass Ergebnisse präzise und zutreffend waren. Die orangen Fragezeichen (?) weisen darauf hin, dass die Ergebnisse unklar beschrieben wurden oder aufgrund des Designs nicht anwendbar waren. Das rote Kreuz (✗) sagt aus, dass die Informationen nicht erwähnt wurden.

Tabelle 5: Ampelschema (Qualitative Studien)

		Dowding et al. 2016	Fry et al. 2016	Jansen et al. 2016	Lichtner et al. 2015	Lichtner et al. 2016
Glaubwürdigkeit	1. Forschungsfrage	✓	✓	✓	✓	✓
	2. Design	✓	✓	✓	✓	✓
	3. Literaturrecherche	✓	✓	✓	✓	✓
	4. Teilnehmende	✓	✓	✓	✓	✓
	5. Beschreibung Teilnehmende, Umfeld, Forscher	✓	✓	✓	✓	✓
	6. Datensammlung	✓	✓	✓	✓	✓
	7. Datenanalyse	✓	✓	✓	✓	✓
	8. Sättigung der Datensammlung	✓	✓	✓	✗	✓
Aussagekraft	9. Ausführlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse	✓	✓	✓	✓	✓
	10. Bestätigung der Ergebnisse	✓	✗	✓	✓	✓
Anwendbarkeit	11. Besseres Verstehen der untersuchten Personen durch Ergebnisse	✓	✓	✓	✓	✓
	12. Konkrete Anwendungsmöglichkeiten	?	✓	✓	?	?
	13. Ethische Grundlagen	✓	✓	✓	✓	✓

Tabelle 6: Ampelschema (Quantitative Studien)

		Ngu et al. 2015	Sampson et al. 2015
Glaubwürdigkeit	1. Rekrutierung und Zuteilung	✓	✓
	2. Follow-up / Drop outs	✓	✓
	3. Verblindung	✓	?
	4. Basis-Merkmale	?	?
	5. Gleichbehandlung	?	?
	6. Wechsler	?	✓
	7. Stichprobengrösse	✗	✓
	8. Vergleichbar mit anderen Ergebnissen	✓	✓
Aussagekraft	9. Behandlungseffekt	✓	✓
	10. Zufälligkeit der Ergebnisse (p-Wert)	✓	✓
	11. Präzise Ergebnisse (Konfidenzintervall)	✗	✓
Anwendbarkeit	12. Übertragbarkeit	✓	✓
	13. Alle Aspekte enthalten	✓	✓
	14. Nutzen / Kosten	✓	✓
	15. Ethische Grundlagen	✓	✓

Tabelle 7: Ampelschema (Mixed-Method Studie)

		Rantala et al. 2014
Screening-Frage	Klare quantitative und qualitative Frage/Ziel	✓
	Erhobene Daten passend zu Frage/Ziel	✓
Qualitativ	Qualitative Daten passend zu Frage/Ziel	✓
	Passende qualitative Datenanalyse	✓
	Angemessene Berücksichtigung des Kontextes	?
	Angemessene Berücksichtigung der Einflussfaktoren	?
Quantitativ deskriptiv	Passende Auswahl der Teilnehmenden	✓
	Passendes Sample	✓
	Passende Messinstrumente	✓
	Antwortquote >60%	✗
Mixed Methods	Relevanz des Mixed Methods-Designs	✓
	Notwendigkeit qualitativer und quantitativer Daten	✓
	Angemessene Berücksichtigung der Limitationen	✓
	Ethische Grundlagen	✓

4.2 Übersicht der ausgewählten Literatur

In diesem Unterkapitel werden die Studien in tabellarischer Form zusammengefasst und dargestellt.

Tabelle 8: Übersicht der ausgewählten Literatur

Autor, Jahr, Land	Anzahl Teilnehmer	Interventionen und Setting	Wichtigste Ergebnisse
Dowding, Lichtner, Allcock, Briggs, James, Keady, Lasrado, Sampson, Swarbrick, Closs, 2016, United Kingdom	31 Patienten 52 Mitarbeiter 4 Familienangehörige	Beobachtung der Patienten bezüglich der Pflege, Beobachtung der Mitarbeitenden, teilstrukturierte Interviews und informelle Gespräche mit Mitarbeitenden und Betreuenden der Patienten. 4 Spitäler	Gesundheitsmitarbeitende verwenden ihre Intuition, Erfahrung und ihre Fähigkeit, um Schmerzen bei den Patienten einzuschätzen. Beim Schmerzmanagement wurde oftmals versucht, ob die Symptome oder der Stress durch Schmerzmittelgabe verbessert werden könnten. Es braucht eine effektive Kommunikation beim Schmerzassessment und -management. Anhand eines Bildes können Veränderungen im Verhalten und Hinweise auf Schmerzen erkannt werden.
Fry, Arendts, Chenoweth, 2016, Australien	36 Pflegefachpersonen	Teilstrukturierte Interviews mit Notfall-Pflegefachpersonen bezüglich dem Schmerzassessment, -management und dem PAINAD. 3 Notfallstationen in Spitälern, 2 Universitäts-spitäler, 1 Bezirksspital	Das PAINAD-Tool ist nützlich und geeignet für Notfallstationen. Veränderungen können vereinfacht erkannt werden. PAINAD unterstützt die klinische Entscheidungsfindung bei der Bestimmung der Schmerzintensität. PAINAD hilft, dass die Ärzte schneller Analgetika verordnen. PAINAD ist geeigneter in Notfallstationen als der Abbey Pain Scale, Doloplus-2, PACSLAC bei älteren Personen mit kognitiven Einschränkungen.
De Witt Jansen, Brazil, Passmore, Buchanan, Maxwell, J. MacIlfactrick, M. Morgan, Watson, Parsons, 2016, United Kingdom	24 Pflegefachpersonen	Teilstrukturierte Interviews mit Pflegefachpersonen bezüglich der Analgetika-Abgabe, der Beziehung von Arzt und Pflegenden und dem Lern- und Ausführungsprozess 3 Palliativstationen, 2 Akutspitäler, 10 Pflegeheime	Die Arzneimittelgabe ist eine Herausforderung für alle Pflegepersonen aufgrund der Verweigerung der Patienten. Wenn Patienten aufgrund ihrer schweren kognitiven Einschränkung und des daraus resultierenden fehlenden Dialogs, den Nutzen der Schmerzmittel nicht verstehen, verweigern sie die Einnahme. Auch die Art der Schmerzmittelgabe ist zu reflektieren (oral, i.v. oft schwierig und können Stress auslösen). Wichtig ist eine gute Zusammenarbeit zwischen der Pflege und den Ärzten, damit es zu keinem inadäquaten Schmerzmanagement kommt

Autor, Jahr, Land	Anzahl Teilnehmer	Interventionen und Setting	Wichtigste Ergebnisse
Lichtner, Dowding, Closs, 2015, United Kingdom	31 Patienten 52 Mitarbeiter 4 Familienangehörige	Beobachtungen bei Patienten, Konversationen mit Mitarbeitenden der Station und Familienmitgliedern der Patienten, teilstrukturierte Interviews mit Mitarbeitenden und Familien 4 Spitäler	Je nach Abteilungsdisziplin wird routinemässig nach Schmerzen gefragt und bei Bedarf entsprechend gelindert. Zudem wurden je nach Abteilung verschiedene Assessmentinstrumente und Dokumentationen verwendet. In keiner Abteilung wurde ein spezifisches Instrument, welches für Patienten mit Demenz ausgerichtet ist, verwendet. Viele gaben an, dass eine Skala von 0-3 besser sei als eine Skala von 0-10. Wenn das Assessment über Schmerzen täglich an verschiedenen Zeitpunkten des Tages gemacht wird, können Muster und Tendenzen erkannt werden.
Lichtner, Dowding, Allcock, Keady, Sampson, Briggs, Corbett, James, Lasrado, Swarbrick, Closs, 2016, United Kingdom	31 Patienten 52 Mitarbeiter 4 Familienangehörige	Beobachtungen bei Patienten, Konversationen mit Mitarbeitenden der Station und Familienmitgliedern der Patienten, teilstrukturierte Interviews mit Mitarbeitenden und Familien 4 Spitäler	Die Kommunikation ist für viele Patienten eine Barriere, wenn es um das Mitteilen ihrer Schmerzen an die Mitarbeiter geht. Die Sensibilisierung der Pflegefachpersonen auf physische und nonverbale Zeichen ist äusserst wichtig. Die Organisation und der Kontext der Station erschweren den Zugang zu den Patienten zusätzlich. Die strukturierten Arbeitsabläufe entmutigen den Patienten, seine Schmerzen mitzuteilen. Unterschiedliche Akutabteilungen hatten andere Erwartungen und Annahmen in Bezug auf Schmerzen. Verwandte, Besucher und die Familie sind eine wichtige Informationsquelle, wenn es um das Erkennen, Assessment und Schmerzmanagement geht
Ngu, Pin Tan, Subramanian, Abdul Rahman, Kamaruzaman, Chin, Mun Tan, J.H. Poi, 2015, Malaysia	152 Teilnehmer	Schmerzmanagement Akut-geriatrische Abteilung	Es gab keinen signifikanten Unterschied von Schmerzen mit self-reported pain (SRP), PAINAD und Nurse-reported pain (NRP) bei Personen mit Mini Mental State Examination (MMSE) ≥ 17 im Vergleich zu Personen mit MMSE < 17 . Es gab einen starken Zusammenhang zwischen SRP und PAINAD ($r=0.678$), wie auch PAINAD mit NRP ($r=0.727$). Es gab eine statistisch signifikante Korrelation zwischen SRP und Geriatric Depression Scale (GDS-15) ($r=0,382$) aber nicht zwischen SRP und MMSE ($r=0,018$).

Autor, Jahr, Land	Anzahl Teilnehmer	Interventionen und Setting	Wichtigste Ergebnisse
Sampson, White, Lord, Leurent, Vick-erstaff, Scott, Jones, 2015, England	230 Teilnehmer	Schmerzmanagement 2 öffentliche Akutspitäler	Während der Hospitalisation hatten 38,5% der Teilnehmenden Schmerzen anhand von Selbsteinschätzung. Bei der Verwendung der PAINAD-Skala wurden bei 18,7% der Teilnehmenden Schmerzen in Ruhe und bei 57,0% der Teilnehmenden Schmerzen während der Bewegung beobachtet. Allerdings gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem gesamten Behavioral Pathology in Alzheimer Disease Scale (BEHAVE-AD) Score und den Schmerzen in Bewegung ($\beta=0.20$, 95% CI=0.07-0.32, $P=0.002$) und Ruhe ($\beta=0.41$, 95% CI=0.14-0.69, $P=0.003$). Anhand des Behavioral and psychiatric symptoms of dementia (BPSD) wurde herausgefunden, dass Aggression, Phobie oder Angst mit Schmerzen verbunden waren.
Rantala, Kankkunen, Kvist, Hartikainen, 2014, Finnland	331 Pflegefachpersonen	Fragebögen verteilt, dadurch Ermittlung von Barrieren im postoperativen Schmerzmanagement 17 Spitäler	Die grösste Barriere im postoperativen Schmerzmanagement, welche von Pflegepersonen genannt wurde, war die Durchführung des Schmerzassessments, aufgrund des Rückgangs der kognitiven Funktion (86%). Statistisch signifikante Unterschiede wurden zwischen den Barrieren der Schmerztherapie und der ausreichenden postoperativen Schmerztherapie festgestellt ($p < 0.001$). Die Befragten, die eine unzureichende Schmerzbehandlung bei Patienten mit Demenz vermuteten, identifizierten mehr Barrieren (Mittelwert 2.8, SD 0,50) in der Schmerzbehandlung im Vergleich zu denjenigen, die eine Schmerzbehandlung für angemessen hielten (Mittelwert 2.6, SD 0,49). Erwartungen für ein besseres Schmerzmanagement von Pflegepersonen war eine genügende Personalbesetzung (82% Zustimmung), Weiterbildungen (93% Zustimmung), Richtlinien (93% Zustimmung), konsequentes Ausüben (93% Zustimmung), und eine verbesserte Zusammenarbeit im interdisziplinären Team (94% Zustimmung).

4.3 Ergebnisse der Studien

Insgesamt wurden acht Studien berücksichtigt, welche das Schmerzassessment und Schmerzmanagement untersuchten. Die Studien wurden anhand von Fragebögen, Interviews, Messinstrumenten oder Beobachtungen durchgeführt. Damit die Darstellung der Ergebnisse übersichtlich wird, wurden fünf Kategorien gebildet: Schmerzassessment und Dokumentation, Schmerzmedikation/Analgetika, Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten, Familie und Angehörige von Menschen mit Demenz sowie Verhalten und Kommunikation von Menschen mit Demenz.

4.3.1 Schmerzassessment, -management und Dokumentation

In sechs der acht Studien wurden verschiedene Massnahmen untersucht, um das Schmerzassessment sowie das Schmerzmanagement zu verbessern (Dowding et al., 2016; Fry et al., 2016; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016; Ngu et al., 2015; Rantala et al., 2014). Dowding et al. (2016) untersuchte ein konzeptuelles Modell zur Entscheidungsfindung für das Erkennen, Einschätzen und Managen von Schmerzen. Die Durchführbarkeit von PAINAD, welche zum Erfassen, Überwachen und Managen von Schmerzen dient, wurde in der Studie von Fry et al. (2016) erläutert. Lichtner et al. (2015) und Ngu et al. (2015) beschrieben Einschätzungsinstrumente, um Schmerzen zu erfassen und zu managen. In der Studie von Lichtner et al. (2016) wurde die Wichtigkeit der regelmässigen Durchführung des Schmerzassessment beschrieben.

In der Durchführung und Vorgehensweise der Pflegepersonen beim Schmerzassessment und -management, konnten Unterschiede in den verschiedenen Abteilungen des untersuchten Spitals festgestellt werden. Auf der chirurgischen Abteilung herrscht eine grössere Erwartung seitens der Pflegepersonen, dass Patienten Schmerzen haben könnten, als auf anderen Abteilungen. Daraus folgt eine häufigere Schmerzmittelabgabe und die Patienten wurden häufiger über ihre Schmerzen befragt (Dowding et al., 2016). Auf manchen Abteilungen fand keine routinemässige Befragung der Schmerzen statt. Auch die Dokumentation der Schmerzergebnisse war, aufgrund der limitierten Zeit der Pflegepersonen, selten vollständig. Ein Kontakt mit den Patienten fand nur bei Routineaufgaben statt (Dowding et al., 2016).

Aus den Beobachtungen ging hervor, dass wegen der Schichtarbeit der Pflegenden die Schmerzerkennung, -bewertung und -behandlung im Laufe der Zeit von vielen verschiedenen Personen durchgeführt wurde. Die Person, welche beim Patienten das Schmerzassessment gemacht hatte, war oft nicht dieselbe, die das Reassessment durchführte. Da die Pflege des Patienten intra- und interprofessionell erfolgt, ist die Sammlung der

Informationen für die "Erstellung eines Bildes der Schmerzen" auf eine effektive Kommunikation und Dokumentation angewiesen (Dowding et al., 2016). Um ein solches "Bild" erstellen zu können, braucht es Zeit, Informationen von verschiedenen Quellen, Involvement von Angehörigen, das Assessment des interdisziplinären Teams, Verabreichung von Medikamenten und die Antwort des Patienten darauf (Lichtner et al., 2016).

In der Studie von Ngu et al. (2015) äusserten 52,6% der Teilnehmenden selbstständig Schmerzen (SRP), während bei 51,3% der Teilnehmenden Schmerzen anhand der PAINAD-Skala bestimmt wurden. Bei 32,9% der Teilnehmenden wurden die Schmerzen durch Pflegepersonen rapportiert (NRP). In der gleichen Studie wurden keine signifikanten Differenzen zwischen SRP, PAINAD, NRP Assessments bei Personen mit einem MMSE ≥ 17 verglichen und bei Personen mit MMSE < 17 . SRP korreliert stark mit dem PAINAD ($r = 0,678$, $p < 0,01$). Der PAINAD korreliert zudem stark mit dem NRP ($r = 0,727$, $p < 0,01$). Weiter gab es eine starke Korrelation zwischen dem GDS und allen drei Schmerz-Skalen.

Oft erzählten Pflegepersonen in der Studie von Fry et al. (2016), dass Patienten mit kognitiven Einschränkungen, aufgrund ihrer Kommunikationsschwierigkeiten, ein unangemessenes Schmerzassessment erhalten. Die Schmerzintensität war schwer einzuschätzen, da Patienten mit kognitiven Einschränkungen eine grosse Menge an Zeichen von Schmerzen äussern können, wie z.B. Reizbarkeit, Veränderung des Gesichtsausdrucks, der Vokalisation und der Körperbewegungen. Bleiben diese Schmerzhinweise unerkannt, werden die Schmerzen der Personen mit kognitiven Einschränkungen wahrscheinlich nicht therapiert. Es kann sogar vorkommen, dass diese Schmerzhinweise ignoriert werden. Wenn Kommunikationsbarrieren vorhanden sind, wird das Schmerzassessment und -management vernachlässigt, da dies zusätzliche Zeit erfordert. Die Studie wurde in einer Notaufnahme durchgeführt. Die Pflegefachpersonen stellten fest, dass es herausfordernd ist, im belebten Umfeld ein kontinuierliches Schmerzassessment und -management bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen zu gewährleisten.

In der Studie von Fry et al. (2016) wurde gezeigt, dass das Schmerzassessment oft auf Erfahrung und klinischer Beurteilung basiert, wobei kein Assessmentinstrument verwendet wird. Dadurch sind die Schmerzen unerkannt und suboptimal therapiert geblieben.

Viele Pflegepersonen fanden den PAINAD als hilfreich, um bei Patienten mit kognitiven und kommunikativen Einschränkungen Schmerzen zu erfassen. Laut Aussagen der Pflegenden half dieses Assessmentinstrument, ihre Entscheidungsfindung und das Schmerzmanagement bei unterschiedlichen Schweregraden der kognitiven Einschrän-

kung zu verbessern. Anhand dieses Tools konnten die Pflegepersonen ihre Assessmentfähigkeiten erhöhen und ihre Schmerzmanagement-Methoden ändern. Pflegepersonen erzählten, dass das PAINAD-Tool einfach zu gebrauchen sei, keine zusätzliche Belastung darstelle und ihre Arbeitsbelastung nicht beeinträchtige. Alle Teilnehmenden sahen die Implementierung eines validierten Schmerzassessmentinstruments, welches auf Patienten mit kognitiven Einschränkungen angemessen ist, als wichtig an. Das PAINAD-Tool wurde durch die in der Notaufnahme tätigen Pflegepersonen gegenüber dem PACSLAC, Abbey Pain Scale und Doloplus-2 bevorzugt (Fry et al., 2016).

Wenn Patienten ihre Schmerzen nicht verbal äussern können, verliessen sich Pflegepersonen auf nonverbale Zeichen, auf Verhaltensassessment-Skills, ihre Intuition, um die Zeichen als Hinweise auf Schmerzen zu interpretieren. Zudem stützten sie sich auf Erfahrung und Wissen, um zu erkennen, ob und welche Art von Schmerzen der Patient erlebte. Wenn sie einmal Schmerzen festgestellt haben, gehen die Pflegepersonen nach dem Versuch-und-Irrtum-Prinzip vor, um zu schauen, ob sie richtig lagen. Laut Aussagen der Pflegenden ist es für das Assessment und Management wichtig, ein "Bild des Patienten" zu erstellen. Dies stellt die Basis für Interpretationen von Hinweisen dar. Viele Pflegenden stützten sich nicht auf Assessment-Tools. Sie misstrauten den Werten und vertrauten mehr ihrer Erfahrung (Dowding et al., 2016).

Pflegepersonen in der Studie von Rantala et al. (2014) nannten das Schmerzassessment als grösste Barriere im Schmerzmanagement bei Patienten mit Demenz. Um das Schmerzmanagement zu verbessern, wurden folgende Erwartungen genannt: Adäquate Personalbesetzung (82% Zustimmung), Aktualisieren der Ausbildung (93% Zustimmung), einheitliches Verfahren (93% Zustimmung), Richtlinien (93% Zustimmung) und eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit (94% Zustimmung).

In der Studie von Lichtner et al. (2015) wurden Assessmentinstrumente nicht angewandt, obwohl Assessment-Tools auf der Station vorhanden waren. Keines der Instrumente eignete sich aber spezifisch für Menschen mit Demenz. Es wurden zwei verschiedene Skalen zur Schmerzbeurteilung verwendet. In einem Spital wurde die 0-10 Skala zusammen mit der "National Early Warning Score" (EWS) benutzt. In den drei anderen Spitälern wurde die Skala mit den Einschätzungsstufen 0-3 angewendet. Die Teilnehmer schätzten die Skala von 0-3 mehr, da sie unkompliziert und einfach war. In derselben Studie wurde gezeigt, dass die Dokumentation manchmal nur routinemässig gemacht wird, ohne dabei wirklich wichtige Informationen zu sammeln. Auch bei den Schmerzdokumentationen wurden Unklarheiten entdeckt. Es kann vorkommen, dass, die Zahl 0 bezüglich des Schmerzes dokumentiert wurde, aber die Schmerzen nicht abgeklärt wurden. Da man aber eine Zahl angeben muss, wurde dafür einfach die 0 gewählt.

Wichtig ist, dass man das Schmerzassessment nicht nur an einem einzelnen Zeitpunkt durchführt. Da die Schmerzen variieren, können diese nur durch regelmässiges Durchführen des Schmerzassessments überprüft und dessen Dokumentation erfasst werden (Lichtner et al., 2016).

4.3.2 Schmerzmedikation / Analgetika

In vier der acht Studien wurden Hindernisse und Barrieren bezüglich der Schmerzmedikation und Menschen mit Demenz beschrieben (Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016; Lichtner et al., 2016, Rantala et al., 2014). In der Studie von Fry et al. (2016) wurde der Fokus auf das suboptimale Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen gelegt. De Witt Jansen et al. (2016) beschrieb die Problematik bei der Verabreichungsform der Medikamente. Lichtner et al. (2016) und Rantala et al. (2014) zeigten auf, wie schwierig die Einschätzung der Schmerzen und eine entsprechende Schmerzmedikation bei Menschen mit Demenz ist.

Defizite bei der Kognition hinderten Menschen mit Demenz daran, die Wirkung und den Nutzen der Medikation zu verstehen. Durch die beeinträchtigte Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Menschen mit Demenz, war es nicht möglich, die Ängste der Patienten in Bezug auf die Medikation zu lindern. Bei Patienten, die keinen Sinn in der Einnahme von Schmerzmittel sahen, zeigte sich aggressives Verhalten. Im Endstadium der Demenz kam es zu Schluckstörungen, welche bei oraler Verabreichungsform die Aspirationsgefahr begünstigten (De Witt Jansen et al., 2016). Dies stellt eine Herausforderung in der Analgetika-Abgabe dar (Rantala et al., 2014). Ein weiteres Hindernis waren die Injektionen. Diese führten bei Menschen mit Demenz mit geringer Muskulatur und Kachexie zu Herausforderungen. Laut Aussagen der Pflegenden kann der Gebrauch von Nadeln beim Patienten zu Stress führen. Die Pflegenden bevorzugten transdermale Pflaster oder Suppositorien als Verabreichungsform gegen Schmerzen. Alle Teilnehmenden der Studie wünschten sich Schulungen in der Pharmakologie. Sie hatten ungenügendes Wissen über die Arzneimittel, welche sie vulnerablen Patienten verabreichten (De Witt Jansen et al., 2016).

In der Studie von Fry et al. (2016) erwähnten viele Pflegepersonen, dass Patienten mit kognitiven Einschränkungen, welche Schmerzen haben, ein suboptimales Schmerzmanagement erhalten. Eine Ursache ist die Kommunikationsbarriere zwischen den Betroffenen und den Pflegepersonen. Patienten, welche in der Lage waren, über ihre Schmerzen zu sprechen, erhielten ein besseres Schmerzmanagement.

Weitere Barrieren waren die ungenügende Dokumentation der Nebenwirkungen der Analgesie (48% Zustimmung) sowie das Unwissen über Schmerzzustände bei Demenzkranken (52% Zustimmung). Das Pflegepersonal sah im Zeitmangel ein Hindernis für eine adäquate Schmerzbehandlung und eine qualitativ hochwertige Pflege. Seltener erwähnte Barrieren waren die Zurückhaltung der Pflegenden bei der Schmerzmedikationsgabe (23% Zustimmung) sowie die Zurückhaltung der Ärzte bei der Verschreibung der Schmerzmedikation (22% Zustimmung). Oft weigerten sich die Patienten selbst, die Schmerzmedikation einzunehmen, aus Angst vor Übermedikation (30% Zustimmung) (Rantala et al., 2014).

Die Teilnehmenden, welche eine unzureichende Schmerzbehandlung bei Menschen mit Demenz vermuteten, identifizierten mehr Barrieren (Mittelwert 2,8 SD 0.50) in der Schmerzbehandlung als diejenigen, die eine Schmerzbehandlung als angemessen ansahen (Mittelwert 2,6 SD 0.49). Menschen mit Demenz sind oft der Polypharmazie ausgesetzt (Rantala et al., 2014).

4.3.3 Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzte

In zwei der acht Studien wurde das Verhältnis zwischen dem Pflegepersonal und den Ärzten in Bezug auf die Schmerzmedikation beschrieben (Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016). Fry et al. (2016) sowohl auch De Witt Jansen et al. (2016) zeigten auf, dass eine verbesserte Kommunikation in Bezug auf die Schmerzen bei Menschen mit Demenz wichtig ist.

Die Pflegenden auf einer Palliativabteilung waren sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Respekt und Vertrauen prägten den Arbeitsalltag. Pflegenden, welche in einem Pflegeheim oder auf einer Akutabteilung arbeiteten, waren zufrieden mit der Zusammenarbeit. Jedoch berichteten diese, dass die Ärzte zögerlich waren bei der Patienteneinschätzung und deren Schmerzen. Fragen wurden bei komplexen Situationen oft ignoriert. Pflegepersonen mit zwanzig oder mehr Erfahrungsjahren berichteten, dass schlechte Kommunikationsfähigkeiten und ungenügende Rapporte die Beziehung zwischen den Pflegenden und den Ärzten erschwerten (De Witt Jansen et al., 2016).

Für eine verbesserte Kommunikation zwischen Pflegepersonen und Ärzten bezüglich des Schmerzassessments und -managements, zeigte die Studie von Fry et al. (2016) das Assessment-Tool PAINAD als hilfreich. Damit konnten sie präzisere Informationen über die Schmerzintensität weitergeben und eine Verordnung für Analgetika vorschlagen.

Klare Informationen über die Schmerzen des Patienten führten zu einer optimalen Verordnung der Schmerzmedikation. Alle Teilnehmenden in der Studie von Fry. et al (2016)

berichteten, dass die Verwendung von PAINAD hilft, den multidisziplinären Ansatz beim Schmerzmanagement in der Notaufnahme sicherzustellen.

4.3.4 Familie und Angehörige von Menschen mit Demenz

In drei der acht Studien wurde der Einfluss von Angehörigen auf Menschen mit Demenz beschrieben (Fry et al., 2016; Lichtner et al., 2016; Rantala et al., 2014). Lichtner et al. (2016) erläuterte die Wahrnehmung der Angehörigen von Schmerzen bei Menschen mit Demenz. Fry et al. (2016) beschrieb die zentrale Rolle der Familie in der Betreuung von Menschen mit Demenz. Rantala et al. (2014) erläuterte Schwierigkeiten im Umgang zwischen Pflegenden und Angehörigen.

Wenn Familienangehörige den Patienten in die Notaufnahme begleiteten, konnten diese als Ressource dienen. Familienangehörige intervenierten schnell, wenn sie eine Veränderung in der Schmerzintensität des Patienten erkannten. Viele Pflegepersonen wiesen Familienangehörigen eine wichtige Rolle zu, was das Erkennen von Schmerzen und deren Intensität anging (Fry et al., 2016). Lichtner et al. (2016) beschrieb die Familie der Menschen mit Demenz als "versteckte Arbeitskräfte". Deswegen ist es wichtig, die Angehörigen in den Prozess der Schmerzerkennung, -beurteilung und -bewältigung miteinzubeziehen. Beobachtungen zeigten, dass Gespräche zwischen Pflegenden und Angehörigen sich oft nur auf rechtliche Zustimmungen oder Entlassungsregelungen beschränkten. Die Angehörigen hatten das Gefühl, dass die Pflegepersonen oft beschäftigt waren und vermieden somit ein Gespräch. Die Pflegenden durften die Familienkonflikte nicht vergessen. Oft gab es in der Beziehung zwischen den Patienten und der Familie Probleme oder Familienangehörige hatten gesundheitliche Probleme.

Rantala et al. (2014) beschrieb, dass Pflegende gegenüber Angehörigen von Menschen mit Demenz nicht richtig zuhören oder nicht empathisch sind. Zudem verharmlosten sie oft den Schmerzzustand der Patienten.

4.3.5 Verhalten und Kommunikation von Menschen mit Demenz

In fünf der acht Studien wurde beschrieben, wie verschieden und komplex das Verhalten bei Menschen mit Demenz ist (Dowding et al., 2016; Fry et al., 2016; Lichtner et al., 2016; Rantala et al., 2014; Sampson et al., 2015). Dowding et al. (2016) sowohl auch Lichtner et al. (2016) berichteten über mögliche Ursachen von auffälligem Verhalten bei Menschen mit Demenz. Fry et al. (2016) erläuterte die verschiedenen Äusserungen der Schmerzsignale bei Menschen mit Demenz. Rantala et al. (2014) erklärte den Zusammenhang der kognitiven Einschränkung in Bezug auf das Verhalten von Menschen mit Demenz. Verschiedene Einschätzungsinstrumente für diese Population wurden bei der Studie von Sampson et al. (2015) beschrieben.

Es gab eine signifikante Korrelation ($p < 0.001$) zwischen der Fähigkeit, die FACE-Schmerz Skala zu benutzen und der Schwere der Demenz. Je höher das Demenzstadium war, desto weniger konnten die Betroffenen die FACE-Schmerz Skala verstehen. Bei 80,2% der Teilnehmenden im Functional Assessment Staging Scale (FAST) -Stadium 3-5 konnte diese Skala verwendet werden, beim FAST-Stadium 7 nur bei 3,2% der Teilnehmenden. Während dem Spitalaufenthalt zeigten 75% der Teilnehmenden psychiatrische Symptome der Demenz. Die häufigsten Symptome waren Aggressivität, Aktivitäts- und Schlafstörungen. Es wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Total von BEHAVE-AD und Schmerzen in Ruhe und in Bewegung festgestellt (Sampson et al., 2015).

In der Studie von Fry et al. (2016) erwähnten Pflegefachpersonen, dass Schmerzsignale bei Personen mit kognitiven Einschränkungen physische und psychische Symptome enthalten können. Diese sind oft schwierig zu unterscheiden, was mit dem Verhalten der Person im Notfallkontext zusammenhängt oder was auf den Schmerzzustand zurückzuführen ist.

Menschen mit Demenz verstehen die Behandlungsmassnahmen von Pflegenden oder Ärzten meistens nicht gut. Dies verursacht oft abweisendes Verhalten bei Menschen mit Demenz, was die Behandlung problematisch und die Analgetika-Abgabe herausfordernd macht. Oft können die Betroffenen sich nicht mehr an die Instruktionen und Anweisungen erinnern. Als Konsequenz begeben sie sich in Situationen, welche Schmerzen verursachen können. Es besteht ein Zusammenhang zwischen Schmerz und Verwirrung. Der Schmerz kann Verwirrung auslösen und die Verwirrung begünstigt wiederum das Risiko einer schmerzhaften Situation (Rantala et al., 2014).

In der Studie von Dowding et al. (2016) erläuterten die Pflegepersonen, dass Schmerzen mit Stress und Angst in Verbindung stehen. Für Pflegepersonen ist es eine Herausforderung, die Signale des Verhaltens, bei Personen, welche nicht in der Lage sind zu kommunizieren, zu interpretieren.

Wenn Patienten mit Demenz unter Schmerzen leiden, können sie dies oft nur zu diesem Zeitpunkt mitteilen. Wenn in diesem Augenblick keine Pflegeperson da ist, kann die Einschätzung der Schmerzen verfälscht sein (Dowding et al., 2016; Lichtner et al., 2016).

Es ist wichtig, dass die Pflegenden aufmerksam auf das Verhalten der Patienten sind. Manche Menschen mit Demenz benutzen Metaphern, um ihre Schmerzen mitzuteilen. Kopfschmerzen wurden in der Studie von Lichtner et al. (2016) als "glühende Hitze" beschrieben. Dies erfordert eine hohe Sensibilität der Pflegenden sowie die nötige Zeit, um diese Metaphern richtig zu deuten. Die Herausforderung, den Patienten mit seinen

Schmerzen wahrzunehmen, wird durch den strukturellen Kontext und den zeitlichen Rahmen verstärkt. Patienten mit Demenz brauchen mehr Zeit, um ihre Schmerzen zu kommunizieren. Der Zeitmangel wurde in dieser Studie seitens der Pflegepersonen oft genannt (Lichtner et al., 2016).

5 DISKUSSION

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse diskutiert. Hierbei beziehen sich die Autorinnen auf die Fragestellung und den theoretischen Rahmen. Danach wird die Beantwortung der Fragestellung beschrieben. Zudem werden die Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien sowie der vorliegenden Arbeit erläutert.

Die Fragestellung dieser Literaturübersicht lautet wie folgt: „Welche Pflegeinterventionen können bei älteren Personen mit Demenz im Akutsetting das Schmerzassessment und das Schmerzmanagement verbessern?“

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Die Literaturübersicht zeigte auf, dass das Assessment die Grundlage für ein optimales Schmerzmanagement ist. Hierzu sollte ein Assessmentinstrument zur Unterstützung beigezogen werden, welches dem Patienten angepasst ist (Fry et al., 2016). Für die Einschätzung der Schmerzen bei kognitiv beeinträchtigten Patienten ist es wichtig, auf Verhaltensänderungen zu achten (Lichtner et al., 2016). Das Assessment sowie das Verhalten des Patienten sollten lückenlos dokumentiert werden (Lauster et al., 2014). Um Verhaltensveränderungen des Patienten deuten zu können, sollten die Familienangehörigen in die Pflege miteinbezogen werden (Lichtner et al., 2016).

5.1.1 Diskussion Schmerzassessment, -management und Dokumentation

In der Studie von Dowding et al. (2016) gab es Unterschiede auf verschiedenen Abteilungen bei der Durchführung des Schmerzassessments und -managements. In den chirurgischen Abteilungen erwarteten die Pflegepersonen vermehrt Schmerzen. Aus diesem Grund kann man davon ausgehen, dass die Schmerzen dementsprechend erfasst und behandelt werden. Auf chirurgischen Abteilungen sind häufig Patienten nach einer Operation stationiert. Zu diesem Zeitpunkt leiden sie vermehrt an Schmerzen. Im Gegensatz zu medizinischen Abteilungen, wo der Schmerz nicht im Vordergrund steht (Dowding et al., 2016). Auf der Notaufnahme war das Schmerzassessment und -management herausfordernd. Pflegefachpersonen beschrieben, dass das belebte Umfeld der Notfallstation, das Schmerzassessment und -management bei Menschen mit kognitiver Einschränkung, erschwerte (Fry et al., 2016). Dies liegt nahe, da es sich auf Notfallstationen häufig um komplexe Situationen handelt und es dadurch hektisch werden kann. Somit kann den Menschen mit kognitiven Einschränkungen weniger Zeit geschenkt werden. Dies behindert die Durchführung eines Schmerzassessments. Die fehlende Zeit zur Durchführung eines Schmerzassessments, wurde auch in der Studie von Dowding et al. (2016) diskutiert.

Die Schmerzerkennung, -bewertung und -behandlung wurde oft von verschiedenen Personen durchgeführt. Dies wirkte sich negativ auf die Behandlungskontinuität aus. Für Menschen mit Demenz ist Kontinuität in der Beziehung äusserst wichtig. Aufgebaute Beziehungen fördern das Vertrauen der Betroffenen. Ständiger Personalwechsel kann Verwirrung auslösen. Ein Grund für den häufigen Betreuungswechsel war die Schichtarbeit der Pflegenden (Dowding et al. 2016). Ein ganzheitliches Bild der Patientensituation zu haben, ist erforderlich. Die Angehörigen miteinzubeziehen, im interdisziplinären Team optimal zusammenzuarbeiten, die Verabreichung der Medikamente und die anschließende Evaluation sind sehr wichtig (Lichtner et al., 2016). Was in der Studie von Dowding et al. (2016) ersichtlich wurde, war die oftmals unvollständige Dokumentation. Die vollständige Dokumentation ist sehr wichtig, da es im Pflegeberuf aufgrund der Schichtarbeit viele Wechsel der Betreuungspersonen gibt. Nur so können alle Pflegepersonen auf dem gleichen Wissensstand sein. Auch bei diesem Problem wurde auf den Zeitmangel hingewiesen. Es kann durchaus sein, dass Pflegepersonen bei der Dokumentation Zeit einsparen wollen, damit sie länger beim Patienten und den zu verrichtenden Tätigkeiten bleiben können.

In der Studie von Ngu et al. (2015) wurde festgestellt, dass Schmerzen am häufigsten von den Teilnehmenden selbst genannt wurden. Vergleichsweise zum PAINAD und dem Rapport von den Pflegepersonen wurden weniger Schmerzen festgestellt. Die Resultate aller drei Assessmentmethoden korrelierten miteinander, SRP mit PAINAD ($r=0.678$) und PAINAD mit NRP ($r=0.727$). Trotzdem sollte der Fokus zuerst auf die selbstständige Einschätzung des Patienten gelegt werden. Denn die Patienten selbst können ihr Befinden am besten beurteilen. Zudem sollte beachtet werden, dass das Assessmentinstrument auf das Stadium der Demenz angepasst wird. Wie in der Studie von Sampson et al. (2015) festgestellt wurde, ist die FACE-Schmerz Skala bei schwerer Demenz nicht mehr anwendbar.

Ein häufig genanntes Hindernis war die Kommunikationsschwierigkeit bei Menschen mit Demenz. Diese erschwerte die Durchführung des Schmerzassessments, da das Verhalten der Betroffenen schwierig zu beurteilen und zu deuten war. Oft wurden die Schmerzhinweise ignoriert oder eine unangepasste Therapiemassnahme eingesetzt (Fry et al., 2016). Die Grundlage für eine adäquate Therapie ist ein sorgfältig durchgeführtes Schmerzassessment. Damit dies möglich ist, sollte die Einschätzung durch ein Instrument unterstützt werden. Durch die Unterstützung eines Tools kann die Schmerzeinschätzung vielseitig erfolgen und jegliche Aspekte des Patienten können betrachtet werden. Somit kann das klinische Problem bezüglich des suboptimalen Schmerzmanage-

ments für diese vulnerablen Patienten angegangen werden und eine adäquate Schmerzbehandlung erfolgen. Ein Assessmentinstrument erleichtert die Entscheidungsfindung der Pflegepersonen und beeinflusst das Schmerzmanagement positiv. Das Ziel sollte immer die Lebensqualität und Sicherheit des Patienten sein. Dem Patienten soll Leid erspart, das Wohlbefinden gefördert und Komplikationen vermieden werden. Somit kann ein verlängerter Spitalaufenthalt verhindert werden. Auch in der Studie von Rantala et al. (2014) wurde festgestellt, dass das Schmerzassessment die grösste Schwierigkeit im Schmerzmanagement von Patienten mit Demenz, aufgrund des kognitiven Rückgangs (86% Zustimmung) war.

Als Massnahme in der Durchführung des Schmerzassessments und -managements können Einschätzungsinstrumente hilfreich sein. Pflegepersonen erwähnten den PAINAD als geeignet, für Menschen mit kognitiven und kommunikativen Einschränkungen. Der PAINAD diene den Pflegepersonen in der Durchführung des Schmerzassessments. Dies führte zu verbesserten Schmerzmanagement-Methoden und verbesserte die Verordnung der Schmerzmedikation bei den Patienten. Alle befragten Pflegepersonen waren für eine Implementierung eines validierten Schmerzassessmentinstruments. Das Instrument sollte zwingend auf die Patienten mit kognitiven Einschränkungen angepasst sein (Fry et al., 2016). In der Studie von Rantala et al. (2014) wurde genannt, dass eine angemessene Personalbesetzung sichergestellt werden soll (82% Zustimmung). In der Studie von Lichtner et al. (2015) brauchten Patienten mit Demenz länger, als Patienten ohne Demenz, ihre Schmerzen mitzuteilen. Somit sollten sich die Pflegepersonen bei einer genügenden Anzahl an Arbeitskräften, Zeit dafür nehmen.

Die Einschätzungsskala von Null bis Drei wurde von den Pflegepersonen als hilfreich bewertet. Diese Skala war einfach, unkompliziert und auch für den Patienten verständlich (Lichtner et al., 2015). Bei Patienten, welche sich verbal nicht äussern konnten, brauchten Pflegepersonen Verhaltensassessment-Skills oder achteten auf nonverbale Zeichen. Daraus lässt sich schliessen, dass das Schmerzassessment sowie -management verbessert wird.

Oft wurde erwähnt, dass die Pflegepersonen ihre Intuition oder Erfahrung brauchten, um Schmerzen zu interpretieren. Im Zusammenhang mit der Interpretation war es wichtig, ein Bild des Patienten zu erstellen, um einen Überblick der Situation zu erhalten (Dowling et al., 2016). Wichtig ist, dass die Einschätzung der Schmerzen nicht nur auf Erfahrung basiert. Denn nur auf Erfahrung basierte Erkenntnisse können gegenüber den Ärzten zu wenig argumentiert werden. Dies kann dazu führen, dass sie keine Schmerzmittel verordnen. In der Studie von Fry et al. (2016) wurde kein Assessmentinstrument verwendet und dadurch blieben die Schmerzen oft unerkannt. In der Studie von Lichtner et

al. (2016) wurde gezeigt, dass das Schmerzassessment mehrmals benutzt werden sollte. Schmerzen können schwanken und sich verändern. Deshalb sollte das Schmerzassessment und dessen Dokumentation regelmässig durchgeführt werden.

5.1.2 Diskussion Schmerzmedikation / Analgetika

De Witt Jansen et al. (2016) wie auch Fry et al. (2016) berichteten, dass kognitive Einschränkungen ein wesentlicher Aspekt bei der Schmerzmedikations-Abgabe waren. Häufig erhielten Menschen mit Demenz ein suboptimales Schmerzmanagement. Gründe hierfür waren die Kommunikationseinschränkungen der Patienten. Oft wurde das Verhalten missverstanden oder nicht als solches wahrgenommen.

Die beeinträchtigte Kommunikation erschwerte die Erfassung der Schmerzen des Patienten. Diese bedeutende Barriere hat erhebliche Folgen auf die Schmerztherapie und somit auch auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität des Patienten. Eine weitere Herausforderung war die Analgetika-Abgabe. Es war wichtig, eine geeignete Verabreichungsform zu finden, welche der Patient akzeptierte. Ansonsten könnte dies zu Stress oder gar zu gesundheitlichen Problemen führen. Einige Patienten können aufgrund ihres kognitiven Zustands den Nutzen der Medikation nicht verstehen. Dies kann zu aggressiven Verhalten führen. Pflegende wünschten sich Schulungen in der Pharmakologie. Sie berichteten über ungenügendes Wissen zu Arzneimitteln (De Witt Jansen et al., 2016). Durch die Sensibilisierung bei Schulungen kann das Schmerzmanagement verbessert werden. Mehr Wissen über die Arzneimittel kann zu einer verbesserten Reaktion auf vorhandene Schmerzen führen.

Die Pflegepersonen hatten zu wenig Zeit zur Verfügung, um ein angepasstes Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz durchzuführen. Dies führte oft zu Unwissen über die Schmerzzustände (52% Zustimmung) sowie zu Zurückhaltung der Pflegenden bei der Schmerzmedikationsgabe (23% Zustimmung) (Rantala et al., 2014). Es sollte mehr Zeit geschaffen werden, um den Patienten und deren Behandlung gerecht zu werden.

In der Studie von Rantala et al. (2014) erkannten Pflegepersonen mehr Barrieren in der Schmerzbehandlung, wenn sie diese als ungenügend empfanden (Mittelwert 2.8, SD 0,50). Pflegepersonen, welche die Schmerzbehandlung als angemessen bewerteten, nannten weniger Barrieren (Mittelwert 2.6, SD 0,49). Wenn eine Barriere im Schmerzassessment besteht, werden die Schmerzen nicht richtig erfasst und dementsprechend auch nicht optimal behandelt. Damit eine angemessene Schmerzbehandlung erzielt werden kann, müssen solche Barrieren überwunden werden.

5.1.3 Diskussion Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Ärzte

Wie in der Studie von Fry et al. (2016) beschrieben wurde, hilft ein Assessmentinstrument klarere Informationen weiterzugeben. Dadurch kann die Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonen und Ärzten verbessert werden. Die Ärzte können sich ein klares Bild über die Schmerzen und den Patienten machen. Dies führt dazu, dass sie die Schmerzen ernst nehmen und schneller Analgetika verschreiben. Dementsprechend werden Patienten mit Demenz rechtzeitig mit Schmerzmitteln versorgt, was das Wohlbefinden der Patienten fördert und die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten und den Pflegepersonen stärkt. Jede Disziplin hat ihre Kompetenzen in das gemeinsame Ziel, der Behandlung des Patienten, mit eingebracht. Das Vertrauen ist ein wichtiger Punkt in einer gelungenen und zufriedenstellenden Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegepersonal. Dies wurde in der Studie von Fry et al. (2016) beschrieben. Damit die Ärzte die Bedürfnisse der Patienten besser erkennen können, würde ein Assessment-Tool und die daraus resultierenden präzisen Informationen helfen. Wenn klare Informationen gesammelt werden, kann der Rapport an Mitarbeitende des Pflegepersonals erleichtert werden. Denn wie Fry et al. (2016) berichteten, können mangelhafte Kommunikationsfähigkeiten und inadäquate Rapporte zu einem schwierigeren Ärzte-Pflege-Verhältnis führen. Durch die Schichtarbeit waren an der Betreuung des Patienten viele Pflegepersonen beteiligt. Wenn nicht alle die gleichen Informationen hatten, wurden diese nicht einheitlich an die Ärzte weitergegeben. Dies könnte das Bild bezüglich des Patienten trüben und zu inadäquater Behandlung führen.

5.1.4 Diskussion Familie und Angehörige von Menschen mit Demenz

Lichtner et al. (2016) sowie auch Fry et al. (2016) erläuterten wie wichtig der Einbezug der Familie im Zusammenhang mit Menschen mit Demenz war. Die Angehörigen spielen eine wichtige Rolle im Prozess der Schmerzerkennung und -beurteilung. Sie sind eine wichtige Ressource für die Menschen mit Demenz wie auch für Pflegepersonen. Patienten sind oft nicht in der Lage, ihre Bedürfnisse mitzuteilen. Aus diesem Grund sollten die Pflegenden die Angehörigen in die Pflege miteinbeziehen. Die Angehörigen kennen die betroffenen Personen schon länger. Sie können den Pflegepersonen wichtige Informationen über den Patienten und sein Verhalten weitergeben. Somit kann die Pflegeperson handeln, indem sie dem Patienten Schmerzmittel verabreicht. Es sollte aber auch in Betracht gezogen werden, dass Angehörige den Schmerzzustand des Patienten oft verharmlosen (Rantala et al., 2014).

Die Pflegenden sollten die Beziehung zwischen den Menschen mit Demenz und den Angehörigen beobachten. Oft gab es Familienkonflikte oder die Angehörigen selbst leb-

ten mit einer Krankheit. Diese Konflikte können sich negativ auf die Menschen mit Demenz auswirken (Lichtner et al., 2016). Falls die Beziehung zwischen den Betroffenen und den Angehörigen offen und positiv ist, können die Angehörigen vermehrt in die Pflege einbezogen werden. Dies würde sich positiv auf das Vertrauen und das Wohlbefinden der Menschen mit Demenz auswirken. Die Beziehung zwischen den Angehörigen und den Pflegenden sollten Empathie oder aktives Zuhören beinhalten. Somit kann eine vertrauensbasierte Kommunikation stattfinden und die Schmerzen der Betroffenen können richtig erfasst werden (Rantala et al., 2014). Wie in der Studie von Fry et al. (2016) gezeigt wurde, war die Familie eine Hilfe, um das PAINAD-Tool zu vervollständigen. Die Familie soll als Ressource genutzt werden, indem sie ihre Kenntnisse und Erfahrungen über den Patienten mit einbringen kann. Schmerzen beim Betroffenen können dadurch rechtzeitig erkannt werden. Zudem sind die Patienten weniger verunsichert, wenn eine Vertrauensperson anwesend ist. Deshalb sollte die Familie in den Prozess der Schmerzerkennung und -beurteilung mit einbezogen werden (Lichtner et al., 2016).

5.1.5 Diskussion Verhalten und Kommunikation von Menschen mit Demenz

In der Studie von Sampson et al. (2015) gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Schmerzen und dem gesamten BEHAVE-AD Score unterteilt in Bewegung ($\beta=0.20$, 95% CI=0.07-0.32, $P=0.002$) und in Ruhe ($\beta=0.41$, 95% CI=0.14-0.69, $P=0.003$). Deshalb sollte man bei einer Verhaltensveränderung immer auch Schmerzen als Ursachen in Betracht ziehen. In der Studie von Rantala et al. (2014) konnte ein Zusammenhang zwischen Verwirrung und Schmerz festgestellt werden. Zudem gab es einen Zusammenhang zwischen Schmerzen, Stress und Angst (Dowding et al., 2016). Dies zeigt auf, dass Verhaltensveränderungen bei Schmerzen durchaus möglich sind. Die Pflegefachpersonen sollten auf Schmerzen und Verhaltensveränderungen sensibilisiert werden. Hierfür wäre eine Weiterbildung sinnvoll. Wie in der Studie von De Witt Jansen et al. (2016) beschrieben wurde, sind aufgrund fehlender Zeit und Arbeitsbelastung Weiterbildungsmöglichkeiten in Akutspitälern limitiert. Folglich hatten Pflegepersonen oft keine Übung in der Pflege von Menschen mit Demenz. Daraus resultiert ein inadäquates Schmerzmanagement der Betroffenen.

In der Studie von Rantala et al. (2014) wurde beschrieben, dass Menschen mit Demenz die Behandlungsmassnahmen oft nicht verstehen. Hierfür würde sich ein Training in der Kommunikation mit Patienten mit Demenz lohnen. Somit könnten problematische Behandlungen mit daraus resultierenden Schmerzen verhindert werden. Wenn die Patienten ein auffälliges Verhalten oder Unruhe aufwiesen, wurden auch Massnahmen der körperlichen Einschränkungen eingesetzt. Dies zeigte die Studie von Rantala et al. (2014). Das Ziel dieser Massnahmen war, das Verletzungsrisiko zu senken. Bevor diese

Intervention durchgeführt wird, sollen zuerst mögliche Schmerzen als Ursache für dieses Verhalten in Betracht gezogen und behandelt werden. Denn wie erwähnt, stehen Schmerzen in Verbindung mit Verhaltensänderung (Sampson et al, 2015).

In der Studie von Lichtner et al. (2016) benutzten Patienten mit Demenz häufig Metaphern, um ihre Schmerzen mitzuteilen. Darum ist es wichtig, dass Pflegepersonen auf Verhalten und Kommunikation des Patienten aufmerksam werden.

5.2 Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung dieser Literaturübersicht lautet wie folgt: „Welche Pflegeinterventionen können bei älteren Personen mit Demenz im Akutsetting das Schmerzassessment und das Schmerzmanagement verbessern?“

Alle eingeschlossenen Studien konnten für die Fragestellung wichtige Aspekte beleuchten und beantworten. Die Wichtigkeit des Assessment mit einem geeigneten Instrument wurde in sechs Studien genannt (Dowding et al., 2016; Fry et al., 2016; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016; Ngu et al, 2015; Rantala et al., 2014). Vier Studien zeigten auf, dass ein Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz in der Analgetika-Abgabe vieles verbessern kann (Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016; Lichtner et al., 2016, Rantala et al., 2014). Zudem erleichtert ein Schmerzassessment die Kommunikation zwischen Ärzten und Pflegenden. Die Informationen in Bezug auf Schmerzen werden dadurch klarer und präziser rapportiert (Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016). Die soziale Unterstützung durch die Familie von Menschen mit Demenz ist eine ernstzunehmende Ressource im Wahrnehmen von Schmerzen (Fry et al., 2016; Lichtner et al., 2016; Rantala et al., 2014).

5.3 Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien

In diesem Kapitel werden die Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien behandelt. Dafür wurden die kritischen Beurteilungen, wie auch die Forschungsethik beigezogen.

Bei den qualitativen Studien war die Glaubwürdigkeit sehr hoch. Bei allen qualitativen Studien und bei der Mixed-Method-Studie (Dowding et al., 2016; Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016; Rantala et al., 2014) wurde das Forschungsziel sowie das Design genannt. Es wurde bei allen Studien Literatur aus vorherigen Studien oder von anderen Autoren beigezogen. Die Auswahl der Teilnehmenden, deren Beschreibung, wie auch der Prozess der Datensammlung und der Datenanalyse wurde bei allen Studien erklärt. Die Sättigung der Daten wurde in fast allen Studien erreicht. Nur in der Studie von Lichtner et al. (2015) wurde dies nicht erwähnt.

Die Aussagekraft der qualitativen Studien war hoch. Die Ergebnisse wurden jeweils nachvollziehbar und ausführlich beschrieben. Die Anwendbarkeit der qualitativen Studien war teilweise begrenzt. In den Studien von Dowding et al. (2016); Lichtner et al. (2015); Lichtner et al. (2016) war die Anwendungsmöglichkeit beschränkt, da zu wenig konkrete Aussagen gemacht wurden.

Bei den quantitativen Studien (Ngu et al., 2015; Sampson et al., 2015) war die Glaubwürdigkeit mittelmässig. Die Zuteilung, wie auch die Drop-outs wurden in allen drei Studien genannt, das Follow-up jedoch nie. Eine Verblindung des Betreuers war nur in der Studie von Ngu et al. (2015) gegeben. Einzig in der Studie von Sampson et al. (2015) wurde eine Power-Berechnung durchgeführt. Bei allen drei Studien stimmten die Ergebnisse mit früheren Studien überein. Die Signifikanz war in allen drei Studien angegeben. Sampson et al. (2015) hat als einzige Studie ein Konfidenzintervall berechnet.

Die Autorinnen sind der Ansicht, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis bei den verschiedenen Einschätzungsinstrumenten gewährleistet wird. Die ethischen Aspekte wurden in allen eingeschlossenen Studien garantiert. Alle Studien wurden von einer Ethikkommission überprüft. In fünf der acht Studien wurde die Einholung einer schriftlichen Einwilligung im Text erwähnt (Dowding et al., 2015; Fry et al., 2016; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016; Sampson et al., 2015).

Im Folgenden werden Stärken und Schwächen der eingeschlossenen Studien erläutert. In den zwei quantitativen Studien gab es eine optimale Stichprobengrösse (Ngu et al., 2014; Sampson et al., 2015). In allen qualitativen Studien (Dowding et al., 2016; Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016) wurden Zitate der Teilnehmenden erläutert. In den Studien von Fry et al. (2016), Lichtner et al. (2015), Lichtner et al. (2016), Rantala et al. (2014) und Sampson et al. (2015) wurden Limitationen genannt. Fry et al. (2016) und Lichtner et al. (2016) hatten jeweils ein Ziel formuliert, welches vorher noch nie erforscht wurde. Fünf der eingeschlossenen Studien weisen eine tiefe Evidenz auf, da es sich um qualitative Studien handelt (Dowding et al., 2015; Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016). Bei den qualitativen Studien war die Sempelgrösse beschränkt. Es gab in keiner Studie mehr als 52 Teilnehmende (Dowding et al., 2015; Fry et al., 2016; De Witt Jansen et al., 2016; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016). Bei den Studine von Fry et al. (2016), De Witt Jansen et al. (2016), und Rantala et al. (2014) waren die Teilnehmenden mehrheitlich weiblich. In der Studie von Ngu et al. (2015) wurde eine willkürliche Stichprobe durchgeführt. Die Studie von Ngu et al. (2015) wurde in Malaysia durchgeführt. Es gab jedoch keinen Grund zum Ausschluss.

5.4 Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit

Im nächsten Abschnitt wird auf die Stärken und Schwächen der vorliegenden Arbeit eingegangen. Die vorliegende Arbeit hat sehr aktuelle Studien in die Literaturübersicht eingeschlossen. Die älteste Studie wurde 2014 durchgeführt. Aus diesem Grund sehen die Autorinnen die Aktualität als eine grosse Stärke an. Bis anhin wurden nur sehr wenige Studien bezüglich des Schmerzassessments und -managements im Akutsetting durchgeführt. Alle Studien, welche in dieser Arbeit integriert wurden, befassten sich mit dem Akutsetting. Eine der grössten Schwächen sehen die Autorinnen in der tiefen Evidenz der Studien. Da nur wenig Studien zu diesem Thema im Akutsetting gefunden wurden, konnten nicht nur quantitative Studien eingeschlossen werden, sondern mussten auch viele qualitative Studien mit einbezogen werden. Es konnte kein RCT in diese Arbeit integriert werden. Eine weitere Schwäche ist, dass sich drei der acht Studien (Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016; Dowding et al., 2015) im gleichen Setting mit derselben Population beschäftigt haben. Sie hatten jedoch unterschiedliche Zielsetzungen. Alle Studien lagen in englischer Sprache vor. Deshalb ist es möglich, dass durch die Übersetzung Interpretationsfehler vorkommen können.

Als Stärke sahen die Autorinnen die gute Zusammenarbeit an, sowie die optimale Organisation und Planung.

6 SCHLUSSFOLGERUNGEN

In diesem Kapitel wird die Umsetzbarkeit der Interventionen in die Praxis erläutert. Zudem werden Empfehlungen für zukünftige Forschungen abgegeben.

6.1 Perspektive und Empfehlungen für die Praxis

Grosser Wert wurde in den Studien auf das Schmerzassessment gelegt. Um ein ganzheitliches Schmerzassessment bei Patienten mit Demenz durchzuführen, sollte ein angepasstes Assessmentinstrument integriert werden. Das Instrument sollte für die Station und für den Patienten angemessen sein. Als grösste Barriere in der Durchführung des Schmerzassessment, wurden die Kommunikationsschwierigkeiten beschrieben. Menschen mit Demenz können ihre Schmerzen nicht mitteilen und somit erschwert dies die Kommunikation mit den Pflegenden (Lichtner et al., 2016). In den Studien wurden Massnahmen zur Verbesserung der Erkennung von Schmerzen bei dieser Population empfohlen. Die Autorinnen plädieren für folgende Interventionen:

1. Anwendung von Einschätzungsinstrumenten
2. Einbezug des sozialen Umfeldes
3. Sensibilisierung auf Verhaltensweisen

Einschätzungsinstrumente wurden in mehreren Studien als Massnahme zur Erkennung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz untersucht. Die Instrumente dienen zur Einschätzung und Beobachtung des Verhaltens, der Schmerzen oder des kognitiven Status (Fry et al., 2015; Lichtner et al., 2015; Lichtner et al., 2016; Ngu et al., 2015; Sampson et al., 2016). Das PAINAD-Tool sehen die Autorinnen als ein gutes Instrument an. Wie in der Studie von Fry et al. (2016) gezeigt wurde, ist das PAINAD-Tool klar aufgebaut und wenig zeitraubend. Denn Zeit war in der Pflege meist nicht im Übermass vorhanden. Die Pflegepersonen sollten mit dem Tool vertraut gemacht werden. Nur so kann man davon ausgehen, dass dies im Alltag genutzt wird. Somit wäre die Grundlage für ein adäquates Schmerzassessment gelegt. Daraus folgt eine passende Verordnung und Abgabe von Analgetika. Hierfür erachteten die Autorinnen die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Ärzten als zentral (De Witt Jansen et al., 2016). Das Serial Trial Intervention (STI) Konzept ist hilfreich im Umgang mit Menschen im mittleren bis schweren Demenzstadium. Dieses Konzept enthält fünf Stufen, die der Strukturierung des Schmerzassessments dienen. Das Ziel ist das Verhalten von Menschen mit Demenz optimal einzuschätzen und unnötige Psychopharmaka-Verabreichungen zu vermeiden. Dies beeinflusst die Lebensqualität der betroffenen Personen positiv (Fischer et al., 2007; Fischer et al., 2008).

Für die Autorinnen ist es wichtig, dass die Familien und Angehörigen von Menschen mit Demenz miteinbezogen werden, wie dies auch in der Studie von Lichtner et al. (2016) und Fry et al. (2016) gezeigt wurde. Mehrere Studien zeigten, wie wichtig Angehörige für die Einschätzung des Verhaltens und der Schmerzen waren. Sie konnten als Vermittler zwischen dem Menschen mit Demenz und den Pflegenden agieren (Fry et al., 2016; Lichtner et al., 2016; Rantala et al., 2014).

Als letzter zentraler Aspekt sehen die Autorinnen die Sensibilisierung der Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz an. Es war schwierig, eine Verhaltensänderung von Menschen mit Demenz korrekt wahrzunehmen. Oft reagierten Menschen mit Demenz sehr verschieden auf Schmerzen. Deswegen sollten Pflegende sensibel auf Verhaltensänderungen reagieren. Weiterbildungen, die Anwendung von spezifischen Instrumenten sowie das Lesen aus Metaphern waren mögliche Interventionen in Bezug auf das Verhalten (Dowding et al., 2016; Fry et al., 2016; Lichtner et al., 2016; Rantala et al., 2014; Sampson et al., 2015). Die Autorinnen sind sich bewusst, dass die Einschätzung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz eine grosse Herausforderung darstellt. Um geeignete Massnahmen auf einer Akutstation einzuführen, braucht es Zeit. Damit die Pflegepersonen ein ausreichendes Wissen über die Schmerzen, das Verhalten bei Patienten mit Demenz sowie die Analgetika mit Wirkung und Nebenwirkung haben, sollte von der Institution Weiterbildungen oder Trainings angeboten werden (De Witt Jansen et al., 2016).

6.2 Empfehlungen für zukünftige Forschungen

In jeder der eingeschlossenen Studien wurde darauf hingewiesen, dass weiter Forschung in diesem Gebiet betrieben werden muss. Es sollten weitere Instrumente für die geriatrische Population mit kognitiven Einschränkungen entwickelt und validiert werden. Notwendig sind weitere Forschungen im Endstadium der Demenzerkrankung, weil Patienten in diesem Stadium oft nicht mehr verbal kommunizieren können (Ngu et al., 2015). Auch sollten bereits bestehende Assessment-Tools weiter untersucht werden, indem der Ansatz auf der Interdisziplinarität liegt (Fry et al., 2016). In der Studie von Fry et al. (2016) wurde erläutert, dass in Bezug auf die Rolle der Familienangehörigen mit dem Erkennen der Schmerzen des Patienten weiter geforscht werden sollte. Es müssen weitere Forschungen auf dem Gebiet stattfinden, welche Pflegepersonen und Angehörigen ermöglicht, Verhaltensmuster und Hinweise zu erkennen, die auf Schmerzen bei Patienten mit Demenz hinweisen (Dowding et al., 2016). Die Autorinnen empfehlen mehr quantitative Studien mit hoher Evidenz im Akutsetting. Es gab viele Literatur, welche sich auf das Langzeitsetting bezog. Da die Autorinnen sich nur auf das Akutsetting fokussierten, war

es schwierig, genügend evidenzbasierte Literatur zu finden. In den einbezogenen qualitativen Studien war das Sample oft nicht genügend gross. Für weitere Forschung sollte der Fokus auf ein grösseres Sample gelegt werden.

7 LITERATURVERZEICHNIS

- Abbey, J., De Bellis, A., Piller, N., Estermann, A., Giles, L., Parker, D., & Lowcay, B. (2002). Abbey Pain Assessment Scale. *JH & JD Gunn Medical Research Foundation*, 2.
- Achterberg, W. P., Pieper, M. J. C., van Dalen-Kok, A. H., de Waal, M. W. M., Husebo, B. S., Lautenbacher, S., ... Corbett, A. (2013). Pain management in patients with dementia. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1471–1482. <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>
- Alzheimer's Disease International. (2015). World Alzheimer Report 2015, The Global Economic Impact of Dementia. *Alzheimer's Disease International (ADI)*, 1–2. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00293.x>
- Alzheimer Schweiz. (2009). Schmerzen erkennen und behandeln, 1–4.
- Alzheimer Schweiz. (2016). Demenz im Akutspital.
- Alzheimer Schweiz. (2017). Startseite - Alzheimer Schweiz. Abgerufen am 29. November, 2017, von <http://www.alz.ch/>
- Association Alzheimer's. (2018). Die 7 Stufen von Alzheimer.
- Behrens, J., & Langer, G. (2010). *Evidence-based nursing* (3.). Verlag Hans Huber.
- Behrens, J., & Langer, G. (2016). *Evidence based Nursing and Caring*. (H. Verlag, Ed.) (4. Auflage). Bern.
- Bundesamt für Statistik, B. (2017). Todesursachenstatistik. Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz 2014.
- De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., ... Parsons, C. (2016). Nurses' experiences of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1234–1244. <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>
- Dowding, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady, J., ... José Closs, S. (2016). Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 152–162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.009>
- Fachhochschule Westschweiz. (n.d.). Rahmenstudienplan Bachelor 2012.

- Fischer, T., Kuhlmei, A., Sibbel, R., & Nordheim, J. (2008). Die deutsche Fassung der «Serial Trial Intervention» (STI-D). *Zeitschrift Für Gerontopsychologie & - Psychiatrie*, 21(3), 199–203. <https://doi.org/10.1024/1011-6877.21.3.199>
- Fischer, T., Spahn, C., & Kovach, C. (2007). Die „Serial Trial Intervention“ (STI). *Pflegezeitschrift*, (7), 370–373.
- Fry, M., Arendts, G., & Chenoweth, L. (2016). Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9–10), 1281–1290. <https://doi.org/10.1111/jocn.13591>
- Fuchs Lacelle, S., & Hadjistavropoulos, T. (2004). Development and preliminary validation of Pain, pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate (PACSLAC). *Management Nursing*, 5(1), 37–49.
- Höpflinger, F. (2014). Demenzielle Erkrankungen- Epidemiologische Grundlagen, demografische und gesellschaftliche Perspektiven, 1–15.
- International Association for the Study of Pain. (2017). IASP Taxonomy - IASP. Abgerufen am 3. März, 2018, von <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy>
- Lagger, V., Mahrer Imhof, R., & Imhof, L. (2008). Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen: ein Forschungsanwendungsprojekt. *Pflege*, 21(3), 149–156. <https://doi.org/10.1024/1012-5302.21.3.149>
- Lane, P., Kuntupis, M., MacDonald, S., McCarthy, P., Panke, J. A., Warden, V., & Volicer, L. (2003). A pain assessment tool for people with advanced Alzheimer's and other progressive dementias. *Home Healthcare Nurse*, 21(1), 32–37. <https://doi.org/10.1097/00004045-200301000-00007>
- Lauster, M., Drescher, A., Wiederhold, D., & Menche, N. (2014). *Pflege heute*. Urban & Fischer.
- Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E. L., Briggs, M., ... Closs, S. J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: A multi-case exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Services Research*, 16, 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1690-1>
- Lichtner, V., Dowding, D., & Closs, S. J. (2015). The relative meaning of absolute numbers: The case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patients with dementia. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0233-8>

- Lieb, K., Frauenknecht, S., Brunnhuber, S., & Wewetzer, C. (2012). *Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie*. (U. & F. Verlag, Ed.) (7. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Mayer, H. (2015). *Pflegeforschung anwenden*. (4. Auflage). Facultas.
- Menche, N., & Brandt, I. (2013). *Pflege konkret- Innere Medizin* (6. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Newton, P., Reeves, R., West, E., & Schofield, P. (2014). Patient-centred assessment and management of pain for older adults with dementia in care home and acute settings, 139–155.
- Ngu, S. S. C., Tan, M. P., Subramanian, P., Abdul Rahman, R., Kamaruzzaman, S., Chin, A. V., ... Poi, P. J. H. (2015). Pain Assessment Using Self-reported, Nurse-reported, and Observational Pain Assessment Tools among Older Individuals with Cognitive Impairment. *Pain Management Nursing*, 16(4), 595–601. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.002>
- Pluye, P., Robert, E., Cargo, M., & Bartlett, G. (2011). Proposal: A mixed methods appraisal tool for systematic mixed studies reviews. *Montréal: McGill University*, (Part I), 1–8. [https://doi.org/Archived by WebCite® at http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ](https://doi.org/Archived%20by%20WebCite%20at%20http://www.webcitation.org/5tTRTc9yJ)
- Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T., & Hartikainen, S. (2014). Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing staff. *Pain Management Nursing*, 15(1), 208–219. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.007>
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *The American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136–1139.
- Royal College of Physicians. (2017). National Early Warning Score (NEWS) 2. Abgerufen am 15. Mai, 2018, von <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>
- Sampson, E. L., White, N., Lord, K., Leurent, B., Vickerstaff, V., Scott, S., & Jones, L. (2015). Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. *Pain*, 156(4), 675–683. <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000095>

- Scian, S. G., & Reisberg, B. (1992). Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity, and Ordinality. *International Psychogeriatrics*, 4(3), 55–69. <https://doi.org/10.1017/S1041610292001157>
- Stromer, W., & Grögl-Aringer, G. (2018). Doloplus-2-Skala, 1–2.
- Syhr, K. M. J., Geisslinger, G., & Oertel, B. G. (n.d.). Arzneimittelinteraktionen in der Schmerztherapie. *Pfizer*, 1–13.
- Universitäre Altersmedizin. (2018). MEMORY Clinic.
- Witte, F. (2017). Schmerztherapie am Lebensende. Abgerufen am 11. Juni, 2018, von <https://ch.universimed.com/fachthemen/8197>
- Wong-Baker FACES Foundation. (2016). Wong-Baker FACES Pain Rating Scale. Abgerufen am 15 Mai, 2018, von <http://wongbakerfaces.org/>
- Zwakhalen, S. M. G., Koopmans, R. T. C. M., Geels, P. J. E. M., Berger, M. P. F., & Hamers, J. P. H. (2009). The prevalence of pain in nursing home residents with dementia measured using an observational pain scale. *European Journal of Pain*, 13(1), 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2008.02.009>

8 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: WHO Stufenschema zur Schmerztherapie	12
Abbildung 2: Flowchart.....	22

9 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Instrumente.....	17
Tabelle 2: Themenblöcke der Suchbegriffe	19
Tabelle 3: Suchstrategie.....	20
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien.....	20
Tabelle 5: Ampelschema (Qualitative Studien)	23
Tabelle 6: Ampelschema (Quantitative Studien)	24
Tabelle 7: Ampelschema (Mixed-Method Studie)	25
Tabelle 8: Übersicht der ausgewählten Literatur.....	26

10 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ADI	Alzheimer's Disease International
ASE	Atemstimulierende Einreibung
BPSD	Behavioral and psychiatric symptoms of dementia
BEHAVE-AD	Behavioral Pathology in Alzheimer Disease Scale
BESD	Beobachtung von Schmerzen bei Demenz
EWS	National Early Warning Score
FAST	Functional Assessment Staging Scale
GDS	Geriatric Depression Scale
MMSE	Mini Mental State Examination
MoCA	Montral Cognitive Assessment
NRS	Numerische Rangskala
NRP	Nurse-reported pain
PACSLAC	Pain Assessment Checkliste for Seniors with limited Ability to Communicate
PAINAD	Pain Assessment in Advanced Dementia Scale
SRP	Self-reported pain
STI	Serial Trial Intervention
VAS	Visuelle Analogskala

11 ANHANG

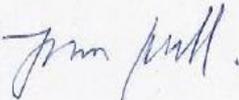
11.1 Selbständigkeitserklärung

Selbständigkeitserklärung

"Wir erklären hiermit, dass wir diese Arbeit selbständig verfasst haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, haben wir als solche kenntlich gemacht."

Freiburg, 4.6.2018 

Ort, Datum und Unterschrift

Freiburg, 09.06.18 

Ort, Datum und Unterschrift

11.2 Tabellarische Übersichten

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Datenerhebung	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Dowding, Lichtner, Allcock, Briggs, James, Keady, Lasrado, Sampson, Swarbrick, Closs, 2016, United Kingdom</p>	<p>Ziel: Zur Verfügung stellen eines überprüften konzeptionellen Modells zur Entscheidungsfindung beim Erkennen, Einschätzen und Managen von Schmerzen bei Patienten mit Demenz im Akutsetting.</p> <p>Design: Die Ethnographie wurde in einer explorativen Studie in einer verschachtelten Fallstudie verwendet.</p>	<p>Sample: 31 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 88 Jahren 52 Pflegepersonen 4 Familienangehörige</p> <p>Setting: 4 Spitäler (3 in England und 1 in Schottland)</p>	<p>Datenerhebung: Beobachtung der Patienten bezüglich der Pflege, Beobachtung der Mitarbeitenden, teilstrukturierte Interviews und informelle Gespräche mit Mitarbeitern und Betreuern der Patienten.</p>	<p>Gesundheitsmitarbeitende verwenden ihre Intuition, Erfahrung und ihre Fähigkeit, um Schmerzen bei den Patienten einzuschätzen. Beim Schmerzmanagement wurde oftmals versucht, ob die Symptome oder der Stress durch Schmerzmittelgabe verringert werden. Auf eine effektive Kommunikation ist man beim Schmerzassessment und -management angewiesen, was bei vielen Patienten mit Demenz aber nicht gegeben ist. Wichtig ist, sich ein Bild der Patientensituation zu machen, damit man Veränderungen im Verhalten und Hinweise auf Schmerzen sofort erkennen und interpretieren kann. Viele Pflegefachpersonen verwenden kein Assessment-Tool zur Entscheidungsfindung. Bei einigen Abteilungen (z.B. Chirurgie) sind Schmerzen oft präsent. Hierbei wird vermehrt routinemässig nach Schmerzen gefragt. Der Schmerzmanagement-Prozess wird durch die Routine der spezifischen Abteilung bestimmt. Aufgrund der Schichtarbeit wird das Reassessment oft nicht durch die gleiche Person durchgeführt wie das Assessment. Generell ist die Dokumentation inkl. Assessment-Tools lückenhaft, was benötigt werden würde, um eine effektives Schmerzassessment und -management durchzuführen.</p>	<p>Stärken: - Ethik - Zitate</p> <p>Schwächen: - Keine Limitationen genannt</p> <p>Evidenzlevel: - 4</p> <p>(Behrens & Langer 2010)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung</p>					
<p>Um ein effektives Schmerzassessment und -management durchführen zu können, müssen Assessment-Tool integriert werden. Damit kann auch eine klare Dokumentation gemacht werden. Es ist wichtig, sich ein Bild der Patientensituation zu machen. Nur so können Veränderungen im Verhalten, welche auf Schmerzen hinweisen können, frühzeitig erkannt und entsprechend gehandelt werden.</p>					

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Datenerhebung	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Fry, Arendts, Chenoweth, 2016, Australien	<p>Ziel: Die Durchführbarkeit von PAINAD-Tool, welcher zum Erfassen, Überwachen und Managen von Schmerzen bei Personen über 65 Jahre mit kognitiven Einschränkungen ist. Zudem wird der Nutzen von PAINAD, verglichen mit anderen Schmerzassessment-Beobachtungstools, identifiziert.</p> <p>Design: Es wurde ein exploratives qualitatives Design benutzt. Dabei wurde eine thematische Analyse gemacht.</p>	<p>Sample: 36 Pflegefachpersonen, der Median des Alters war 30,5 Jahre; 94,4% waren weiblich</p> <p>Setting: 3 Notfallstationen in Spitälern; 2 Universitätsspitaler und 1 Bezirksspital</p>	<p>Instrumente: - PAINAD - The Abbey Pain Scale - Doloplus-2 - PACSLAC</p> <p>Datenerhebung: Teilstrukturierte Interviews mit Notfall-Pflegefachpersonen bezüglich dem Schmerzassessment, -management und dem PAINAD</p>	<p>Inadäquate und unangemessene Schmerzlinderung bei älteren Personen mit kognitiven Einschränkungen führt zu negativen Ereignissen (z.B. Stürze, Verhaltensänderung, Stress usw.). Aus diesen Gründen ist eine frühzeitige Erfassung und Behandlung der Schmerzen wichtig. Das PAINAD-Tool kann in diesem Aspekt eine Unterstützung bieten. Das PAINAD-Tool ist nützlich und geeignet für Notfallstationen, da es kurz und einfach ist. Zudem vereinfacht es Veränderungen zu erkennen. PAINAD unterstützt die klinische Entscheidungsfindung bei der Bestimmung der Schmerzintensität. PAINAD hilft auch, dass die Ärzte schneller Analgetika verordnen. PAINAD ist geeigneter in Notfallstationen als der Abbey Pain Scale, Doloplus-2, PACSLAC bei älteren Personen mit kognitiven Einschränkungen. PAINAD ist einfach im Gebrauch und hat einen kleinen Einfluss auf die Arbeitsbelastung.</p>	<p>Stärken: - Ethik - Zitate - Bias wurden erwähnt - 1. Studie, in welcher das PAINAD-Tool im Notfallkontext untersucht wurde</p> <p>Schwächen: - Kleine Anzahl an Teilnehmenden - Mehrheitlich weibliche Teilnehmende (94,4%) - Einige Limiten vorhanden (Resultate sind nicht generalisierbar; Fokusgruppe war evtl. nicht repräsentativ für alle Teilnehmer; die Resultate sind evtl. nicht auf andere Stationen übertragbar; etc.)</p> <p>Evidenzlevel: - 4</p> <p>(Behrens & Langer 2010)</p>
Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung					
Das PAINAD-Tool kann für das Schmerzassessment gebraucht werden und verbessert ein umgehendes Schmerzmanagement. Zu beachten ist, dass dieses Tool eventuell nicht auf anderen Stationen gebraucht werden kann. Forschung dazu wäre wichtig. Fest steht, dass ein strukturiertes Tool, abgestimmt auf Personen mit kognitiven Einschränkungen, das Schmerzassessment vereinfacht und verbessert und umgehend ein adäquates Schmerzmanagement eingeleitet wird.					

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Datenerhebung	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>De Witt Jansen, Brazil, Passmore, Buchanan, Maxwell, J. MacLlfactrick, M. Morgan, Watson, Parsons, 2016, United Kingdom</p>	<p>Ziel: Erforschen von Erfahrungen von Pflegepersonen in Palliativstationen, Pflegeheim und Akutversorgung beim Schmerzmanagement, Barrieren und Vermittler von Schmerzmanagement. Zudem werden Perspektiven von Trainingsbedürfnissen aufgezeigt, um Schmerzen bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz in den letzten Monaten ihres Lebens zu managen.</p> <p>Design: Es wurde ein exploratives qualitatives Design benutzt. Dabei wurde eine thematische Analyse gemacht.</p>	<p>Sample: 24 Pflegefachpersonen</p> <p>Setting: 3 Palliativstationen, 2 Akutspitäler, 10 Pflegeheime</p>	<p>Datenerhebung: Teilstrukturierte Interviews mit Pflegefachpersonen bezüglich der Analgetika-Abgabe, der Beziehung von Arzt und Pflegenden und dem Lern- und Ausfahrungsprozess.</p>	<p>Die Arzneimittelgabe ist eine Herausforderung für alle Pflegepersonen aufgrund der Verweigerung der Patienten. Wenn Patienten aufgrund ihrer schweren kognitiven Einschränkung und daraus resultierenden fehlenden Dialog den Nutzen der Schmerzmittel nicht verstehen, verweigern sie die Einnahme. Auch die Art der Schmerzmittelgabe ist zu reflektieren (oral, i.v. oft schwierig und können Stress auslösen). Wichtig ist eine gute Zusammenarbeit der Pflege mit den Ärzten, damit es zu keinem inadäquaten Schmerzmanagement kommt. Es sollten stetig Aus- und Weiterbildungen angeboten werden, damit die Pflegepersonen die komplexen Patientensituationen professionell managen können. Ein schlechtes Schmerzassessment und -management bei Demenz kann durch adäquates Training verhindert werden.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethik - Zitate - Empfehlungen und eingeschlossene Literatur sind validiert und zuverlässig <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50% der Teilnehmenden kommen aus Pflegeheimen - Kleines Sample - 96% der Teilnehmenden waren weiblich <p>Evidenzlevel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 <p>(Behrens & Langer 2010)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung</p>					
<p>Die Pflegefachpersonen sollten genügend unterstützt und trainiert werden, damit die Patienten mit Demenz bezüglich ihren Schmerzen nicht untertherapiert werden.</p>					

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Datenerhebung	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Lichtner, Dowding, Closs, 2015, United Kingdom</p>	<p>Ziel: Wie werden Schmerzassessment und -management Tools derzeit genutzt, um Schmerzen zu erfassen und zu managen, bei Patienten mit Demenz im Akutspital-Setting. Diese Studie ist ein Teil einer grösseren Studie, welches entscheidungsunterstützende Interventionen zur Hilfe der Beurteilung und Behandlung von Schmerzen bei Patienten mit Demenz zum Ziel hat.</p> <p>Design: Explorative Studie, verschachteltes Fallstudien-Design. Darin wurden ethnografische Beobachtungen durchgeführt.</p>	<p>Sample: 31 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 88 Jahren und einer Diagnose von Demenz 52 Pflegefachpersonen 4 Familienangehörige</p> <p>Setting: 4 Spitäler (3 in England und 1 in Schottland)</p>	<p>Datenerhebung: Beobachtungen bei Patienten, Konversationen mit Mitarbeitenden der Station und Familienmitgliedern der Patienten, teilstrukturierte Interviews mit Mitarbeitenden und Familien</p>	<p>Je nach Abteilungsdisziplin wird mehr routinemässig nach Schmerzen gefragt und diese gelindert. Zudem werden je nach Abteilung verschiedene Assessmentinstrumente und Dokumentationen verwendet. In keiner Abteilung wurde ein spezifisches Instrument, welches auf Patienten mit Demenz ausgerichtet ist, verwendet. Viele gaben an, dass eine Skala von 0-3 besser sei als eine Skala von 0-10. Sie meinen, die Patienten können damit besser umgehen (da sie z.B. genau sagen können, 0 keine Schmerzen, 1 leichte Schmerzen usw.) und man kann daraus besser die Analgetika-Abgabe ableiten (0 keine Analgetika, 1 Paracetamol, 2 schwache Opiate, 3 starke Opiate). Wenn das Assessment über Schmerzen täglich an verschiedenen Zeitpunkten des Tages gemacht wird, können Muster und Tendenzen erkannt werden. So erscheint das Schmerzassessment am hilfreichsten. Zudem sollte auch nach der Analgetika-Abgabe regelmässig das Assessment durchgeführt werden, nur so kann man die Wirksamkeit der Therapie sehen.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethik - Zitate - Der Forscher nahm nicht an den Beobachtungen bei den Pflegeaktivitäten des Patienten teil - Limiten wurden aufgezeigt <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keine Datensättigung beschrieben - Resultate sind evtl. nicht auf andere Spitäler oder Gesundheitssysteme transferierbar - Die Perspektive des Patienten, ob und wie er Schmerzen wahrnimmt, wurde nicht berücksichtigt <p>Evidenzlevel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 <p>(Behrens & Langer 2010)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung</p>					
<p>Die Schmerzen werden je nach Abteilung unterschiedlich routiniert erfasst und dokumentiert. Es ist wichtig, das Schmerzassessment regelmässig durchzuführen, damit Muster erkennbar werden. Auch sollte viel häufiger ein Re-Assessment nach Analgetika-Abgabe durchgeführt werden.</p>					

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Datenerhebung	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Lichtner, Dowding, Allcock, Keady, Sampson, Briggs, Corbett, James, Lasrado, Swarbrick, Closs, 2016, United Kingdom	<p>Ziel: Das Ziel war es, zu untersuchen, wie Angehörige der Gesundheitsberufe und andere Personen, Schmerzen bei Patienten mit Demenz in einer Reihe von akuten Situationen erkannt, bewertet und behandelt haben.</p> <p>Design: Mehrfach verschachtelte Fallstudie, welche mit ethnographischen Methoden angegangen wurde.</p>	<p>Sample: 31 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 88 Jahre 52 Pflegepersonen 4 Familienangehörige</p> <p>Setting: 4 Spitäler (3 in England und 1 in Schottland)</p>	<p>Datenerhebung: Beobachtungen bei Patienten, Konversationen mit Mitarbeitenden der Station und Familienmitglieder der Patienten, Teilstrukturierte Interviews mit Mitarbeitenden und Familien</p>	<p>Die Kommunikation ist für viele Patienten eine Barriere, wenn es um das Mitteilen ihrer Schmerzen an das Pflegeteam geht. Die Sensibilisierung der Pflegefachpersonen auf physische und nonverbale Zeichen ist äusserst wichtig. Die Organisation und der Kontext der Station erschweren den Zugang zu den Patienten zusätzlich. Die strukturierten Arbeitsabläufe entmutigen den Patienten, seine Schmerzen mitzuteilen.</p> <p>Unterschiedliche Akutabteilungen hatten andere Erwartungen und Annahmen in Bezug auf Schmerzen.</p> <p>Verwandte, Besucher und die Familie sind eine wichtige Informationsquelle, wenn es um das Erkennen, Assessment und Schmerzmanagement geht. Zudem ist es wichtig, eine freundschaftliche Beziehung zu der Person mit Demenz, den Betreuern und anderen Unterstützern aufzubauen.</p>	<p>Stärken: - Ethik - Zitate - Limiten wurden aufgezeigt - 1. Studie, die den Fokus auf die Entscheidungsfindung gelegt hat</p> <p>Schwächen: - Gleichzeitige Aktivitäten ausserhalb der Patientensicht konnten nicht beobachtet werden</p> <p>Evidenzlevel: - 4</p> <p>(Behrens & Langer 2010)</p>
Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung					
Es besteht Bedarf, für Menschen mit Demenz eine schmerzbezogene effiziente Methode zu entwickeln. Eine solche Methode sollte ein Gesamtbild des Schmerzes eines Patienten vermitteln, das für alle Beteiligten schnell zugänglich ist. Ein Fokus sollte auf die Kommunikation gelegt werden, da diese eine Barriere ist für Menschen mit Demenz. Die Beachtung der nonverbalen Zeichen ist äusserst wichtig.					

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Ngu, Pin Tan, Subramanian, Abdul Rahman, Kamaruzzaman, Chin, Mun Tan, J.H. Poi, 2015, Malaysia</p>	<p>Ziel: Die Effektivität von selbstberichteten Schmerzen, vom Pflegepersonal erfasste Schmerzen und von Beobachtungsschmerzinstrumenten, bei älteren Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung zu bewerten.</p> <p>Design: Prospektives Beobachtungsdesign</p>	<p>Sample: 152 Teilnehmer mit kognitiven Einschränkungen, über 65 Jahre alt</p> <p>Setting: Akut Geriatrische Abteilung eines Universitätsospitals</p>	<p>Instrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Numerische Schmerzskala - Mini Mental State Examination (MMSE) - PAINAD Skala - Geriatrische Depressions Skala (GDS-15) <p>Interventionen: Schmerzmanagement</p>	<p>Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Anwesenheit von Schmerzen mit SRP, PAINAD oder NRP bei Personen mit MMSE ≥ 17 im Vergleich zu Personen mit MMSE < 17.</p> <p>Die Korrelation zwischen SRP und PAINAD war stark ($r=0.678$), wie auch PAINAD mit NRP ($r=0.727$).</p> <p>Es gab eine statistisch signifikante Korrelation zwischen SRP und GDS-15 ($r=0,382$) aber nicht zwischen SRP und MMSE ($r=0,018$).</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethik - Korrelationskoeffizient - Grosse Anzahl an Teilnehmenden <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Willkürliche Stichproben - kein RCT - kein Power & Konfidenzintervall - Resultate sind evtl. nicht auf andere Stationen generalisierbar <p>Evidenzlevel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 <p>(Behrens & Langer 2010)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung</p>					
<p>Die Verwendung einer Beobachtungsschmerzskala bei der Schmerzbeurteilung wäre hilfreich bei älteren Menschen, wenn die Fähigkeit, Schmerzen zu melden, nicht möglich ist. Bei kognitiv beeinträchtigten Patienten ist es aber wichtig, zunächst Selbstbewertungen vorzunehmen.</p>					

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
Sampson, White, Lord, Leurent, Vickerstaff, Scott, Jones, 2015, England	<p>Ziel: Das Ziel war die Prävalenz von Schmerzen mit Hilfe von selbstbewerten und beobachteten Schmerzskalen bei Menschen mit Demenz zu evaluieren. Zudem wurden auch demographische und klinische Faktoren, die mit Schmerzen bei dieser Population verbunden sind, untersucht. Der Zusammenhang von Schmerzen, BPSD und Agitation wurde auch miteinbezogen.</p> <p>Design: Längsschnitt Kohortenstudie</p>	<p>Sample: 230 Teilnehmer, demente Personen (MMSE Ergebnis <24) über 70 Jahre, fähig schriftliche Einwilligung zu geben oder einen informellen Betreuer haben</p> <p>Setting: 2 grosse öffentliche Akutspitäler in London (England)</p>	<p>Instrumente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - MMSE - Confusion Assessment Method (CAM) - Mental Test Score (MTS) - Functional Assessment Staging Scale (FAST) - Charlson Co-morbidity Score, Waterlow Score - Pain Assessment in Advanced Dementia scale (PAINAD) - Wong-Baker FACES scale - Cohen-Mansfield Agitation Inventory (CMAI) - Behavioural Pathology in Alzheimer Disease Scale (BEHAVE-AD) - Behavioural and psychiatric symptoms of dementia (BPSD) <p>Interventionen: Schmerzassessment</p>	<p>Die Fähigkeit, die FACES-Schmerzskala zu verwenden, wurde signifikant mit der Schwere der Demenz assoziiert.</p> <p>Über die gesamte Aufnahme hinweg hatten 38,5% selbst gemeldete Schmerzen durch Verwendung der PAINAD-Skala hatten 18,7% Schmerzen in Ruhe und bei 57,0% wurden Schmerzen während der Bewegung beobachtet.</p> <p>Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Schmerz und Unruhe, gemessen am CMAI. Allerdings gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem gesamten BEHAVE-AD-Score und den Schmerzen in Bewegung und Ruhe.</p> <p>Anhand des BPSD, durch kontrollierte Analysen, wurde herausgefunden, dass Aggression, Phobie oder Angst mit Schmerzen in Bewegung und Ruhe verbunden waren.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samplegrösse - Bias wurden erwähnt - Die Teilnehmergruppe ist repräsentativ - Die Resultate sind generalisierbar <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kein RCT <p>Evidenzlevel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2b <p>(Behrens & Langer 2010)</p>
Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung					
Schmerzen traten häufig bei Menschen mit Demenz auf, welche in das Akutspital eingeliefert wurden und in Verbindung mit BPSD gebracht wurden. Die Studie kam zum Ergebnis, das ein verbessertes Schmerzmanagement störendes Verhalten reduzieren kann und somit die Qualität der Krankenhausversorgung von Menschen mit Demenz verbessert wird.					

Autoren, Jg., Land (nach APA, Style)	Zielsetzung und Design	Setting und Sample	Verwendete Instrumente Interventionen	Wichtigste Ergebnisse	Stärken / Schwächen Evidenzlevel
<p>Rantala, Kankkunen, Kvist, Hartikainen, 2014, Finnland</p>	<p>Ziel: Identifizieren von postoperativen Schmerzmanagement-Barrieren, wahrgenommen von Pflegepersonen, bei Hüftfraktur bei Patienten mit Demenz. Zusätzlich wurden Erwartungen der Pflegepersonen und Vermittlungen vom Arbeitgeber angeboten, zur Bewältigung dieser Barrieren.</p> <p>Design: Es wurde eine Querschnittstudie anhand einer Umfrage gemacht. Hierzu wurden qualitative und quantitative Daten erhoben (Mixed-Method)</p>	<p>Sample: 331 Pflegefachpersonen, 96% davon sind weiblich, das Durchschnittsalter ist 43 Jahre.</p> <p>Setting: 17 universitäre und im Stadtzentrum liegende Spitäler, die eine Inzidenz von Hüftfrakturen von >100 pro Jahr aufweisen</p>	<p>Instrumente: Keine beschrieben</p> <p>Interventionen: Fragebögen wurden an die Pflegefachpersonen verteilt. Darin wurden Eigenschaften zur Person, Teilnahme an Weiterbildungen, ausreichendes postoperatives Schmerzmanagement bei Patienten mit Demenz, Wahrnehmung von Barrieren im postoperativen Schmerzmanagement, die Erwartung für ein qualitativ erhöhtes Schmerzmanagement, Vermittlungen durch den Arbeitgeber bezüglich des Schmerzmanagements, erfragt.</p>	<p>Die grösste Barriere im postoperativen Schmerzmanagement, genannt von Pflegepersonen, war die Schwierigkeit des Assessments der Schmerzen aufgrund des Rückgangs der kognitiven Funktion. Weitere Barrieren wie unzureichende Dokumentation der Effekte von Analgetikas, schwieriges Schmerzassessment aufgrund Gehör-Defizite und das Nichtkennen des Schmerz-Levels, da zu wenig Zeit mit dem Patienten mit Demenz verbracht wurde. Die Zurückhaltung von Analgetika-Gabe aus Angst von einer Überdosierung durch Pflegepersonen, Ärzte und Patienten wurde nur selten genannt. Wer annahm, dass das Schmerzmanagement unzureichend bei Patienten mit Demenz war, nannte mehr Barrieren, verglichen mit jenen, welche das Schmerzmanagement als adäquat bezeichneten. Erwartungen für ein besseres Schmerzmanagement von Pflegepersonen war eine genügende Personalbesetzung (82% Zustimmung), Weiterbildungen (93% Zustimmung), Richtlinien (93% Zustimmung), konsequentes Ausüben (93% Zustimmung), und eine verbesserte Zusammenarbeit im interdisziplinären Team (94% Zustimmung). Eine weitere grosse Challenge ist der Mangel an Ressourcen beim Schmerzmanagement. Patienten können sich der Pflege widersetzen, da sie den Sinn des Prozedere nicht verstehen oder sich nicht mehr an die Erklärungen erinnern können, was zu einer Herausforderung in der Abgabe von Analgetika sein kann und zu Schmerz-Situationen führen kann.</p>	<p>Stärken:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ethik - Literaturrecherche beschrieben - Limiten wurden genannt - Grosses Sample - Resultate können in der Praxis genutzt werden <p>Schwächen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kein KI - Kein Power - Kein RCT - 96% der Teilnehmenden waren weiblich - Neuer Fragebogen wurde genutzt - Viele Enthaltungen im Fragebogen <p>Evidenzlevel:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 <p>(Behrens & Langer 2010)</p>
<p>Schlussfolgerung für die Abschlussarbeit in Bezug auf die Fragestellung</p>					
<p>Eine grosse Schwierigkeit im postoperativen Schmerzmanagement ist das Assessment. Dies gestaltet sich schwierig, aufgrund des kognitiven Rückgangs des Patienten. Zudem sollte das Defizit an Personalmangel angegangen werden. Als hilfreich für ein verbessertes Schmerzmanagement wurden auch Weiterbildungen, Richtlinien und eine bessere Zusammenarbeit im interdisziplinären Team genannt.</p>					

11.3 Kritische Beurteilungen

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Dowding, D., Lichtner, V., Allcock, N., Briggs, M., James, K., Keady, K., ... Kosé Closs, S. (2016). Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings. *International Journal of Nursing Studies*, 53, 152-162. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.009>

Forschungsfrage:

Using sense-making theory to aid understanding of the recognition, assessment and management of pain in patients with dementia in acute hospital settings

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Das Forschungsthema wurde diskutiert und daraus folgte ein klares Forschungsziel.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Es wurde die Ethnographie in einer verschachtelten Fallstudie verwendet.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Um Informationen über Assessment-Tools, die Erkrankung und den Prozess des Assessments zu erfassen, wurde Literatur beigezogen.
4. Wurden die Teilnehmenden passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Vier Fall-Standorte (Spitäler) wurden in die Studie einbezogen. In jedem Standort wurden mind. zwei Abteilungen ausgewählt. Für die Patienten wurden Einschlusskriterien festgelegt und anhand dieser rekrutiert. Für die Interviews wurden Pflegepersonen der jeweiligen Abteilungen rekrutiert, zusammen mit den Managern und Spezialisten dieser Abteilungen. Familienmitglieder der Patienten wurden als Betreuer interviewt.
5. Wurden die Teilnehmenden, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Die Patienten wurden bezüglich ihres Alters und Geschlechts beschrieben. Zudem wurden auch die Spitäler kurz erläutert.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Patienten wurden im Kontext der Pflege, beobachtet. Es wurde dokumentarisch analysiert und teilstrukturierte Interviews und informelle Gespräche mit den Mitarbeitenden und den Betreuern geführt. Die Mitarbeitenden wurden anhand eines Beobachtungsprotokolls bei der Interaktion mit den Patienten mit Demenz beobachtet. Es wurde erwähnt, was genau beobachtet wurde. Die Interviews wurden aufgenommen und wörtlich transkribiert.

	7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Die Daten bestanden aus der Transkription der Beobachtungen und den Interviews. Die Daten wurden mit einer Software organisiert und mit einem Ansatz induktiv und deduktiv analysiert. Es wurden initiale Kategorien gebildet, welche codiert wurden. Andere Themen ergaben sich während der Datenanalyse. Der Analyseprozess wurde vom Forschungsteam durchgeführt. Transkriptionen wurden immer wieder gelesen, um initiale Themen zu erstellen.
	8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung	Ja, die Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung.

Aussagekraft

	9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar, mit Zitaten unterlegt.
	10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Die Daten wurden durch Forscher geprüft und verifiziert.

Anwendbarkeit

	11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, die Ergebnisse sind verwendbar.
	12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Da es wenige Empfehlungen gab, ist die konkrete Anwendbarkeit limitiert.
	13. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Die ethische Zustimmung wurde von der Ethikkommission von England und Schottland gegeben. Patienten wurden informiert. Die Zustimmung der Patienten wurde eingeholt. Alle Interviewten wurden für eine schriftliche Zustimmung gefragt. Alle Daten wurden bei der Datensammlung anonymisiert.

(Behrens & Langer, 2016)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Fry, M., Arendts, G., & Chenoweth, L. (2016). Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1281-1290. <https://doi.org/10.1111/jocn.13591>

Forschungsfrage:

Emergency nurses' evaluation of observational pain assessment tools for older people with cognitive impairment

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Ja, die Forschungsfrage wurde klar formuliert und Hintergründe für die Untersuchung wurden genannt.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Es wurde ein exploratives qualitatives Design benutzt. Dabei wurde eine thematische Analyse gemacht.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Um Informationen über die Skalen und Erkrankungen zu erhalten, wurde Literatur beigezogen.
4. Wurden die Teilnehmenden passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Durch eine gezielte Stichprobe wurden Notfallpflegefachpersonen eingeladen, in einer von zwei Fokusgruppen teilzunehmen. Es wurden dazu Einschlusskriterien formuliert. Für die Teilnahme wurde Werbung in Notfallstationen gemacht und der Forscher bot Diskussionen in Notfallstationsmeetings an. Interessierte konnten sich bei klinischen Pflegebe-ratern melden.
5. Wurden die Teilnehmenden, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	36 Pflegefachpersonen wurden in sechs Fokusgruppen eingeteilt. Die Pflegefachpersonen kamen aus drei verschiedenen Spitälern. 34 davon waren weiblich. Zudem wurden ihr Alter und ihre Arbeitserfahrung erwähnt. Der Forscher war im Test mit dem PAINAD involviert und kannte die Teilnehmer.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Die teilstrukturierten Interviews wurden in privaten Räumen in der Notfallstation durchgeführt. Sie bezogen sich auf die Gedanken der Pflegefachpersonen bezüglich ihrer Erfahrung bei der Nutzung von PAINAD und den drei anderen Beobachtungs-Tools (The Abbey Pain Scale, Doloplus-2, PACSLAC). Die Interviews wurden durch den Leitungsforscher der Studie durchgeführt. Alle Interviews wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert.

	7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Die Meinungen der Teilnehmer wurden anhand der konstruktiven Theorie ausgewertet. Die qualitativen Daten wurden durch ein Programm codiert und gemanagt. Es wurde ein systematischer Rahmen erstellt, um die Forschenden durch die Transkriptionsschritte, Codeidentifikation, Entwicklung und Interpretation der Themen zu leiten. Die Daten wurden in vier Themen gegliedert.
	8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung	Die Datenergebnisse waren nach vier Fokusgruppen repetitiv. Nach zwei weiteren Fokusgruppen wurde die Sättigung bestätigt.

Aussagekraft

	9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar und mit Zitaten unterlegt.
	10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Dies wurde in der Studie nicht erwähnt

Anwendbarkeit

	11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, sie können in den Berufsalltag integriert werden.
	12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Je nach Station bräuchte es noch weitere Forschung, ob dieses Tool geeignet ist. Auf jeden Fall vereinfacht und verbessert ein strukturiertes Tool das Schmerzassessment und ein adäquates und schnelles Schmerzmanagement mit angemessener Analgetika-Gabe.
	13. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Die Studie wurde von der lokalen Ethikkommission genehmigt. Jeder Teilnehmer gab eine schriftliche Zustimmung. Ihre Daten wurden vertraulich behandelt und der Datenschutz wurde respektiert. Alle Fokusgruppen stimmten einer Audioaufnahme zu. Alle Daten wurden anonymisiert und alle Transkriptionscodes wurden in einem separaten Dokument mit einem Passwort gesichert.

(Behrens & Langer, 2016)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

De Witt Jansen, B., Brazil, K., Passmore, P., Buchanan, H., Maxwell, D., McIlfactrick, S. J., ... Parsons, C. (2017). Nurses' experience of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1234-1244. <https://doi.org/10.1111/jocn.13442>

Forschungsfrage:

Nurses' experience of pain management for people with advanced dementia approaching the end of life: a qualitative study

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Ja, das Ziel der Untersuchung wurde klar definiert und Gründe dafür wurden genannt.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Es wurde ein exploratives qualitatives Design benutzt. Dabei wurde eine thematische Analyse gemacht.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Es wurden verschiedene Studien gesucht, um eine Lücke in der Forschung zu finden. Die Lücke sollte durch diese Studie angegangen werden.
4. Wurden die Teilnehmenden passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Für die Teilnahme wurden registrierte Pflegefachpersonen mit der Verantwortlichkeit bei Personen mit fortgeschrittener Demenz, welche nahe am Ende ihres Lebens oder gestorben sind, eingeschlossen. Es wurde ein Maximum an einer Stichprobe angestrebt. Die Pflegefachpersonen kommen aus dem Setting Palliativstation, Akutspital und Pflegeheim. Manager und Direktoren der Settings wurden angeschrieben, um geeignete Teilnehmer zu finden. Es wurden Studien- und Teilnehmerinformationen abgegeben. Alle Pflegefachpersonen, welche sich darauf gemeldet haben, wurden rekrutiert.
5. Wurden die Teilnehmenden, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Die 24 Pflegefachpersonen wurden aus drei Palliativstationen, zwei Akutspitalern und zehn Pflegeheimen rekrutiert. 23 der Pflegefachpersonen waren weiblich. Zudem wurden ihr Alter und ihre Ausbildung erwähnt. Die Perspektive des Forschers wurde nicht erwähnt und Angaben über ihn wurden keine genannt.

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Es wurden teilstrukturierte Interviews mit den Pflegefachpersonen an ihrem Arbeitsplatz Angesicht zu Angesicht geführt. Hierfür gaben alle Teilnehmer ihr Einverständnis. Es wurden offene Fragen gestellt und in Themen gegliedert. Alle Interviews wurden aufgenommen und wortwörtlich transkribiert.
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Die Transkriptionen der Interviews wurden anhand einer Software analysiert. Die thematische Analyse erfolgte in zwei Levels. Durch mehrmaliges Durchlesen der Transkriptionen wurden Codes gemacht, welche die Daten ausdrücken.
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung	Ja, die Datensättigung wurde erreicht.

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar und mit Zitaten belegt worden.
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Die Datenanalyse und die Kernthemen wurden im Forschungsteam diskutiert. Die Ergebnisse wurden durch wissenschaftliche Mitarbeiter geprüft.

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, das Schmerzmanagement wurde in verschiedenen Settings bei Personen mit fortgeschrittener Demenz aufgezeigt.
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Die Resultate können bedingt verwendet werden.
13. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Ja, sie wurden berücksichtigt und die Studie wurde vom Ethik-Komitee von Nord-Irland angenommen.

(Behrens & Langer, 2016)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Lichtner, V., Dowding, D., & Closs, S. J. (2015). The relative meaning of absolute numbers: The case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patients with dementia. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 15(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12911-015-0233-8>

Forschungsfrage:

The relative meaning of absolute numbers: the case of pain intensity scores as decision support systems for pain management of patients with dementia

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Das Forschungsziel wurde klar formuliert.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Es wurde das verschachtelte Fallstudien-Design angewendet. Darin wurden ethnografische Beobachtungen durchgeführt.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Ja, es wurden mehrere Angaben zu vorausgegangener Literatur gemacht.
4. Wurden die Teilnehmenden passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Die Forscher haben stationäre Patienten eingeladen, mit einem Alter über 65 Jahre, mit einer Diagnose Demenz. Zudem wurden Familienangehörige eingeschlossen, welche beim Zeitpunkt der Zustimmung, verfügbar waren. Alle Patienten, die den Einschlusskriterien entsprachen und während der Studie auf der Station bleiben, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Ihre Familienmitglieder wurden eingeladen, um an den Interviews teilzunehmen. Alle Stationsmitarbeiter wurden eingeladen, um an den Interviews teilzunehmen.
5. Wurden die Teilnehmenden, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Patientenmerkmale wie Alter und Diagnose wurden genannt. Die Funktion der Mitarbeitenden wurde genannt und diejenige der Familienangehörigen wurde aufgezeigt.

	6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Der Forscher beobachtete die Patienten am Bett an verschiedenen Tageszeiten und führte zugleich Konversationen mit den Patienten. Beobachtungen wurden auch in öffentlichen Bereichen gemacht, wobei auch Konversationen mit Familienmitgliedern, Besuchern und Mitarbeitenden durchgeführt wurden. Der Forscher machte bei den Beobachtungen viele Notizen und protokollierte die Beobachtungen und Konversationen. Der Forscher konsultierte Patientendokumentationen. Zudem führte er teilstrukturierte Interviews mit Mitarbeitenden und Familienmitgliedern der Patienten. Die meisten Interviews wurden aufgenommen und transkribiert. Die restlichen Feldnotizen wurden protokolliert, wenn die Zustimmung für eine Tonaufnahme nicht gegeben wurde.
	7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Ein Programm wurde verwendet, um den analytischen Prozess zu unterstützen. Daten der Interviews der Beobachtungen und Aufnahmen wurden separat codiert. Es wurden Teammeetings für die Analyse gemacht, in welchen die Ergebnisse diskutiert und verglichen wurden. Daten bezüglich dem Schmerzassessment und -management wurden anschliessend extrahiert und separat analysiert.
	8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung	Es wurden keinen Angaben dazu gemacht.

Aussagekraft

	9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar und mit Zitaten belegt worden.
	10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Relevante Themen wurden von den Autoren identifiziert und die Analyse wurde von anderen Forschenden bestätigt und Differenzen diskutiert.

Anwendbarkeit

	11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, die Ergebnisse sind verwendbar.
	12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Da es wenige Empfehlungen gab, ist die konkrete Anwendbarkeit limitiert.

	13. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Die ethische Zustimmung wurde von der Ethikkommission von England und Schottland gegeben. Patienten wurden informiert. Die Zustimmung der Patienten wurde eingeholt. Alle Interviewten wurden für eine schriftliche Zustimmung gefragt. Alle Daten wurden bei der Datensammlung anonymisiert.
--	---	---

(Behrens & Langer, 2016)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Lichtner, V., Dowding, D., Allcock, N., Keady, J., Sampson, E.L., Briggs, M., ...Closs, S.J. (2016). The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: A multicase exploratory study from a decision making perspective. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1690-1>

Forschungsfrage:

The assessment and management of pain in patients with dementia in hospital settings: a multi-case exploratory study from a decision making perspective

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	Das Forschungsthema wurde diskutiert und daraus folgte ein klares Forschungsziel mit Forschungsfragen.
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	Mehrfach verschachtelte Fallstudien, welche mit ethnographischen Methoden angegangen wurden.
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	Ja, es wurden mehrere Angaben zu vorausgegangener Literatur gemacht.
4. Wurden die Teilnehmenden passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	Vier Fall-Standorte (Spitäler) wurden untersucht, um unterschiedliche Settings für die Akutversorgung zu erhalten. An jedem Standort wurden zunächst zwei Stationen für die Datenerhebung ausgewählt. Patienten über 65 Jahre und mit der Diagnose Demenz wurden in die Studie integriert. Alle Mitarbeitenden, welche mit den Patienten arbeiteten wurden einbezogen. Die Betreuerinterviews wurden auf die Familie limitiert.
5. Wurden die Teilnehmenden, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	Die Spitäler und die Patienten wurden ausführlich beschrieben.
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	Die Datenerhebung wurde von den Forschern an jedem der vier Standorte durchgeführt. Die Daten wurden an drei der Standorte von je einem Forscher und im Standort H3 von zwei Forschern erhoben. In jedem Standort wurde eine Vielzahl von Datenerhebungsmethoden verwendet, um mehrere Quellen für die Beantwortung der Forschungsfrage zu erhalten. Teilstrukturierte Interviews und Beobachtungen wurden durchgeführt.

	7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	Die Analyse der Daten bestand aus wortgetreuen Transkriptionen, Beobachtungssessionen, Feldnotizen von ärztlichen oder pflegenden Aufzeichnungen, Notizen und Interviewtranskriptionen. Anschliessend wurden die Daten mit einer qualitativen Analyse-Software bearbeitet. Es wurden sowohl induktive als auch deduktive Ansätze angewandt.
	8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung	Ja, die Datensammlung erfolgte bis zur Sättigung.

Aussagekraft

	9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	Die Ergebnisse sind ausführlich und nachvollziehbar und mit Zitaten belegt worden.
	10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	Die Daten wurden im Forschungsteam diskutiert und durch andere Forscher geprüft und verifiziert.

Anwendbarkeit

	11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?	Ja, die Ergebnisse sind verwendbar.
	12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?	Da es wenige Empfehlungen gab, ist die konkrete Anwendbarkeit limitiert.
	13. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Die ethische Zustimmung wurde von der Ethikkommission von England und Schottland gegeben. Patienten wurden informiert. Die Zustimmung der Patienten wurde eingeholt. Alle Interviewten wurden für eine schriftliche Zustimmung gefragt. Alle Daten wurden bei der Datensammlung anonymisiert.

(Behrens & Langer, 2016)

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Ngu, S. S. C., Tan, M. P., Subramanian, P., Abdul Rahman, R. Kamaruzzaman, S., Chin, A. V., ... Poi, P. J. H. (2015). Pain Assessment Using Self-reported, Nurse-reported, and Observational Pain Assessment Tools among Older Individuals with Cognitive Impairment. *Pain Management Nursing*, 16(4), 595-601. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2014.12.002>

Forschungsfrage:

Pain assessment using self-reported, nurse-reported, and observational pain assessment tools among older individuals with cognitive impairment

Glaubwürdigkeit

	1. Wie wurden die Teilnehmenden rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Ältere Personen mit kognitiven Einschränkungen, wurden in die Akut-Geriatrie aufgenommen. Die Teilnehmenden wurden durch willkürliche Stichproben rekrutiert. Es wurden anhand der Auswertung des MMSE Test 2 Gruppen gebildet. (MMSE \geq 17, MMSE $<$ 17)
	2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurde, waren am Ende noch dabei?	152 Teilnehmer wurden rekrutiert, 99 waren Frauen. Es wurden keine Drop-outs erwähnt.
	3. Waren die Teilnehmenden, das Personal und die Untersucher verblindet?	Der Beurteiler war verblindet, was den kognitiven und depressiven Status der Teilnehmenden, sowie den Schmerz-Score der SRP und des Proxy-Reports betrifft.
	4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Von den 152 Teilnehmenden waren 99 weiblich und 53 männlich. Die meisten waren chinesisch, verheiratet und hatten eine Grundausbildung. Bei 81 Teilnehmende war der MMSE \geq 17.
	5. Wurden die Untersuchungsgruppen - abgesehen von der Intervention - gleichbehandelt?	Es wurden alle gleichbehandelt.
	6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeordneten Gruppen bewertet?	Es wurden keine Angaben zu Wechsler gemacht, da es kein RCT ist. Es wurden alle Teilnehmer bewertet (Intention-to-treat).
	7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Keine Power-Berechnung durchgeführt.
	8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, die Resultate stimmen mit anderen Studien überein. Es wurden andere Studien zitiert.

Aussagekraft

	9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Es gab keinen signifikanten Unterschied in der Anwesenheit von Schmerzen mit SRP, PAINAD oder NRP bei Personen mit MMSE \geq 17 im Vergleich zu Personen mit MMSE $<$ 17. Die Korrelation zwischen SRP und PAINAD war stark ($r=0.678$), wie auch PAINAD mit NRP ($r=0.727$). Es gab eine statistisch signifikante Korrelation zwischen SRP und GDS-15 ($r=0,382$) aber nicht zwischen SRP und MMSE ($r=0,018$).
	10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht auf einen Zufall zurückzuführen?	Der P-Wert wurde angegeben. Es gab eine signifikante Korrelation zwischen SRP und GDS-15 ($p<0.001$) aber keine zwischen SRP und MMSE ($p=0.824$).
	11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Es wurde kein Konfidenzintervall angegeben.

Anwendbarkeit

	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja, die Patientenpopulation ist die gleiche.
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja, es wurden alle Ergebnisse betrachtet.
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Ja, Messinstrumente sind kostengünstig.
	15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Die Studie wurde durch die Spitalforschungsethik-Kommission geprüft. Zudem gab die Helsinki-Deklaration die Zustimmung für die Durchführung der Studie. Die ethischen Prinzipien wurden eingehalten.

(Behrens & Langer, 2016)

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Sampson, E. L., White, N., Lord, K., Leurent, B., Vickerstaff, V., Scott, S., & Jones, L. (2015). Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study. *Painjournalonline*, 156, 675-683.

Forschungsfrage:

Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: a longitudinal cohort study

Glaubwürdigkeit

	1. Wie wurden die Teilnehmenden rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	Zwei wissenschaftliche Mitarbeiter verbrachten 5 Monate an jedem Standort und beurteilten innerhalb von 72 Stunden nach der Aufnahme alle Patienten, die mit irgendeiner Art von medizinischen Problemen unter der Obhut von Geriatern aufgenommen wurden. Die Demenzdiagnose wurde anhand einer strukturierten klinischen Bewertung auf der Grundlage operationalisierter DSM-IV-Kriterien bestätigt, die eine Überprüfung der kognitiven Tests (MMSE) und eine Diskussion mit der Familie und dem klinischen Team umfassten. Da es keine Interventionsstudie war, wurden die Teilnehmer nur einer Gruppe zugeteilt.
	2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurde, waren am Ende noch dabei?	1612 potentielle Teilnehmende wurden überprüft. Die häufigsten Gründe für den Ausschluss waren MMSE-Score > 24 oder AMTS-Score > 7 oder Patienten, die entlassen wurden, bevor sie beurteilt werden konnten. Von den 292 bewerteten Personen wurden 62 ausgeschlossen, weil sie die Einschlusskriterien nicht erfüllten oder weil Betreuer, die eine telefonische Vereinbarung getroffen hatten, keine unterschriebenen Formulare zurückbekamen, so dass 230 Teilnehmer für die Studie rekrutiert wurden (117 aus Krankenhaus 1 und 113 aus Krankenhaus 2). Es gab keine Drop-outs.
	3. Waren die Teilnehmenden, das Personal und die Untersucher verblindet?	Da es kein RCT war, wurde keine Verblindung vorgesehen.
	4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	Es gab nur eine Untersuchungsgruppe (da Kohortenstudie). In dieser Gruppe waren aber doppelt so viele Frauen wie Männer und 76% waren kaukasische Briten.

5. Wurden die Untersuchungsgruppen - abgesehen von der Intervention - gleichbehandelt?	Alle Patienten wurden gleichbehandelt.
6. Wurden alle Teilnehmenden in der per Randomisierung zugeordneten Gruppen bewertet?	Es wurden keine Angaben zu Wechslern gemacht, da es kein RCT war. Es wurden alle Teilnehmer bewertet (Intention-to-treat).
7. War die Grösse der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	Es wurde eine Poweranalyse vorgenommen. Wenn in 55% in der Stichprobe Schmerzen vorhanden sind, müsste der Power 91 % sein um einen signifikanten Unterschied bei 250 Patienten festzustellen.
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	Ja, die Resultate stimmen mit anderen Studien überein.

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	Die Fähigkeit, die FACES-Schmerzskala zu verwenden, war signifikant mit der Schwere der Demenz assoziiert. Mit der PAINAD-Skala hatten 9,6% Schmerzen in Ruhe und 42,2% Schmerzen in der Bewegung. Über die gesamte Aufnahme hinweg hatten 38,5 % selbst gemeldete Schmerzen bei mindestens einer Gelegenheit. Es gab keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Schmerz und Unruhe, gemessen am CMAI. Allerdings gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem gesamten BEHAVE-AD-Score und den Schmerzen in Bewegung und Ruhe.
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht auf einen Zufall zurückzuführen?	Der P-Wert wurde angegeben, somit sind die Ergebnisse nicht auf einen Zufall zurück zu führen. (Fisher's exact test= 65,2 P<0,001)
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	Sehr präzise, 95 % betrug das Konfidenzintervall.

Anwendbarkeit

	12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	Ja
	13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	Ja
	14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	Ja, denn die Anwendung von Assessmentinstrumenten ist kostengünstig.
	15. Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	Ja, die Studie wurde geprüft durch das "Central London research Ethics Committee 3".

(Behrens & Langer, 2016)

Beurteilung einer Mixed Methods Studie**Quelle:**

Rantala, M., Kankkunen, P., Kvist, T., & Hartikainen, S. (2014). Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing staff. *Pain Management Nursing*, 15(1), 208-209. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.007>

Forschungsfrage:

Barriers to postoperative pain management in hip fracture patients with dementia as evaluated by nursing staff

	Screening questions (for all types)	Yes	No	Can't tell	Bemerkungen
	Are there clear qualitative and quantitative research questions (or objectives*), or a clear mixed methods question (or objective*)?	x			Es wurde ein klares Ziel formuliert. Zudem wurden quantitative, wie auch qualitative Forschungsfragen erstellt.
	Do the collected data allow address the research question (objective)? E.g., consider whether the follow-up period is long enough for the outcome to occur (for longitudinal studies or study components).	x			Es wurden 634 Fragebögen verteilt und 340 wurden zurückgesendet. Neun wurden ausgeschlossen, aufgrund von keinen Antworten auf die Forschungsfrage. Am Schluss wurden 331 Fragebögen analysiert. Der Fragebogen wurde in vier Teile unterteilt. Die verschiedenen Teile wurden mit einer 5-Punkte-Likert-Skala beurteilt.
1. Qualitative					
	1.1 Are the sources of qualitative data (archives, documents, informants, observations) relevant to address the research question (objective)?	x			Es wurde eine systematische Suche durchgeführt, um den Fragebogen zu entwickeln. Der entwickelte Fragebogen enthält zwei offene Fragen, welche qualitativ analysiert wurden.

	1.2. Is the process for analysing qualitative data relevant to address the research question (objective)?	x			Die offenen Fragen wurden anhand einer Inhaltsanalyse vom Hauptforscher beurteilt. Das Ziel der qualitativen Analyse war eine ausführliche Beschreibung von Barrieren, Erwartungen und Vermittlungen vom Arbeitgeber an die Pflegepersonen.
	1.3. Is appropriate consideration given to how findings relate to the context, e.g., the setting, in which the data were collected?			x	Die Studie wurde in 17 universitären und im Stadtzentrum liegenden Spitälern durchgeführt.
	1.4. Is appropriate consideration given to how findings relate to researchers' influence, e.g., through their interactions with participants?			x	Es wurde keine Angabe über eine Verblindung gemacht.
4. Quantitative descriptive					
	4.1. Is the sampling strategy relevant to address the quantitative research question (quantitative aspect of the mixed methods question)?	x			Alle Pflegepersonen, welche Patienten mit Hüftfrakturen pflegten, wurden in die Studie eingeschlossen. Es wurde keine Power-Berechnung gemacht. Die Anzahl der analysierten Fragebögen betrug 331.
	4.2. Is the sample representative of the population under study?	x			Ja, da die Anzahl der analysierten Fragebögen hoch war.
	4.3. Are measurements appropriate (clear origin, or validity known, or standard instrument)?	x			Es wurde für diese Studie ein neuer Fragebogen entwickelt. Er wurde einer Prä-Test-Phase unterzogen und anschließend validiert.
	4.4. Is there an acceptable response rate (60% or above)?	x			Die Rücklaufquote betrug 52%.

5. Mixed methods					
	5.1. Is the mixed methods research design relevant to address the qualitative and quantitative research questions (or objectives), or the qualitative and quantitative aspects of the mixed methods question (or objective)?	x			Es ist relevant, da der Fragebogen aus quantitativen und qualitativen Teilen bestand. Die Aussagekraft der Antworten wurde dadurch breiter.
	5.2. Is the integration of qualitative and quantitative data (or results*) relevant to address the research question (objective)?	x			Um alle Forschungsfragen zu beantworten, mussten qualitative und quantitative Anteile beigezogen werden.
	5.3. Is appropriate consideration given to the limitations associated with this integration, e.g., the divergence of qualitative and quantitative data (or results*) in a triangulation design?	x			Es wurden Limitationen der Studie genannt.
	Wurden die ethischen Grundlagen berücksichtigt?	x			Die Studie wurde vom Spitalbezirk von Nord Savo's Komitee für Forschungsethik genehmigt. Die ethischen Forschungsprinzipien wurden eingehalten.

(Pluye, Robert, Cargo, & Bartlett, 2011)