



Herausforderungen bei der Durchführung des Schmerzmanagements in Langzeitinstitutionen

Brioschi Gelsomina
17648759

Jucker Lisa
15556863

Departement Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF.17

Eingereicht am: 01.05.2020

Begleitende Lehrperson: Pérez Cortes Francisca & Neumeyer Gerda

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1. Einleitung	5
1.1 Relevanz für die Pflege	6
1.2 Fragestellung und Ziel	7
1.3 Eingrenzung des Themas	7
2 Theoretischer Hintergrund	8
2.1 Schmerz und Schmerzmanagement	8
2.2 Herausforderungen	9
2.3 Pflegende und Langzeitinstitution	9
2.4 Das Modell von Rycroft-Malone et al. (2004)	9
3. Methodisches Vorgehen	10
3.1 Literaturrecherche	10
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien	13
3.3 Evaluationsinstrumente für die Studien	14
4. Ergebnisse	14
4.1 «Barriers to optimal pain management in aged care facilities: an Australian qualitative study»	16
4.2 «A contextual analysis to explore barriers and facilitators of pain management in Swiss nursing homes»	19
4.3 «Nurses' perceptions of pain management in older adults»	22
4.4 «Identifying barriers to pain management in long-term care»	25
4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse	27
5. Diskussion	28
5.1 Beantwortung der Fragestellung	28
5.2 Individuelle Wahrnehmung und Auffassung von Schmerzen	29
5.2.1 Die Rolle der Pflegenden	29
5.2.2 Die Rolle der Bewohnenden und der Angehörigen	31
5.3 Schmerzassessment	32
5.3.1 Die Rolle der Pflegenden	32
5.3.2 Die Rolle der Bewohnenden	34
5.4 Medikamente und andere Massnahmen	35
5.4.1 Die Rolle der Pflegenden	35
Brioschi Gelsomina, Jucker Lisa	2

5.4.2 Die Rolle der Bewohnenden	36
5.5 Institutionelle Strukturen	37
5.6 Zusammenarbeit im Team	38
5.6.1 Die intraprofessionelle Zusammenarbeit	38
5.6.2 Die interprofessionelle Zusammenarbeit	39
5.7 Edukation	40
6. Praxistransfer	42
6.1 Erfahrung und Wissen der Pflegenden	42
6.1.1 Rolle der Pflegenden	42
6.1.2 Haltung der Pflegenden	43
6.1.3 Dokumentation und Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten	44
6.2 Erfahrungen und Bedürfnisse der Bewohnenden und ihrer Angehörigen	45
6.3 Lokale Bedingungen und Ressourcen	45
6.3.1 Schulung und Schulungsthemen	46
6.3.2 Konstanz in den Pflgeteams	47
6.3.3 Förderung der Zusammenarbeit	47
6.4 Ergebnisse aus der Forschung	48
7. Schlussfolgerung	49
8. Limitationen	50
Literaturverzeichnis	51
Tabellenverzeichnis	55
Abbildungsverzeichnis	55
Anhang	58

Abstract

Darstellung des Themas

Anhand von Untersuchungen wird erkennbar, dass von 1035 Bewohnenden in Langzeitinstitutionen der Schweiz 59 % an Schmerzen leiden. Daran wird der Bedarf für die Optimierung des Schmerzmanagements ersichtlich. Unbehandelte Schmerzen können schwerwiegende Folgen haben und die Lebensqualität der Betroffenen einschränken. Studien verdeutlichen, dass 58 % der Betroffenen keine suffiziente Schmerztherapie erhalten. Grund dafür sind die Herausforderungen, mit welchen Pflegende im Schmerzmanagement konfrontiert sind.

Ziel

Eine detaillierte Beschreibung der Herausforderungen im Schmerzmanagement für die Pflegenden liegt vor. Anregungen für die Praxis sind anhand des Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) aufgezeigt.

Methode

Eine systematisierte Literaturrecherche wurde in den Datenbanken Pubmed und Cinahl durchgeführt. Die Bedeutung für die Praxis sowie Anregungen zur Optimierung des Schmerzmanagements wurden mittels des Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) dargestellt.

Relevante Ergebnisse

Die beschriebenen Herausforderungen gehen von den Pflegenden, den Bewohnenden und institutionellen Bedingungen aus. Sie betreffen folgende Bereiche: Wahrnehmung der Pflegenden, Assessment, Umgang mit Medikamenten, Edukation und Struktur.

Schlussfolgerung

Zur Optimierung des Schmerzmanagements muss ein besonderer Fokus auf die Edukation der Pflegenden, Verbesserungsstrategien für die Zusammenarbeit im Betreuungs- und Behandlungsteam und die Kommunikation unter allen Beteiligten gelegt werden.

Keywords

pain, pain management, nursing, long-term care, elderly

1. Einleitung

Aus weltweit durchgeführten Studien geht hervor, dass 60 bis 70 % der befragten Bewohnenden in Langzeitinstitutionen von Schmerzen betroffen sind (Takai et al., 2010). Von 1035 Bewohnenden in Langzeitinstitutionen der Schweiz leiden 59 % an akuten oder chronischen Schmerzen (Sommerhalder et al., 2015).

Die Schweizer Studie von Sommerhalder et al. (2015) ergab, dass Betroffene mit vorhandenen körperlichen Schmerzen ihre Lebensqualität in den Dimensionen Würde, Autonomie und Alltagsgestaltung tiefer einschätzten als Personen, welche nicht unter Schmerzen leiden. Unbehandelter Schmerz kann zu Depressionen, sozialer Isolation, Schlafstörungen, Angststörungen und Einschränkungen der Selbständigkeit führen (Good et al., 2015). Zudem weisen Betroffene mit unbehandelten Schmerzen eine geringere Bereitschaft auf, an Therapien und schmerzlindernden Massnahmen teilzunehmen, woraus eine Verschlechterung ihrer Situation resultieren kann (Good et al., 2015). Werden Schmerzen über längere Zeit nicht therapiert, kann dies zu einer Chronifizierung führen (Good et al., 2015).

Bewohnende, welche von Schmerzen betroffen sind, äussern eine tiefere Zufriedenheit mit der Pflege als nicht Betroffene (Sommerhalder et al., 2015). Dies ist ein wesentlicher Indikator zur Erfassung der subjektiv wahrgenommenen Pflegequalität, die im direkten Zusammenhang mit der Lebensqualität der Bewohnenden steht (Sommerhalder et al., 2015). Um Letztere zu verbessern, ist ein umfassendes Schmerzmanagement unumgänglich.

Aufgrund der immer älter werdenden Bevölkerung der Schweiz werden Schmerzen und deren Behandlung in Langzeitinstitutionen stetig an Bedeutung zunehmen (Kaeser, 2012; Schreier et al., 2015; Sommerhalder et al., 2015). Es ist ersichtlich, dass mit zunehmendem Alter vermehrt Personen von Schmerzen betroffen sind und diese ihren eigenen Gesundheitszustand schlechter bewerten (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2019). Für Langzeitinstitutionen folgt aus dieser Altersverschiebung eine Zunahme an Arbeitsvolumen, weshalb ein effizientes und effektives Vorgehen im Schmerzmanagement erforderlich ist (Schreier et al., 2015; Sommerhalder et al., 2015).

1.1 Relevanz für die Pflege

Wie in der Definition für professionelle Pflege des International Council of Nurses (o. J.) beschrieben, umfasst die Pflege die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung von Menschen. Dies ist in Bezug auf Schmerzen besonders im Bereich der Langzeitpflege relevant, da Schmerzen im Gegensatz zu akut-somatischen Institutionen nur bei Bedarf durch die Pflegenden erfasst werden. Folglich bleiben die Schmerzen einiger Betroffenen unerkannt und es lässt sich keine Besserung ihrer Situation erreichen.

Bei vorhandenem Schmerz liegt es in der Verantwortung der Pflegenden, zu handeln und den Kontakt zum ärztlichen Dienst herzustellen – so auch die Erfahrungen der Autorinnen dieser Arbeit. Dadurch entsteht ein Abhängigkeitsverhältnis der Bewohnenden zu den Pflegenden, dieses erfordert Vertrauen von Seiten der Bewohnenden.

Eine zentrale Rolle haben die Pflegenden als Informationsquelle für den ärztlichen Dienst. Von Ärztinnen und Ärzten werden sie als bedeutendste Ansprechpersonen in Bezug auf die Betreuung der Bewohnenden gesehen (Meyer-Kühling et al., 2015). Da die Pflegenden eine Menge Zeit mit den Bewohnenden verbringen und diese gut kennen, können sie die zuständigen Ärztinnen und Ärzte bei Fragen über den Zustand der Betroffenen informieren.

Im Schmerzmanagement sowie im Pflegeprozess ist es die Aufgabe der Pflegenden, Assessments durchzuführen, Informationen vollständig zu dokumentieren und diese dem ärztlichen Dienst weiterzuleiten. Gemeinsam mit dem ärztlichen Dienst und den Betroffenen sollen sowohl Ziele gesetzt als auch eine geeignete Behandlung für die Betroffenen erarbeitet werden.

1.2 Fragestellung und Ziel

Trotz ihrer grossen Relevanz bleiben Schmerzen häufig unbehandelt.

Insgesamt 58 % der Bewohnenden von Langzeitinstitutionen, welche von Schmerzen betroffen sind, erhalten keine suffiziente Schmerztherapie und bei 20 % bleibt eine Therapie ganz aus (Boerlage et al., 2008). Es ist die Aufgabe der Pflegenden, die Bedürfnisse und Interessen der Bewohnenden wahrzunehmen und zu vertreten (International Council of Nurses, o. J.).

Deshalb ist aus pflegerischer Perspektive folgende Frage zu stellen:

Welche Herausforderungen haben Pflegende beim Schmerzmanagement von älteren Menschen in Langzeitinstitutionen und wie kann mit den beschriebenen Herausforderungen umgegangen werden?

Das Ziel dieser Arbeit lautet wie folgt: Eine detaillierte Beschreibung der Herausforderungen im Schmerzmanagement für die Pflegenden liegt vor. Es sind Anregungen anhand des Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) formuliert, die Pflegende unterstützen, das Schmerzmanagement zu optimieren.

1.3 Eingrenzung des Themas

In der vorliegenden Arbeit werden alle Schritte im Prozess des Schmerzmanagements untersucht. Der Grund dafür ist, dass in Langzeitinstitutionen keine standardisierte Vorgehensweise bezüglich der Durchführung existiert und aus diesem Umstand Behandlungsunregelmässigkeiten bei den Bewohnenden resultieren können. Nicht genauer bearbeitet werden die Interventionen gegen Schmerzen sowie deren Wirksamkeit und einzelne Assessmentinstrumente sowie deren Validität. Es werden akute und chronische Schmerzen miteinbezogen, da in Langzeitinstitutionen beide Formen präsent sind.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Abschnitt ist die Einbettung des Themas in der Theorie dargestellt und relevante Begriffe dazu sind definiert.

2.1 Schmerz und Schmerzmanagement

Schmerz im physiologischen Sinne ist die Wahrnehmung einer Verletzung oder Störung des Körpers. Von der International Association for the Study of Pain (2017) wird er psychisch als ein unangenehmes bis qualvolles Gefühl definiert. Schmerzen sind immer subjektiv, da das Schmerzerleben bei jedem Menschen unterschiedlich ist. Hinsichtlich der Stellung einer Pflegediagnose wird zwischen akuten und chronischen Schmerzen differenziert. Bei Ersteren ist ein Ende zu erwarten oder vorhersagbar. Treten Schmerzen konstant oder wiederholt auf, ohne ein absehbares Ende, oder bestehen sie seit mehr als sechs Monaten, werden sie als chronische Schmerzen bezeichnet (Herdmann & Kamitsuru, 2016).

Das Schmerzmanagement ist die Grundlage, um mit Schmerzen umfassend umgehen zu können. Im Expertenstandart des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011) werden folgende Themen als Bestandteile des Schmerzmanagements bezeichnet: Erfassen von Schmerzen, Gestaltung der Therapie und Schulung. Beim Erfassen von Schmerzen sollen auf die Situation angepasste Instrumente angewendet werden. Ein weiterer Schritt ist die Behandlung der Schmerzen, welche entweder medikamentös, nichtmedikamentös oder in Kombination beider Varianten erfolgen kann. Die Pflegenden sollten über die notwendigen Schulungskompetenzen verfügen, um Betroffene über die Bedeutung von Schmerzen sowie Behandlungsansätze informieren zu können (DNQP, 2011). Der Pflegeprozess ist ein Modell, um den pflegerischen Umgang mit Schmerz einheitlich zu gestalten (Brobst & Georg, 2020). Er beginnt mit dem Assessment, darauf folgt das Stellen einer Pflegediagnose. Das Festlegen der zu erreichenden Ziele sowie der dazu notwendigen Therapieansätze und Interventionen geschieht in Zusammenarbeit mit den Betroffenen und dem ärztlichen Dienst. Die Vereinbarungen werden evaluiert und bei Bedarf angepasst.

2.2 Herausforderungen

Herausforderungen sind Umstände, durch welche die Durchführung des Schmerzmanagements für die Pflegenden erschwert wird. Der Ursprung dieser kann von allen Beteiligten des Schmerzmanagements sowie den Umgebungsbedingungen verursacht oder beeinflusst werden.

2.3 Pflegende und Langzeitinstitution

Zu den Pflegenden zählen Pflegefachpersonen, welche die Hauptverantwortung im Schmerzmanagement tragen. Fachpersonen Gesundheit sowie Pflegehelfende, können dabei delegierte Funktionen übernehmen. Die Kompetenzbereiche dieser drei Pflegeberufe werden in der Schweiz von der Organisation der Arbeitswelt Santé festgelegt. Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten sind ebenfalls am Schmerzmanagement beteiligt. Zu ihren Aufgaben zählen beispielsweise die Sicherstellung und Weiterentwicklung der Qualität des Schmerzmanagements sowie die Unterstützung der Pflegenden in komplexen Situationen mithilfe von Fallbesprechungen.

Unter dem Begriff der Langzeitinstitutionen werden Pflege- und Altersheime verstanden, in denen ältere Menschen einen festen Wohnsitz haben, wodurch ambulante Betreuungsformen wie die Spitex ausgeschlossen werden. Als ältere Menschen werden alle Personen definiert, welche über 65 Jahre alt sind.

2.4 Das Modell von Rycroft-Malone et al. (2004)

Im Praxistransfer werden anhand des Modells von Rycroft-Malone et al. (2004) Anregungen für die Praxis formuliert. Mit dessen Hilfe lassen sich pflegerische Massnahmen begründen und belegen und evidenzbasierte Entscheidungen treffen. Dabei werden das verfügbare Forschungswissen, die Vorstellungen der Bewohnenden und die Erfahrungen der Pflegenden beachtet. Ebenfalls müssen die Umgebungsfaktoren einbezogen werden, welche sich durch politische, ökonomische, kulturelle und gesellschaftliche Faktoren bestimmen lassen (Rycroft-Malone et al., 2004).

3. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel sind das methodische Vorgehen bei der Literaturrecherche sowie die verwendeten Instrumente zur Zusammenfassung und Würdigung der Literatur dargestellt.

3.1 Literaturrecherche

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde in den Datenbanken Cinahl und Pubmed eine systematisierte Literaturrecherche sowie eine unsystematische Literaturrecherche in den Literaturverzeichnissen der Suchergebnisse durchgeführt. Die Datenbanken wurden ausgewählt, da sie evidenzbasierte Literatur zu pflegerischen Themen enthalten. Dafür wurden folgende Keywords verwendet: pain, pain management, nurs*, long-term care, nursing home, residential care, challenges, barriers, old*, elderly, hospital, home care, ambulant care, palliative care. Diese wurden mit den Booleschen Operatoren AND, NOT und OR verbunden. Es wurde mit der Trunkierung * gearbeitet, um mehrere Wortendungen in einem Suchwort einzuschliessen. Die genutzten Keywords sind der Tabelle 1 zu entnehmen. Das Rechercheprotokoll ist im Anhang zu finden.

Die Expertise einer Pflegeexpertin aus einer Langzeitinstitution konnte als zusätzliche Quelle für den Praxistransfer genutzt werden.

Tabelle 1: *Keywords*

	Keywords Deutsch	Keywords Englisch	Mesh Terms
Phänomen	Schmerz, Schmerzmanagement, Umgang mit Schmerz	pain, pain management, handling pain	pain management
Setting	Langzeitinstitutionen, Altersheim, Pflegeheim	long-term care, nursing home, residential care	long term care, long-term care
Population	Pflege, Pflegendе	nurses, nursing	nurses
weitere	ältere Menschen	older people, elderly people, aged, geriatric	aged
	Herausforderungen	challenges, barriers, issues, difficulties	
Ausschluss -Keywords	Spital, Spitex, ambulante Pflege, palliativ care	hospital, home care, ambulante care, palliative care	

Die Studien aus den Suchergebnissen wurden anhand des Titels und des Abstracts mittels der Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Im nächsten Schritt wurden diese Studien gelesen und, wenn möglich, eingeschlossen. In der Abbildung 1 sind die Schritte der Literatursuche aufgeführt.

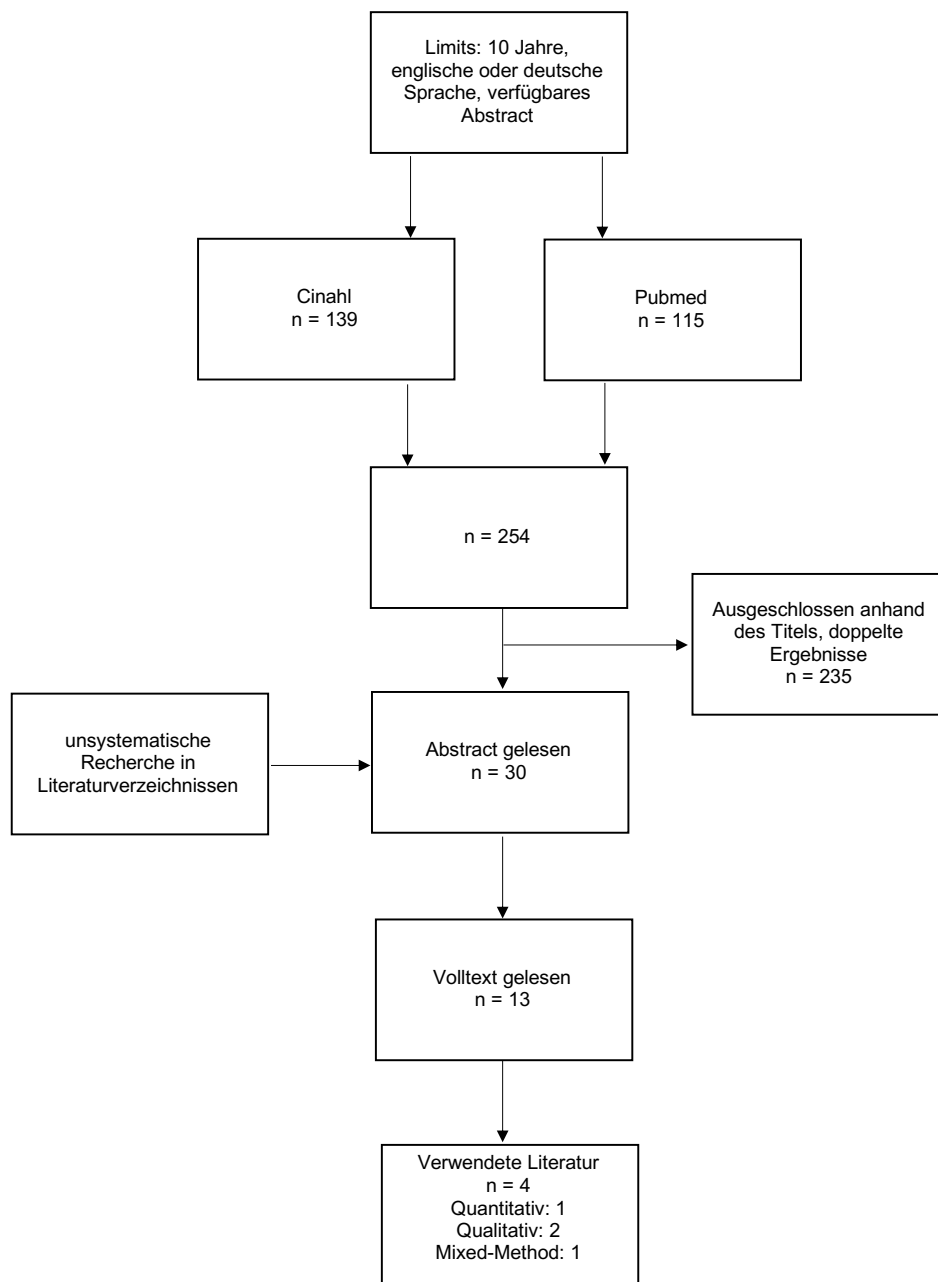


Abbildung 1: Flussdiagramm

Anhand der Literaturrecherche wurde deutlich, dass zahlreiche Studien von Implementationen von Strategien zur Optimierung des Schmerzmanagements handelten. Zudem wurde festgestellt, dass zwischen den Jahren 2000 und 2009 mehr Forschung zum Thema Herausforderungen im Schmerzmanagement betrieben wurde. Studien aus diesem Zeitraum wurden deshalb ergänzend für die Diskussion verwendet, um die Entwicklung der Herausforderungen in den letzten 20 Jahren zu betrachten.

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Für die Literaturrecherche wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Eine Übersicht dieser Kriterien ist in der Tabelle 2 dargestellt.

Tabelle 2: *Ein- und Ausschlusskriterien*

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Thematik: Herausforderungen im Schmerzmanagement	Thematik: Implementierung von Strategien zur Optimierung des Schmerzmanagements
Langzeitinstitutionen	ambulantes Setting (Spitex-Institutionen), Spitäler und Kliniken, Hospize und palliatives Setting
ältere Menschen über 65 Jahren	Menschen unter 65 Jahren
Studien aus Nord- und Mitteleuropa, Nordamerika oder Australien	Studien aus anderen Ländern

Da die Rolle des alten Menschen und dessen Pflege starken kulturellen Einflüssen unterliegen können wurden ausschliesslich Studien, welche in Nord- und Mitteleuropa, Nordamerika oder Australien durchgeführt wurden, eingeschlossen. Das Krankheitsbild der Demenz war kein absolutes Ausschlusskriterium, weil davon Betroffene einen grossen Teil der Population der alten Menschen darstellen. Jedoch wurden Studien, welche sich ausschliesslich darauf bezogen, nicht berücksichtigt, da nicht spezifisch auf ein Krankheitsbild eingegangen werden sollte. Ebenso wurden Studien, welche sich auf Spitäler und Kliniken im somatischen und psychiatrischen Bereich beziehen, nicht berücksichtigt, da Schmerzen in Spitälern und Kliniken regelmässig und nicht – wie in Langzeitinstitutionen – nur bei Bedarf erfasst werden. Zudem werden die Patientinnen und Patienten täglich von den Ärztinnen und Ärzten visitiert; in Langzeitinstitutionen wird die Visite bei Bedarf von den Pflegenden eingefordert. Die Rolle der Pflegenden – als Informationsvermittelnde zwischen den

Bewohnenden und dem ärztlichen Dienst – ist folglich in Langzeitinstitutionen von besonderer Bedeutung, wodurch ein Vergleich mit der Rolle der Pflegenden in Spitälern und Kliniken nur begrenzt möglich ist.

Ambulante Settings wie die Spitem wurden ausgeschlossen, da der Fokus auf dem stationären Setting liegt. Ebenfalls wurden Studien, welche sich auf das palliative Setting und Hospize beziehen, nicht einbezogen. Aufgrund des zusätzlichen Fachwissens der speziell ausgebildeten Pflegenden in der Palliative Care ist das Schmerzmanagement nur begrenzt vergleichbar.

Als Limits gelten die deutsche und die englische Sprache sowie ein verfügbares Abstract. Ausserdem sollen die Studien nicht älter als zehn Jahre sein.

3.3 Evaluationsinstrumente für die Studien

Das Arbeitsinstrument für Critical Appraisal (AICA) wurde für das Zusammenfassen und die systematische Würdigung der Studien verwendet (Ris & Preusse-Bleuler, 2015). Für die Beurteilung der Güte von quantitativen Studien wurden die Gütekriterien von LoBiondo-Wood und Haber (2005) sowie Burns und Grove (2005) eingesetzt. Für qualitative Studien wurden zusätzlich die Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) genutzt. Das Evidenzlevel wurde anhand der 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) bestimmt. Diese Leitfragen zur Beurteilung der Güte und das Instrument zur Bestimmung des Evidenzlevels sind wissenschaftlich erprobte Hilfsmittel.

4. Ergebnisse

Als Resultat der Literaturrecherche konnten vier Studien eingeschlossen werden. In der Tabelle 3 ist eine Übersicht dieser Studien mit den bedeutendsten Informationen dargestellt. Diese und die für die Fragestellung relevanten Ergebnisse werden im vorliegenden Kapitel zusammengefasst. Die vollständige Zusammenfassung und Würdigung der Studien mittels des AICA sind im Anhang aufgeführt. Die Güte der Studien wird anhand der im Methodenteil genannten Gütekriterien diskutiert. Das Evidenzlevel aller Studie wurde auf der ersten Stufe der 6S Pyramide von DiCenso et al. (2009) angesiedelt.

Tabelle 3: Übersicht Studien

Referenz	Titel	Studiendesign/ Methode	Ziel	Stichprobe	Setting	Evidenz- level
Gropelli & Sharer, 2013	Nurses' Perceptions of Pain Management in Older Adults	qualitativer, deskriptiver Ansatz mit Inhaltsanalyse, Fokusinterviews	Beschreibung der Wahrnehmung von Pflegenden des Schmerzmanagements für ältere Menschen in Langzeitinstitutionen	n = 16 Pflegende Pflegefachpersonen und Gesundheitsfachpersonen	Langzeitinstitution in Nordamerika (allgemeine Pflegeabteilung, Demenzwohngruppe, Rehabilitationsabteilung)	6
Brunkert et al., 2020	A contextual analysis to explore barriers and facilitators of pain management in Swiss nursing homes	Mixed-Method-Ansatz, Fragebogen und Fokusgruppen-Interviews	Erfassung der Wahrnehmung der Pflegenden in Bezug auf erleichternde und erschwerende Faktoren im Schmerzmanagement	n = 192 Pflegende für den quantitativen Teil, n = 17 Pflegende für den qualitativen Teil Pflegefachpersonen, Gesundheitsfachpersonen, Pflegehelfende	20 Schweizer Langzeitinstitutionen der Senevita Gruppe	6
Veal et al., 2018	Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care Facilities: An Australian Qualitative Study	qualitativer, explorativer, deskriptiver Ansatz; semistrukturierte Interviews	Beschreibung des Schmerzmanagements in Langzeitinstitutionen und Identifikation von Herausforderungen diesbezüglich.	n = 23 Personen Pflegefachpersonen und Personen aus der Geschäftsleitung	fünf Langzeitinstitutionen in Tasmanien, welche Personen mit und ohne dementielle Erkrankung betreuen	6
Egan & Cornally, 2013	Identifying barriers to pain management in long-term care	quantitative, deskriptive, Querschnittsstudie Fragebogen	Barrieren zu einem optimalen Schmerzmanagement in Langzeitinstitutionen zu identifizieren – aus einer pflegerischen Perspektive	n = 83 Personen Pflegerische, Pflegeleitung	fünf Langzeitinstitutionen in Irland	6

4.1 «Barriers to optimal pain management in aged care facilities: an Australian qualitative study»

Veal et al. (2018) führten eine explorative, deskriptive, qualitative Studie durch. Ihr Ziel dabei war es, das Schmerzmanagement in Langzeitinstitutionen zu beschreiben und Herausforderungen diesbezüglich zu identifizieren. Anhand 23 semistrukturierter Interviews – mit 18 Pflegefachpersonen und fünf Personen aus der Geschäftsleitung – wurden die benötigten Daten erhoben. Die Teilnehmenden stammten aus fünf Langzeitinstitutionen in Tasmanien (Australien), welche Bewohnende mit und ohne dementielle Erkrankung betreuten.

Die Ergebnisse zeigten Hindernisse in folgenden Bereichen: Bewohnende, Medikamente, Ärztinnen und Ärzte und institutionelle Faktoren.

Bewohnerinnen- und bewohnerbedingte Hindernisse

Dieses Thema umfasste die Hindernisse, welche von den Bewohnenden beeinflusst werden. Bei Betroffenen, welche an einer dementiellen Erkrankung litten, wurde das Hindernis, Schmerzen zu erkennen (82 %), am häufigsten genannt. Weitere Schwierigkeiten in dieser Personengruppe waren die Verweigerung der Medikamenteneinnahme (39 %) und der Umstand, dass Verhaltenszüge durch die dementielle Erkrankung erklärt und somit Schmerzen nicht in Betracht gezogen werden (35 %).

Bei Bewohnenden ohne dementielle Erkrankung war das am häufigsten geäußerte Hindernis der Gleichmut der Betroffenen (57 %). Danach folgten der Einfluss von Angehörigen bezüglich des Schmerzmanagements (48 %) und das Widerstreben der Betroffenen, Schmerzen zu äussern (48 %). Diesbezüglich erzählte eine Pflegefachperson: «Einige Leute gehen mit ihren Schmerzen anders um. Aber normalerweise merkt man es, du musst einige Bewohnende direkt auffordern zu sagen «ja, meine Schulter schmerzt». Sie können dasitzen und möchten sich nicht beschweren.»

Medikamentenbedingte Hindernisse

In diesem Oberthema wurden alle durch Medikamente verursachten Hindernisse beschrieben. Dazu gehörten, dass Bewohnende Angst vor Nebenwirkungen (22 %) haben, nicht gerne Medikamente einnehmen (13 %) oder Angst vor einer Abhängigkeit (9 %) haben. Pflegende seien zurückhaltend, den Betroffenen starke

Schmerzmedikamente zu verabreichen (8.7 %). Eine teilnehmende Person äusserte diesbezüglich: «Ich denke, manchmal sind da noch einige Vorurteile gegenüber Opioiden und einige sagen ‹oh, weißt du, ich wollte nicht, dass sie auf meiner Schicht sterben, also habe ich ihnen kein Morphin gegeben›.»

Hindernisse bedingt durch den ärztlichen Dienst

Hier wurden alle Hindernisse eingeschlossen, welche bei der Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und dem zuständigen ärztlichen Dienst entstanden.

Folgende Gründe wurden häufig genannt: der Widerwille, Medikamente zu verschreiben (22 %), was dazu führte, dass häufig Zweitmeinungen hinzugezogen werden mussten.

Zum Hindernis der Geringschätzung von Meinungen des Pflegepersonal (22 %), äusserte jemand: «Und sie (die jungen Pflegefachpersonen) machen eine richtig gute klinische Übergabe, und wenn die Ärztinnen und Ärzte einen Schritt zurück machen würden und Acht geben, was ihnen kommuniziert wird, würden sie merken, dass dies richtig gute Informationen wären.» Ebenfalls wurde das Fehlen von Engagement (13 %) und Wissen (4 %) des ärztlichen Diensts erwähnt. Grundsätzlich wurde die Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Ärztinnen und Ärzten als schwierig erachtet.

Institutionsbedingte Hindernisse

In diesem Oberthema wurden Hindernisse, welche von den Institutionen ausgingen, beschrieben. Acht der Teilnehmenden zweifelten an der Effizienz und Brauchbarkeit von Schmerzskalen in der Zusammenarbeit mit Personen ohne dementielle Erkrankung (35 %). Es gab in keiner der teilnehmenden Institutionen spezifische Richtlinien, wie beispielsweise Guidelines zum Schmerzassessment oder Vorgaben, wie häufig Schmerzen erfasst werden müssen. Schmerzen wurden trotzdem regelmässig durch die Pflegenden erfasst, jedoch vermehrt mittels Fragen und Beobachtungen, anstatt durch spezifische Assessments. Diesbezüglich meinte eine interviewte Person: «Das ist auch eine Sache, nicht das Wort Schmerz verwenden, weil viele Leute es nicht verstehen oder es nicht das richtige Wort für sie ist. [...] Du musst die richtigen Worte finden, welche auf die Betroffenen angepasst sind.» Auch wurde erwähnt, dass Pflegehelfende Schmerzen häufig als erste erkennen und diese an die Pflegefachpersonen weiterleiteten.

Bei Bewohnenden mit einer dementiellen Erkrankung wurden zwei institutionell bedingte Hindernisse genannt: zum einen, dass neue Mitarbeitende Schmerzen nicht erkennen können (17 %). Dazu wurde gesagt: «Ich denke, dass es ein Hindernis sein könnte, wenn du sie (die Bewohnenden) nicht so gut kennst. Vieles stützt sich auf das, was du siehst, weil sie (die Bewohnenden) es dir nicht sagen können.» Im Generellen wurde häufig auch die Schwierigkeit, Schmerzen bei Bewohnenden zu erkennen (17 %), erwähnt. Zum anderen wurden die fehlenden personellen Ressourcen von einer Pflegenden genannt: «Pflegefachpersonen lieben es Schmerzmanagement zu machen, [...] aber da sind einige andere Dinge, die Priorität haben [...]»

Edukation im Schmerzmanagement

Die meisten Pflegenden glaubten, ein gutes Wissen über Schmerzen und dessen Management zu haben. Zusätzlich hatten zahlreiche Teilnehmende bereits Schulungen bezüglich Pharmakologie, Palliative Care und Schmerzmanagement besucht. Trotzdem äusserten die meisten, dass noch mehr Schulungen nützlich wären, vor allem über das Erkennen von Schmerzen (21 %). Weitere Themen, zu denen sich die Teilnehmenden mehr Edukation wünschten, waren Medikationsmanagement, nichtmedikamentöse Interventionen und Informationen über schmerzverursachende Bedingungen.

Einschätzung der Güte

Bestätigung: Der Forschungsprozess wurde von den Forschenden ausführlich beschrieben. Einzig zur Auswahl der Stichprobe und deren Charakteristika hielten sie die Informationen knapp. Beispielsweise ist unklar, welches Geschlecht oder Alter die Teilnehmenden hatten.

Zuverlässigkeit: Der Interviewleitfaden und die deduktive Codierung, welche vor den Interviews erarbeitet wurden, entstanden im Rahmen der Zusammenarbeit der Forschungsgruppe. Die abschliessende Codierung wurde jedoch nur von einem Forschenden gemacht.

Glaubwürdigkeit: Bei der Codierung der Interviewdaten wurde von den Forschenden induktiv sowie deduktiv gearbeitet, wodurch bereits bestehende Forschungsergebnisse, aber auch neue Aspekte einbezogen wurden.

Übertragbarkeit: Durch Vergleiche mit älteren Studien, sowie Zitaten aus den Interviews, wurden die Ergebnisse empirisch verankert. Die Forschenden identifizierten als Limitationen, dass sie eine eingeschränkte Stichprobe und diesbezüglich einen kleinen geografischen Rahmen hatten. Jedoch waren Studien aus anderen Ländern zu gleichen oder ähnlichen Ergebnissen gelangt und wurden von den Forschenden mit ihren Ergebnissen verglichen. Deshalb kann angenommen werden, dass diese Studie auch international von Bedeutung ist.

4.2 «A contextual analysis to explore barriers and facilitators of pain management in Swiss nursing homes»

Die Studie von (Brunkert et al., 2020) ist Teil einer übergeordneten Studie mit dem Ziel, das Schmerzmanagement in Schweizer Altersheimen zu verbessern. Deshalb sollten in dieser Studie Informationen für die Entwicklung und Auswahl der Umsetzungsstrategien gesammelt werden. Dazu wurde ein spezifisches Ziel formuliert:

Die Wahrnehmung der Pflegenden in Bezug auf erschwerende Faktoren im Schmerzmanagement, wie die mangelnde Verfügbarkeit und Anwendung nichtmedikamentöser Therapien, die Zurückhaltung der Bewohnenden beim Kommunizieren von Schmerzen und Schwierigkeiten beim Schmerzassessment, werden erfasst. Es handelt sich um eine Mixed-Method-Studie, welche im Jahr 2016 in 20 Schweizer Altersheimen durchgeführt wurde.

Die quantitativen Daten wurden mithilfe eines Fragebogens erhoben. Die Stichprobe bestand aus 343 Pflegenden, darunter Pflegefachpersonen, Gesundheitsfachpersonen und Pflegehelfende. Für den darauffolgenden qualitativen Teil wurden vier Fokusgruppen mit 17 Teilnehmenden – mit den gleichen Berufsabschlüssen wie im quantitativen Teil – gebildet. Die Leitfragen für die Diskussion in den Fokusgruppen basierten auf den Ergebnissen der Umfrage. In der schriftlichen Umfrage erwiesen sich die mangelnde Verfügbarkeit (60.9 %) und fehlende Anwendung (53.6 %) nichtmedikamentöser Therapien, die Zurückhaltung der Bewohnenden beim Kommunizieren von Schmerzen (51.1 %) und der Mangel an Zeit für ein umfassendes Schmerzassessment (50.5 %) als besonders problematisch.

Die Pflegenden in den Fokusgruppen beschrieben die unterschiedlichen Annahmen und Einstellungen von Pflegenden und Bewohnenden als grosses Problem. Anhand von Berichten der Pflegenden wurde deutlich, dass zahlreiche Bewohnende dazu tendierten, ihre Schmerzen nicht oder erst spät mitzuteilen. Pflegende beschrieben Situationen, in welchen die Bewohnenden über Schmerzen klagten und die Pflegenden dieses Verhalten als Streben nach Aufmerksamkeit interpretierten. Eine Gesundheitsfachperson berichtete: «Nun, es gibt Unterschiede, einige (Pflegende) sagen, dass wir die Schmerzen der Bewohnenden (immer) ernst nehmen sollen. Es kann aber auch passieren, dass jemand sagt, der Bewohnende will nur Aufmerksamkeit und hat eigentlich keine Schmerzen.»

In den Fokusgruppen wurden die eigene Erfahrung mit Schmerz und die Lebenserfahrung der Pflegenden als mögliche Einflussfaktoren auf ihre Einschätzung und Haltung diskutiert. Das Schmerzassessment bei Bewohnenden mit einer kognitiven Einschränkung wurde von den Pflegenden häufig als weitere Herausforderung genannt. Eine Pflegeassistentin erzählte: «Einige Bewohnende können sich nicht äussern. Natürlich können wir den Schmerz in ihren Gesichtern sehen, aber wo oder wie intensiv der Schmerz ist oder was für eine Art Schmerz es ist können sie nicht sagen [...]» Die Pflegefachpersonen diskutierten häufig die fehlende Erfahrung der Pflegehelfenden. Oft werde ihnen nur mitgeteilt, dass jemand Schmerzen habe, jedoch nicht wo und wie stark. Das erneute Erfassen dieser Details durch die Pflegefachpersonen ist zeitaufwändig.

Gemäss mehreren Pflegenden seien verständliche Assessmentinstrumente vorhanden, jedoch werden sie im Alltag selten angewendet. Die Pflegenden vermuteten, dass dies nicht mit Zeitmangel, sondern mit den Fluktuationen im Team und der fehlenden Routine zusammenhängt.

Die begrenzte Verfügbarkeit von nichtmedikamentösen Behandlungen und die fehlende Zeit zur Anwendung dieser wurden als erschwerende Faktoren beschrieben. Die Pflegenden kannten die Möglichkeiten für nichtmedikamentöse Behandlungen, sie werden aber im Alltag in zu geringem Masse angewendet. Diese beinhalten z. B. Aktivierung der Bewohnenden oder Aromatherapie. Eine Pflegefachperson beschrieb dies folgendermassen: «Wir verwenden sie zu wenig. [...] Wir haben alle Ideen oder Gedanken darüber, aber die Anwendung ist noch nicht

da.» Auch hier nannten die Teilnehmenden die häufigen Wechsel im Team und die fehlende Routine als weitere mögliche Ursachen.

Ein weiterer Aspekt, welcher in den Fokusgruppen diskutiert wurde, war die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst. Die direkte Kommunikation sei häufig aufgrund der mangelnden Erreichbarkeit der zuständigen Ärztinnen und Ärzte erschwert – insbesondere, wenn sie in einer auswärtigen Praxis arbeiten, und somit nicht an den Stationsrunden teilnehmen. Gemäss den Pflegenden wäre die Situation unkomplizierter, wenn alle Bewohnenden dieselbe Ärztin oder denselben Arzt hätten.

Einschätzung der Güte (quantitativer Teil):

Objektivität: Es wurde von allen Teilnehmenden der gleiche Fragebogen ausgefüllt, jedoch füllten nicht alle Pflegehelfenden den vollständigen Fragebogen aus. Woraus eine Stichprobenverzerrung resultieren kann.

Reliabilität: Die Forschenden stellten ihren Fragebogen aus einer vorgängigen Studie und einem Review zusammen. Der Fragebogen wurde von sieben geriatrischen Expertinnen und Experten überprüft und als gut bis sehr gut befunden. Die Ergebnisse aus der Umfrage wurden übersichtlich in einer Tabelle dargestellt. Die Gesamtzahlen der Umfrage in der Tabelle stimmen jedoch nicht mit der genannten Rücklaufquote überein. Diese Abweichung wurde nicht begründet. Das Vorgehen bei der Datenanalyse wurde nur knapp beschrieben. Die Forschenden machten keine Angaben zu den Häufigkeiten von Aussagen in den Fokusinterviews.

Validität: Die Vorgehensweise stimmt mit dem gewählten Studiendesign überein und ist passend für die formulierten Ziele. Die externe Validität könnte beeinträchtigt sein, da die Studie nur in Altersheimen der Senevita Gruppe durchgeführt wurde. Die interne Validität könnte wegen der Finanzierung der Studie durch die Senevita Gruppe beeinträchtigt sein.

Einschätzung der Güte (qualitativer Teil):

Bestätigung: Die Studie wurde von der Senevita Gruppe finanziert, welcher alle teilnehmenden Altersinstitutionen angehören. Sie wurde nicht durch eine externe Instanz begleitet. Die Forschenden teilten ihren persönlichen Standpunkt nicht mit.

Zuverlässigkeit: Die Forschenden holten nach der Datenerhebung eine Rückmeldung der Fokusgruppen ein. Sie verglichen die quantitativen und qualitativen Ergebnisse

bezüglich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede.

Glaubwürdigkeit: Die Strategien der Forschenden waren klar dargestellt und es wurden unterschiedliche Methoden, wie das Mapping und die Content-Analyse, angewendet. Die Forschenden fassten die Diskussion in den Fokusgruppen zusammen und liessen sich dazu eine Rückmeldung von den Teilnehmenden geben. Eine Diskussion bezüglich der Datensättigung wurde nicht geführt.

Übertragbarkeit: Die Forschenden stützten die Ergebnisse mit passenden Zitaten aus den Fokusgruppen. Die Teilnehmenden der Fokusgruppen wurden gezielt ausgewählt.

4.3 «Nurses' perceptions of pain management in older adults»

In der Studie von Gropelli und Sharer (2013) wurde die Wahrnehmung der Pflegenden in Bezug auf das Schmerzmanagement bei älteren Menschen untersucht. Die Forschenden wählten einen qualitativen, deskriptiven Ansatz mit einer Content-Analyse. Dazu wurden mit 16 Pflegenden einer Langzeitinstitution in Nordamerika Fokusinterviews durchgeführt. Die Teilnehmenden waren Pflegefachpersonen und Gesundheitsfachpersonen. Aus der Datenanalyse resultierten vier Schwerpunktthemen, welche hinderlich für das Schmerzmanagement waren: Wahrnehmung von Bewohnenden und Familien, mangelnde Edukation, fehlende individuelle Pflegeplanung und mangelnde Kommunikation. Zudem wurden in den Interviews eine mangelhafte Selbstwahrnehmung und -reflexion sichtbar.

Wahrnehmung von Familien und Bewohnenden

Die Pflegenden diskutierten die Wahrnehmungen der Bewohnenden bezüglich Schmerzen und deren Einfluss auf das Schmerzmanagement.

Eine Pflegende sagte dazu: «Einige Bewohnende sind dramatischer bei Schmerzen.» Eine weitere bemerkte: « [...] Ich habe in letzter Zeit bemerkt, dass viele Bewohnende nur die Schmerzmittel wollen. Ich glaube nicht, dass sie die Auswirkungen der Einnahme all dieser Schmerzmittel verstehen.»

Einige Pflegende sprachen über ihre Bedenken bezüglich der Familien. Diese erlauben teilweise kein adäquates Schmerzmanagement oder fordern zu hohe Dosierungen, um die Bewohnenden ruhig zu halten.

Die Pflegenden diskutierten den Zusammenhang von Schmerzen und anderen Faktoren, beispielsweise Angst oder fehlende Coping Strategien.

Andere beschrieben, die Bewohnenden würden erst dann um Schmerzmittel bitten, wenn der Schmerz nicht mehr aushaltbar sei.

Mangelnde Edukation

Während der Interviews stellten die Forschenden bei den Pflegenden mangelndes Wissen zum Schmerzmanagement fest. Die Pflegenden berichteten, dass es Angebote der Institution gibt, um sich zum Schmerzmanagement weiterzubilden, jedoch nehmen die meisten nicht daran teil. Einige hatten seit Jahren keine Schulung oder hatten dieses Thema nur während ihrer Ausbildung behandelt.

Diese fehlende Edukation wird von mehreren Pflegenden als hinderlich für das Schmerzmanagement beschrieben. Sie gaben an, sich besonders hinsichtlich des Assessments bei Menschen, welche ihren Schmerz nicht verbal kommunizieren können, verbessern zu müssen.

Mangelnde individuelle Pflegeplanung

Der Mangel einer individuellen Pflegeplanung war ein bedeutendes Thema in den Interviews. Die meisten Pflegenden beschrieben, dass sie einzuhaltende Verfahren haben und der Ansatz für alle gleich sei. Einige Pflegende sprachen darüber, dass der Pflegeplan nicht immer effektiv sei und die Bewohnenden die Schmerzskalen unterschiedlich interpretierten. Eine Pflegende beschrieb diese Besorgnis anhand des Mangels eines individualisierten Betreuungsplans: « [...] Wir versuchen alle einheitlich zu machen mit den Ebenen. Ich weiss nicht, ob das gut ist, denn jeder ist anders. Wir müssen es individualisieren für die Bewohnende.»

Mangelnde Kommunikation

Die Kommunikation im gesamten Gesundheitsteam ging aus den Interviews als mangelhaft hervor. Eine rechtzeitige verbale Kommunikation fehlte. Es kann mehrere Tage dauern, bis Änderungen im Pflegeplan vorgenommen werden.

Die Kommunikation mit anderen Beteiligten, z. B. den Bewohnenden und ihren Familien, den Pflegehelfenden sowie den Physiotherapeuten und -therapeutinnen, war begrenzt oder blieb ganz aus. Die befragten Pflegenden konzentrierten sich vor allem auf die Kommunikation untereinander und auf diejenige mit dem ärztlichen Dienst. Besonders die fehlende Kommunikation mit den Familien könne zu

Fehlwahrnehmungen führen. Eine Pflegende sagte: «Familien sind sehr schwierig, sie denken, du machst ihre Familienmitglieder süchtig oder willst ihre geliebten Menschen ruhigstellen.» Eine andere Pflegende bemerkte: «Familien haben das Gefühl, dass sie nicht richtig betreut werden und du siehst Wut und Frustration.»

Die Selbstwahrnehmung der Pflegenden

Die Wahrnehmung der Pflegenden schien eine zusätzliche Ursache für Herausforderungen zu sein. Eine Pflegende beschrieb dies wie folgt: «Die Barrieren für das Schmerzmanagement sind die persönlichen Überzeugungen der Pflegenden über das Schmerzmanagement.» Dieser Aspekt wurde beispielsweise im Umgang mit Medikamenten deutlich. Pflegende machten sich Sorgen über Abhängigkeit oder Überdosierungen, wie eine Pflegende erzählt: «Ich habe das Gefühl, dass es einige Pflegende gibt, die Angst haben, zu hoch zu dosieren.»

Die Pflegenden sprachen während der Interviews meist über andere Pflegende und deren Fehlverhalten, jedoch reflektieren sie ihr eigenes Handeln nur in geringem Masse.

Einschätzung der Güte:

Bestätigung: Die Studie wurde nicht durch eine externe Instanz begleitet. Die Forschenden legten ihren persönlichen Standpunkt nicht offen.

Zuverlässigkeit: Die Fragen der Interviews basierten auf vorhergehender Literatur. Die Forschenden formulierten nach einer ersten Analyse der Daten präzisere Fragestellungen für die folgenden Interviews.

Glaubwürdigkeit: Die Forschenden zeigten ihre Vorgehensweise auf. Die Datenanalyse und -kategorisierung wurden zwar beschrieben, jedoch gewährten sie keinen Einblick in Antworthäufigkeiten. Die Forschenden besprachen die Ergebnisse und die Kategorisierung der Daten nicht mit den Teilnehmenden.

Übertragbarkeit: Es ist unklar, auf welche Weise die Teilnehmenden für die Interviews ausgewählt wurden. Die Datenerhebung fand nur in einer Institution statt. Die Interviewfragen wurden in einer Tabelle dargestellt. Jedoch gab es keine Angaben zu Antworthäufigkeiten – weder in der Tabelle noch im Text. Die Ergebnisse wurden mit Zitaten aus den Interviews gestützt.

4.4 «Identifying barriers to pain management in long-term care»

Egan und Cornally (2013) hatten das Ziel, aus pflegerischer Perspektive die Hindernisse für ein optimales Schmerzmanagement in Langzeitinstitutionen zu identifizieren. Um dieses zu erreichen, führten sie eine quantitative, deskriptive Querschnittstudie durch. Die 83 Teilnehmenden, davon 63 Pflegende mit unterschiedlichem Bildungsstand und 18 Personen aus der Pflegeleitung, stammten aus fünf Langzeitinstitutionen in Irland. Mittels eines Fragebogens wurde das Empfinden der Teilnehmenden bezüglich der Hindernisse zum Schmerzmanagement anhand einer Likert-Skala erfragt. Folgende drei Hauptthemen wurden in den Ergebnissen genannt: pflegebedingte Hindernisse, bewohnerinnen- und bewohnerbedingte Hindernisse und organisationsbedingte Hindernisse.

Pflegebedingte Hindernisse

In dieser Kategorie wurde die Variabel, dass «bei agitierten Bewohnenden häufiger Antipsychotika in Betracht gezogen werden als Schmerzmedikamente», mit einem Mittelwert (M) von 3.44 als grösstes Hindernis bezeichnet. Das zweitgrösste Hindernis beschrieb «Ärztinnen und Ärzte, welche ein Widerstreben aufzeigen, adäquate Schmerzmedikation zu verschreiben, aufgrund von Ängsten einer Übermedikation bei Bewohnenden mit Demenz oder im Delir» (M = 3.39). Darauf folgte «die Schwierigkeit den Schmerzäusserungen von Bewohnenden Glauben zu schenken, da sie von Zeit zu Zeit widersprüchlich sind zu ihren nonverbalen Äusserungen» (M = 3.12). Insgesamt waren die pflegebezogenen Hindernisse (M = 2.72) als am wenigsten stark ausgeprägt im Gegensatz zu den anderen Hauptthemen bewertet worden.

Bewohnerinnen- und bewohnerbedingte Hindernisse

Am meisten störend – mit dem höchsten Mittelwert (M = 3.77) von allen Hauptthemen – wurden die bewohnerinnen- und bewohnerbezogenen Hindernisse empfunden. An oberster Stelle stand «die Schwierigkeit, Schmerzen zu erfassen bei Bewohnenden mit kognitiven Einschränkungen» (M = 4.9). An zweiter Stelle wurde genannt, dass «ältere Menschen Schwierigkeiten zeigen, mit Schmerzskalen (z. B. Numeric rating scale) umzugehen» (M = 4.77). Darauf folgte der Aspekt, dass «sensorische Einschränkungen wie Hör- und Sehschwierigkeiten bei Bewohnenden sich behindernd auf die Durchführung von Schmerzassessments auswirken»

(M = 4.35), sowie «Schwierigkeiten beim Schmerzassessment bei älteren Menschen mit Stimmungsveränderungen (Depressionen)» (M = 4.18). An fünfter und sechster Stelle standen «ältere Menschen sehen Schmerzen als einen Teil des Alterns» (M = 3.84) und «ältere Menschen äussern ihre Schmerzen nicht oder bestreiten deren Existenz» (M = 3.83).

Organisationsbedingte Hindernisse

Die organisationsbezogenen Hindernisse (M = 3.02) wurde als zweitstörendstes Oberthema aufgelistet. Als erste Variable genannt wurde «die fehlende Möglichkeit, mit einem Palliativ Care Team über das Schmerzmanagement eines älteren Menschen zu diskutieren» (M = 3.74). Direkt darauf folgte «zu wenig Zeit, um Bewohnende über gesundheitliche Themen aufzuklären (Reservemedikamente, Medikamentenverordnung, alternativen, Abhängigkeit)» (M = 3.71). An dritter und vierter Stelle standen «nicht konsistente Anwendung von Reservemedikamenten bei den Bewohnenden (weil die Entscheidung, Reservemedikamente zu verabreichen, bei der zuständigen Pflegenden liegt und dies von Person zu Person variiert)» (M = 3.69) und «zu wenig verfügbare Zeit, um nichtmedikamentöse Therapien zur Schmerzlinderung durchzuführen» (M = 3.52). Ebenso genannt wurden «die Tendenz nur zu dokumentieren, wenn sich die Schmerzen nicht gebessert haben oder wenn die Bewohnenden Schmerzmedikation verweigern» (M = 3.12) und «kein einheitlicher Weg beim Erfassen von Schmerzen» (M = 3.11).

Einschätzung der Güte:

Objektivität: Der Fragebogen war für alle Teilnehmenden identisch. Dieser wurde jedoch teilweise nicht komplett ausgefüllt, woraus eine Stichprobenverzerrung resultieren kann. Das Verhältnis der Forschenden zu den Teilnehmenden oder den Langzeitinstitutionen ist unklar. Ebenfalls fraglich ist, ob eine externe Person zur Überprüfung des Fragebogens und der Ergebnisse hinzugezogen wurde.

Reliabilität: Der Fragebogen wurde anhand eines Fragebogens einer anderen Studie erstellt und mittels Literatur auf das betreffende Setting angepasst. Durch das Anwenden von Multisites wurde das Risiko für untypische Werte verringert, die Variation der Befragten erhöht und somit die Übertragbarkeit der Ergebnisse verbessert.

Validität: Die Stichprobe wurde aus fünf unterschiedlichen Langzeitinstitutionen generiert, jedoch kamen 60 % der Teilnehmenden aus einer dieser fünf Institutionen, wodurch die externe Validität beeinflusst wird.

4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse

Anhand der Ergebnisse der vier eingeschlossenen Studien wurden Herausforderungen in mehreren Bereichen deutlich. Die Ursprünge der beschriebenen Herausforderungen gehen von den Pflegenden, den Bewohnenden und den institutionellen Bedingungen aus. Sie betreffen folgende Themen: die Wahrnehmung der Pflegenden und Bewohnenden, das Assessment, den Umgang mit Medikamenten, die Edukation und die Struktur. Die Ergebnisse aller Studien sind ähnlich. Der Einfluss der Wahrnehmung der Pflegenden und der Bewohnenden auf das Schmerzmanagement ist ein zentraler Aspekt. Vorurteile, Annahmen und individuelle Haltungen beeinflussen die Entscheidungen und das Handeln der Beteiligten. Das Assessment erweist sich von Seiten der Pflegenden und der Bewohnenden als Herausforderung. Der Umgang mit den vorhandenen Instrumenten, die Interpretation der Ergebnisse und das Erfassen von Schmerzen bei kognitiv beeinträchtigten Menschen stellen zentrale erschwerende Faktoren dar. Eine fehlende oder mangelhafte Edukation zeigt sich bei den Pflegenden, den Bewohnenden und Angehörigen sowie dem ärztlichen Dienst als hinderlich. Durch die Wissensdefizite werden Unsicherheiten im Umgang mit Schmerzen und beispielsweise Medikamenten bewirkt. Strukturelle Bedingungen wurden als erschwerende Faktoren identifiziert. Diese betreffen die Zusammenarbeit im Team sowie personelle, zeitliche und materielle Ressourcen.

Anhand des Vergleichs mit älteren Studien wurde deutlich, dass diese Herausforderung bereits seit Jahren bestehen. So wurden dieselben Problemfelder beschrieben wie in den aktuellen Studien.

5. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die Fragestellung dieser Arbeit beantwortet und die Ergebnisse der gewählten Studien diskutiert.

5.1 Beantwortung der Fragestellung

In dieser Arbeit wird folgende Fragestellung beantwortet: Welche Herausforderungen haben Pflegende beim Schmerzmanagement von älteren Menschen in Langzeitinstitutionen und wie kann mit den beschriebenen Herausforderungen umgegangen werden?

Herausforderungen wurden in den Bereichen der individuellen Wahrnehmung, des Assessments, des Umgangs mit Medikamenten, der Struktur, der Zusammenarbeit im Team und der Edukation deutlich. Die individuelle Wahrnehmung und Haltung zum Thema Schmerz haben einen grossen Einfluss auf das Schmerzmanagement. Das kann bei den Pflegenden sowie den Bewohnenden und ihren Angehörigen beobachtet werden.

Durch das Erfassen von Schmerzen werden die Pflegenden vor Herausforderungen gestellt. Dies gilt insbesondere für das Assessment bei Bewohnenden mit einer kognitiven Einschränkung und die Anwendung der Assessmentinstrumente.

Aufgrund der Vorurteile und der Wissenslücken der beteiligten Personen bezüglich der Medikamente wird das Schmerzmanagement erschwert. Zeit- und Personalmangel sowie fehlende Richtlinien wirken sich ebenfalls auf die Qualität des Schmerzmanagements aus. Die erschwerenden Faktoren der Zusammenarbeit betreffen hauptsächlich diejenige innerhalb der Profession der Pflegenden sowie zwischen den Pflegenden und dem ärztlichen Dienst. Das mangelhafte Wissen und die mangelnde Edukation des Behandlungs- und Betreuungsteams und der Bewohnenden erweisen sich als grosse Herausforderung im Schmerzmanagement. Um mit den genannten Herausforderungen umgehen zu können, sollten die folgenden Aspekte beachtet werden. Im Umgang mit der individuellen Wahrnehmung der Bewohnenden ist es essenziell, dass eine vertrauensvolle Beziehung vorhanden ist. Mithilfe einer Bezugspflegenden kann dieses Ziel erreicht werden, woraus eine offene Kommunikation über Schmerzen resultiert. Für die Pflegenden ist es von Bedeutung, sich selbst zu reflektieren, um sich der eigenen Haltung bewusst zu werden.

Richtlinien und Guidelines dienen den Pflegenden als eine Struktur bei der Durchführung der Assessments. Auch in diesem Kontext verhelfen Schulungen zu verbessertem Wissen hinsichtlich der Anwendung und Auswertung von unterschiedlichen Assessmentinstrumenten. Durch Schulungen in Bezug auf Medikamente können Pflegende eigene Vorurteile und Wissenslücken abbauen. Folglich lässt sich bei der Edukation der Bewohnenden und deren Angehörigen spezifisch auf Bedürfnisse und Unklarheiten eingehen. Die Pflegenden brauchen zudem Schulungen zu den Themen des Umgangs mit akutem und chronischem Schmerz und des Rapportierens. Institutions- und Pflegeleitungen müssen hier Verantwortung übernehmen, indem sie die Wissensstände der Pflegenden erfassen und entsprechende Schulungen zur Verfügung stellen oder vermitteln. Um die Zusammenarbeit zu fördern bedarf es bei allen Beteiligten einer reflektierten Haltung und eines wertschätzenden Umgangs. Von den Institutionen müssen zudem die Bedingungen für die interprofessionelle Zusammenarbeit geschaffen werden. Hierzu gehören interprofessionelle Rapporte und das Gewährleisten der Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte.

5.2 Individuelle Wahrnehmung und Auffassung von Schmerzen

Bei allen Beteiligten im Schmerzmanagement können Unwissen oder Fehlannahmen zu Ängsten und Vorurteilen führen. Im folgenden Abschnitt wird aufgezeigt, wie durch diese das Schmerzmanagement beeinflusst wird.

5.2.1 Die Rolle der Pflegenden

Die Wahrnehmung der Pflegenden hat einen unverkennbaren Einfluss auf das Schmerzmanagement. Pflegende berichteten beispielsweise, dass Schmerzäußerungen von Betroffenen durch einige Pflegende ignoriert werden und diese die Bewohnenden als aufmerksamkeitsuchend bezeichnen (Brunkert et al., 2020). Auch Fox et al. (2004) beschrieben, dass manche Pflegende Schmerzäußerungen von Betroffenen ignorieren. Dem gegenüber steht die Studie von Weiner und Rudy (2002): In dieser verneinten Pflegende und Bewohnende eine Desensibilisierung gegenüber Schmerzäußerungen. Daraus wird deutlich, dass sich die Wahrnehmung der Pflegenden stark unterscheidet und einen grossen Einfluss auf das Erkennen von Schmerzen hat. Aus der fehlenden Schmerzerfassung

resultiert, dass kein Schmerzmanagementprozess initiiert wird und somit Schmerzen unbehandelt bleiben.

Manche Pflegende begründeten ihre Schwierigkeiten, den Bewohnenden zu glauben, damit, dass die verbale Äusserung von Schmerzen nicht mit dem nonverbalen Erscheinungsbild kongruent ist (Egan & Cornally, 2013).

Es ist erkennbar, dass einige Pflegende Vorurteile gegenüber den Betroffenen und auch gegenüber deren Angehörigen haben. Diese Pflegenden äusserten, dass manche Bewohnende ihre Schmerzen auf dramatische Weise zeigen und somit von den Pflegenden in geringerem Masse ernstgenommen werden (Gropelli & Sharer, 2013). Weiter beschrieben Pflegende in der Studie von Gropelli und Sharer (2013), dass bei Betroffenen oft Coping-Strategien fehlen. Diese Auffassung der Pflegenden gegenüber den Coping-Strategien der Betroffenen kann dazu führen, dass die Pflegenden Schmerzen in geringerem Masse ernstnehmen und daher nur bedingt Massnahmen einleiten. Durch die weiter bestehenden Schmerzen fühlen sich die Bewohnenden möglicherweise nicht ernst genommen, woraus ein erschwerter Beziehungsaufbau zu den Pflegenden resultiert.

In der Studie von Gropelli und Sharer (2013) wurde ausführlich die Selbstreflexion der Pflegenden besprochen. Auch Brunkert et al. (2020) diskutierten diesen Punkt eingehend. In den genannten Studien wurde beobachtet, dass Pflegende häufig Fehlverhalten bei anderen Personen beschrieben und wenig selbstreflektiert waren. Dies spiegelt sich in ihren Aussagen über den eigenen Wissensstand wider. So beschrieben die meisten Pflegenden, über ein gutes Wissen zum Schmerzmanagement zu verfügen (Veal et al., 2018). Gropelli und Sharer (2013) wiesen hingegen darauf hin, dass einigen Pflegenden beispielsweise das Wissen fehlt, welche Konsequenzen unbehandelte Schmerzen für Betroffene haben. Durch die Interviews in den Studien von Gropelli und Sharer (2013) sowie Veal et al. (2018) und die Vorurteile, die vorhanden sind, ist erkennbar, dass einige Wissenslücken zum Thema Schmerz bestehen. Dies könnte ein Grund sein, dass Ausbildungsangebote der Institutionen, wie von Gropelli und Sharer (2013) beschrieben, von den Pflegenden nicht genutzt werden. In der Studie von Egan und Cornally (2013) wurden die Hindernisse, die von den Pflegenden ausgehen, als am wenigsten störend bewertet. Dadurch wird zusätzlich ersichtlich, dass die Pflegenden die erschwerenden Ursachen nur in geringem Masse bei sich selbst suchen. Wegen

der fehlenden Selbstreflexion der Pflegenden ist die optimale Durchführung des Schmerzmanagements nur schwer zu erreichen (Gropelli & Sharer, 2013). Grundsätzlich sollte sich die Einstellung der Pflegenden ändern, sodass diese das Schmerzmanagement nicht nur als Teil ihrer Arbeit erachten, sondern auch als bedeutenden Schritt, um die Lebensqualität der Betroffenen zu erhalten (Brunkert et al., 2020).

5.2.2 Die Rolle der Bewohnenden und der Angehörigen

Die Wahrnehmung und Vorstellung von Betroffenen gegenüber Schmerzen können einen grossen Einfluss darauf haben, ob und wann sie diese den Pflegenden mitteilen (Brunkert et al., 2020). Brunkert et al. (2020) sowie Gropelli und Sharer, (2013) beschrieben diesbezüglich, dass einige Betroffene ihre Schmerzen nicht verbalisieren, oder abwarten, bis diese unerträglich werden. Zu langes Warten kann zur Folge haben, dass Schmerzspitzen erreicht werden und die immer stärker werdenden Schmerzen schwer zu behandeln sind. Egan und Cornally (2013) wiesen ebenfalls darauf hin, dass Pflegende beobachten, wie Betroffene die Existenz ihrer Schmerzen abstreiten. In vorhergehender Literatur von Fox et al. (2004) und Kaasalainen et al. (2007) wurde das Fehlen von Schmerzäusserungen gleichermassen beschrieben – aus dem Grund, dass Bewohnende sich nicht beklagen möchten. Egan und Cornally (2013) sowie Veal et al. (2018) nannten ähnliche Gründe, dass Betroffene die Pflegenden nicht stören oder nicht jemandem zur Last fallen möchten. Ein häufiges Vorurteil, welches die Pflegenden bei den Betroffenen beobachten, ist, dass Schmerzen ein normaler Teil des Alterns sind (Egan & Cornally, 2013; Kaasalainen et al., 2007). Einigen Betroffenen fehlt das Vertrauen in die Pflegenden, um mit ihnen über ihre Schmerzen sprechen zu können (Veal et al., 2018). Andere Bewohnenden befürchten, dass es gar keine Möglichkeiten gibt, ihre Schmerzen zu lindern (Egan & Cornally, 2013; Weiner & Rudy, 2002). All diese Faktoren führen dazu, dass Betroffene nicht über ihre eigenen Schmerzen sprechen. Für die Pflegenden wirkt sich dies hinderlich auf ein optimales Schmerzmanagement aus. Voraussetzungen, um dieses zu erreichen, sind eine wertschätzende Kommunikation und eine positive, auf Vertrauen basierende Beziehungsgestaltung. Kaasalainen et al. (2007) betonten Folgendes: Wenn keine Schmerzen geäussert werden, bedeutet dies nicht, dass keine vorhanden sind.

Die Angehörigen der Betroffenen spielen im Schmerzmanagement eine zentrale Rolle (Veal et al., 2018). Dieser Einfluss kann sich sowohl negativ als auch positiv auswirken. In der Studie von Gropelli und Sharer (2013) werden mehrere Annahmen sichtbar, welche die Angehörigen gegenüber den Pflegenden haben – beispielsweise, dass die Pflegenden zu geringe Aktivitäten im Schmerzmanagement unternehmen, oder dass den Bewohnenden zu zahlreiche Medikamente gegeben werden, um diese ruhig zu halten. Diesbezüglich beschrieben sie die fehlende Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Angehörigen, woraus resultiert, dass sich bei Letzteren Unsicherheit entwickelt. Diese kann sich dadurch zeigen, dass sich die Angehörigen ebenfalls Sorgen um die Nebenwirkungen von Schmerzmedikamenten machen und somit die Betroffenen darin bestärken, diese nicht einzunehmen (Brunkert et al., 2020; Veal et al., 2018). Durch einen konstruktiven Austausch mit den Angehörigen, bei dem ihre Sorgen angesprochen werden, können diese geklärt werden. Daher ist es sinnvoll, Gespräche zur Edukation der Bewohnenden im Beisein der Angehörigen zu führen (Veal et al., 2018). Folglich können die Angehörigen die Pflegenden darin unterstützen, bei den Betroffenen das Verständnis bezüglich ihrer Medikamente zu verbessern. Durch eine transparente und wertschätzende Zusammenarbeit mit den Angehörigen kann die Beziehung zwischen Pflegenden und Bewohnenden sowie ihren Angehörigen aufgebaut und gestärkt werden. Folglich wächst das Vertrauen in die Pflegenden, was positive Auswirkungen auf das Schmerzmanagement hat. Aus diesem Grund sollen Angehörige in den Prozess des Schmerzmanagement involviert und als Ressource gesehen werden (Brunkert et al., 2020; Veal et al., 2018).

5.3 Schmerzassessment

In allen vier Studien wurden Herausforderungen beim Erfassen von Schmerzen thematisiert. Das Assessment ist der Start und das Fundament des Schmerzmanagements. Durch Herausforderungen dabei, können negative Auswirkungen für den gesamten Prozess resultieren.

5.3.1 Die Rolle der Pflegenden

Gemäss Brunkert et al. (2020) beschreiben Pflegende, dass Assessmentinstrumente verfügbar und unkompliziert zu handhaben sind. Dennoch werden diese im Alltag in

zu geringem Umfang angewendet. Ein Grund dafür könnten die häufigen Fluktuationen in den Teams sein, da die neu eingeführten Pflegenden diese Instrumente nicht kennen und keine Routine in der Anwendung haben. Auch in der Studie von Veal et al. (2018) wurde aufgezeigt, dass Assessmentinstrumente zu selten eingesetzt werden und Schmerzen meist nur durch Fragen und Beobachtungen erfasst werden. Eine vollständige und korrekte Dokumentation der Schmerzen ist somit nicht möglich, da keine umfassende Einschätzung der Schmerzen erhoben wird und nur eine subjektive Beobachtung der Pflegenden vorliegt. Der Verlauf ist dadurch schwer darstellbar und für andere Akteure, beispielsweise für den ärztlichen Dienst, ist eine Einschätzung der Situation lediglich begrenzt möglich.

In allen vier Studien wurde dargelegt, dass speziell die Durchführung des Schmerzassessments bei Bewohnenden mit einer kognitiven Einschränkung ein grosses Hindernis im Schmerzmanagement darstellt (Brunkert et al., 2020; Egan & Cornally, 2013; Gropelli & Sharer, 2013; Veal et al., 2018). Diese Problematik wurde bereits in vorhergehender Literatur als herausfordernder Faktor beschrieben (Fox et al., 2004; Kaasalainen et al., 2007; Tarzian & Hoffmann, 2004). Von manchen Pflegenden wurden die Effizienz und Brauchbarkeit der verwendeten Assessmentinstrumente angezweifelt (Veal et al., 2018), da das Einordnen des Verhaltens anhand der Punkte des Instruments teilweise schwierig ist. Bereits in einer Studie von Kaasalainen et al. (2007) wurde der Umgang mit Assessmentinstrumenten thematisiert und diese wurden als unzulänglich bezeichnet. Die Voraussetzung für den Beginn des Schmerzassessments ist, dass die Pflegenden die Bewohnenden gut kennen, damit sie deren Befinden beurteilen können (Brunkert et al., 2020; Veal et al., 2018). Speziell bei Bewohnenden, welche ihre Schmerzen nicht verbalisieren können, müssen die Pflegenden diese durch Mimik und Gestik erkennen (Kaasalainen et al., 2007). Eine Beurteilung der Intensität ist deshalb nur beschränkt möglich (Brunkert et al., 2020). Die fehlende Einschätzung der Intensität hat zur Folge, dass die Evaluation der Schmerzen nur erschwert durchführbar ist und deren Verlauf nicht dokumentiert werden kann. Dadurch besteht die Schwierigkeit, die Schmerzen der Betroffenen optimal zu behandeln und Medikamente korrekt anzupassen. Ein weiterer Grund, weshalb Schmerzen nicht erfasst werden, ist, dass auffälliges Verhalten, wie Agitiertheit oder

Aggressivität, bei diesen Bewohnenden eher der kognitiven Einschränkung zugeschrieben wird (Brunkert et al., 2020; Egan & Cornally, 2013; Fox et al., 2004; Kaasalainen et al., 2007). Dadurch werden Schmerzen erst spät als Ursache in Betracht gezogen. Dies führt dazu, dass sich bei Betroffenen mit kognitiven Einschränkungen der Prozess des Schmerzmanagements verzögert.

5.3.2 Die Rolle der Bewohnenden

Die Studie von Veal et al. (2018) zeigte auf, dass Pflegende bei Bewohnenden häufig Schwierigkeiten beobachten, beim Schmerzassessment die nötige Partizipation aufzubringen. Auch Egan und Cornally (2013) beschrieben diesen Aspekt und betonten die Schwierigkeit speziell bei Betroffenen mit kognitiven oder sensorischen Einschränkungen. In der Studie von Veal et al. (2018) wurde diesbezüglich das Beispiel der Gehörlosigkeit genannt, woraus eine erschwerte verbale Kommunikation resultiert (Veal et al., 2018). Dies wiederum bedeutet, dass die Pflegenden vermehrt Zeit einplanen müssen, um ein optimales Schmerzassessment durchführen zu können. Eine weitere Herausforderung für Bewohnende ist der Umgang mit Schmerzskaleten wie der Numeric Rating Scale (NRS) (Egan & Cornally, 2013). Gründe dafür sind, dass die Betroffenen keine Erfahrung haben, ihre Schmerzen einer Zahl zuzuordnen, dass die Skalen von den Pflegenden in zu geringem Masse erklärt werden und dass der Sinn dahinter von den Betroffenen nicht verstanden wird. Ebenfalls erachten es einige Pflegende als frustrierend, wenn Schmerzskaleten von jedem Bewohnenden anders interpretiert werden (Gropelli & Sharer, 2013), was dazu führen kann, dass Betroffene keine adäquate Behandlung für ihre Schmerzen erhalten.

In der Studie von Egan und Cornally (2013) wurden zusätzlich Stimmungsveränderungen bei den Bewohnenden, wie durch eine Depression bedingt, als herausfordernd für das Schmerzassessment beschrieben. Aus genannten Gründen müssen sich Pflegende bewusst sein, dass einige Betroffene ihre Schmerzen nicht aktiv äussern, was zur Folge hat, dass kein Schmerzassessment durchgeführt wird.

5.4 Medikamente und andere Massnahmen

Im folgenden Abschnitt werden Themen rund um medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapien aufgezeigt, durch welche das Schmerzmanagement beeinflusst wird.

5.4.1 Die Rolle der Pflegenden

Bezüglich Analgetika sind bei Pflegenden Unwissen, Vorurteile und Ängste vorhanden. Speziell bei Opioiden sind die Pflegenden eher zurückhaltend bei der Verabreichung (Veal et al., 2018). Sie äussern Ängste vor einer Überdosierung, einer Abhängigkeit der Betroffenen, den Nebenwirkungen wie der Atemdepression und den Gefahren der Polymedikation (Egan & Cornally, 2013; Gropelli & Sharer, 2013; Veal et al., 2018). Diese Zurückhaltung beschrieben auch Kaasalainen et al. (2007). Besonders bei Bewohnenden mit einer kognitiven Einschränkung werden Opiode nur ungern verabreicht, aufgrund der Schwierigkeit des Schmerzassessments bei dieser Personengruppe. Wegen fehlerhaft interpretierter Verhaltensauffälligkeiten werden bei diesen Personen Antipsychotika anstelle von Analgetika verabreicht (Egan & Cornally, 2013; Veal et al., 2018).

Unsicherheiten treten auch bei der Handhabung von Reservemedikamenten auf. Ob und zu welchem Zeitpunkt diese verabreicht werden, ist für zahlreiche Pflegende unklar und wird individuell gehandhabt (Egan & Cornally, 2013). Manche bieten den Bewohnenden die Reserveanalgetika nicht aktiv an, besonders, wenn diese bereits eine Basisanalgesie fest eingeplant haben (Egan & Cornally, 2013). Oben genannte Ängste einer Überdosierung oder Nebenwirkungen könnten Gründe dafür sein. Eine weitere Ursache könnte die Annahme sein, dass Reserveanalgetika nicht notwendig sind, da schon eine Basisanalgesie verabreicht wurde. Falls Letztere für die Betroffenen nicht ausreicht, ist es essenziell, dass die Reserveanalgesie ausgeschöpft wird. Dies ist eine bedeutende Voraussetzung, um eine Erhöhung der Dosierung der Basisanalgesie beim ärztlichen Dienst anfordern zu können.

Nichtmedikamentöse Therapien, beispielsweise Wickel oder Massagen, werden nur beschränkt angewendet. Den Pflegenden ist deren Relevanz bewusst, jedoch werden diese in zu geringem Masse umgesetzt (Brunkert et al., 2020). Die Pflegenden können nichtmedikamentöse Therapien ohne ärztliche Verordnung anwenden. Daher besteht für die Pflegenden die Möglichkeit, sofort zu handeln und

zu versuchen, die Schmerzen zu lindern, was für die Bewohnenden ein Vorteil ist. Mangelnde zeitliche sowie materielle Ressourcen wurden von Brunkert et al. (2020) als Gründe genannt. Eine frühere Studie zeigte, dass Pflegenden gerne ihr Wissen bezüglich nichtmedikamentöser Behandlungen vertiefen möchten, um diese vermehrt in der Praxis anzuwenden (Schofield, 2006). Dies würde dazu führen, dass die Auswahl zur Behandlung von Schmerzen für die Pflegenden sowie die Bewohnende steigt und teilweise Analgetika umgangen werden können. Durch die Anwendung von nichtmedikamentösen Interventionen lässt sich das Vertrauen zwischen Pflegenden und Bewohnenden stärken. Die Pflegenden können sich aktiv Zeit nehmen, wodurch ein vertieftes gegenseitiges Kennenlernen möglich ist.

5.4.2 Die Rolle der Bewohnenden

Anhand der Studien von Brunkert et al. (2020), Egan und Cornally (2013) sowie Veal et al. (2018) wird klar, dass zahlreiche Bewohnende grundsätzlich nicht gerne Medikamente einnehmen. Fox et al. (2004) begründeten dies damit, dass die Einnahme von Medikamenten bei den Betroffenen das Gefühl von Schwäche und Kranksein auslöst. Bei den Bewohnenden bestehen zahlreiche Unklarheiten und Vorurteile in Bezug auf Analgetika, wodurch Ängste ausgelöst werden können. Am häufigsten genannt wird der Aspekt, dass Betroffene Furcht vor Nebenwirkungen haben und aus diesem Grund keine Analgetika einnehmen möchten (Brunkert et al., 2020; Egan & Cornally, 2013; Veal et al., 2018).

Seltener wird die Angst vor einer Abhängigkeit von Seiten der Bewohnenden angesprochen (Egan & Cornally, 2013; Veal et al., 2018). Der Grund dafür könnte sein, dass sich die Generationen von älteren Menschen von der Gefahr einer Abhängigkeit nicht betroffen fühlen, da sie sich nicht als Konsumenten von abhängig machenden Substanzen sehen.

Wie bereits erwähnt, bestehen auch bei den Pflegenden Unsicherheiten und Vorurteile bezüglich Nebenwirkungen und einer potenziellen Abhängigkeit. Diese Haltung der Pflegenden kann sich negativ auf die Edukation der Bewohnenden hinsichtlich Wirkung, Nebenwirkungen und Folgen von Analgetika auswirken und somit können die Ängste der Betroffenen nicht verringert oder sogar verstärkt werden. Die Compliance der Betroffenen im Medikamentenmanagement nimmt ab, was dazu führen kann, dass Betroffene keine optimale Behandlung erhalten.

5.5 Institutionelle Strukturen

Der Zeitmangel erweist sich aus pflegerischer Sicht als Hindernis für ein erfolgreiches Schmerzmanagement sowie als Belastung für die Pflegenden (Veal et al., 2018). Bereits Kaasalainen et al. (2007) und Fox et al. (2004) beschrieben diesen Faktor als belastend für die Pflegenden. Die Ursachen für den Zeitmangel können Personalausfälle und -mangel sein, welche negative Auswirkungen auf die Pflegequalität haben (Brunkert et al., 2020). Zeit mit den Bewohnenden zu verbringen, gestaltet sich somit besonders für Pflegefachpersonen schwierig (Veal et al., 2018). Folglich fehlt die Zeit für die Beziehungsgestaltung und die Edukation von Bewohnenden zu Themen des Schmerzmanagements, beispielsweise Nebenwirkungen von Medikamenten.

Die Fluktuationen in den Teams werden von den Pflegenden als belastend empfunden und es fehlt die Routine bezüglich Stationsabläufen (Brunkert et al., 2020). Daraus folgt, dass der Beziehungsaufbau erschwert wird und interne Abläufe nicht angewendet werden, wodurch das Schmerzmanagement negativ beeinflusst werden kann. Aus diesen Gründen muss von Seiten der Institutionen darauf geachtet werden, hohe Fluktuationen in den Pflgeteams zu vermeiden und den Zeitdruck der Pflegenden zu minimieren (Brunkert et al., 2020). Somit können Bezugspflege und eine personenzentrierte Pflege gewährleistet werden, welche für eine optimale Beziehungsgestaltung unumgänglich sind (Veal et al., 2018).

Gemäss Veal et al. (2018) fehlen in den Institutionen Richtlinien und Weisungen zum Schmerzmanagement. Diesen Umstand beschrieben auch Brunkert et al. (2020). So gibt es keine festgelegten Zeiten oder Häufigkeiten, wann Schmerzen erfasst werden sollen. Aus der fehlenden Zuteilung oder festen Integration in den Stationsalltag kann resultieren, dass Schmerzen nicht frühzeitig erfasst werden und somit lange unerkannt bleiben. Neben den Richtlinien und Guidelines sahen Gropelli und Sharer (2013) den Bedarf eines individualisierten Behandlungsplans. Bereits Kaasalainen et al. (2007) gelangten zu dem Ergebnis, dass der Behandlungsplan individuell gestaltet werden müsse. Einerseits nahmen die Pflegenden wahr, dass mit Schmerzen individuell umgegangen werden muss (Gropelli & Sharer, 2013), da das Schmerzerleben jeder einzelnen Person unterschiedlich ist. Dennoch wünschten sie sich Richtlinien und Einheitlichkeit in Bezug auf das Schmerzmanagement. Das Verlangen nach einheitlichen Vorgehensweisen könnte als Wunsch nach Sicherheit

im Schmerzmanagement interpretiert werden. Richtlinien und Guidelines werden benötigt, um die Routine der Pflegenden zu stärken (Brunkert et al., 2020) und den Umgang mit den Assessmentinstrumenten einheitlich zu gestalten (Veal et al., 2018). Dabei muss sichergestellt werden, dass auch neue Mitarbeitende mit den Richtlinien vertraut sind (Brunkert et al., 2020). Den neuangestellten Pflegenden könnten diese Sicherheit bieten und sie so im Umgang mit Schmerzen und den neuen Stationsabläufen unterstützen.

5.6 Zusammenarbeit im Team

Die Zusammenarbeit im Team ist ein zentraler Aspekt im Schmerzmanagement. In diesem Kontext werden in der Literatur zahlreiche erschwerende Faktoren dargelegt. Diese werden hier in Bezug auf die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit diskutiert.

5.6.1 Die intraprofessionelle Zusammenarbeit

Die Kommunikation zwischen Pflegenden der unterschiedlichen Ausbildungsniveaus erwies sich in der Studie von Brunkert et al. (2020) als problematisch. Zu diesem Ergebnis gelangten auch Fox et al. (2004) sowie Holloway und McConigley (2009). Die Pflegehelfenden stellen häufig als erste fest, wenn Bewohnende Schmerzen haben (Brunkert et al., 2020; Veal et al., 2018). Sie leiten ihre Beobachtungen über die Schmerzen an die zuständigen Pflegefachpersonen weiter. In der Studie von Brunkert et al. (2020) erwies sich diese Schnittstelle der Kommunikation als problematisch. Der Rapport der Pflegehelfenden ist oft nicht umfassend und nicht in Fachsprache formuliert, weshalb eine Einschätzung der Informationen für die Pflegefachpersonen schwierig ist. Dies erfordert ein erneutes Erfassen der Schmerzen durch die Pflegefachpersonen und ist zeitaufwändig. Das kann zur Folge haben, dass die Pflegefachpersonen die Pflegehelfenden und deren Beobachtungen nicht mehr ernst nehmen und sich stattdessen auf ihre eigene Einschätzung verlassen. Die tragende Rolle der Pflegehelfenden als enge Vertraute der Bewohnenden wurde bereits in den Studien von Weiner und Rudy (2002) sowie von Holloway und McConigley (2009) erkannt und beschrieben. Dennoch werden sie bis heute in zu geringem Masse in das Schmerzmanagement integriert. In der Studie von Holloway und McConigley (2009) äusserten Pflegehelfende den Wunsch, in das

Schmerzmanagement eingebunden zu werden. Wenn Pflegehelfende eine Grundausbildung zum Schmerzmanagement erhalten würden, könnten sie ihre Beobachtungen einbringen und somit einen wertvollen Beitrag leisten (Veal et al., 2018). Sie könnten die Pflegefachpersonen entlasten und zum Wohlbefinden der Bewohnenden beitragen.

Hierarchische Stufen sind in Langzeitinstitutionen intra- und interprofessionell präsent. Auch in der Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und den Ärztinnen und Ärzten werden diese hierarchischen Muster deutlich. Es ist zu beobachten, dass die höher ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte eher auf ihre eigenen Fähigkeiten und Einschätzungen vertrauen als auf die der Pflegenden (Brunkert et al., 2020; Veal et al. 2018). Trotz dieser Hierarchie werden von Pflegehelfenden Aufgaben und Fähigkeiten verlangt, für welche sie nie eine Ausbildung erhalten haben (Holloway & McConigley, 2009). So wird von ihnen erwartet, dass sie Schmerzen korrekt rapportieren oder mit Assessmentinstrumenten erfassen. Dies wird auch von den Autorinnen der vorliegenden Arbeit im schweizerischen Kontext beobachtet. Daraus können Unsicherheit und Überforderung bei den Pflegehelfenden resultieren. Um ihnen Unterstützung und Sicherheit zu vermitteln, sollten die Pflegefachpersonen lernen, die Pflegehelfenden zu respektieren, ihnen zuzuhören und das von ihnen Rapportierte ernst zu nehmen (Brunkert et al., 2020).

5.6.2 Die interprofessionelle Zusammenarbeit

Die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen Dienst und den Pflegenden ist ein zentraler Bestandteil des Schmerzmanagements. Die Pflegenden geben die Informationen über den Zustand der Bewohnenden an den ärztlichen Dienst weiter, damit die Ärztinnen und Ärzte eine adäquate Verordnung ausstellen können. Anhand der Studien wird deutlich, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit erschwert ist und sich dies negativ auf das Schmerzmanagement auswirkt (Brunkert et al., 2020; Egan & Cornally, 2013; Gropelli & Sharer, 2013; Veal et al., 2018). Dieses Resultat deckt sich mit den Erkenntnissen aus früheren Studien (Fox et al., 2004). Bereits Kaasalainen et al. (2007) beschrieben, dass die Vertrauensbeziehung zwischen den Pflegenden und Ärztinnen und Ärzten einen grossen Einfluss auf die erfolgreiche Zusammenarbeit hat. Letztere erachteten die mündliche Übergabe und die schriftliche Dokumentation von Informationen der

Pflegenden als unvollständig und unstrukturiert. Dies kann ein Grund dafür sein, dass Ärztinnen und Ärzte, wie von Veal et al. (2018) und Egan und Cornally (2013) beschrieben, in Bezug auf das Verordnen von Medikamenten zurückhaltend sind. Pflegende berichteten, dass sie sich nicht ernstgenommen fühlen und die Ärztinnen und Ärzte nicht auf ihre Einschätzungen vertrauen (Veal et al., 2018). Die Dokumentation der Pflegenden stellt eine bedeutende Grundlage für die Verordnung von Medikamenten dar. Pflegende geben an, dass Schmerzen häufig nur dokumentiert werden, wenn sich diese nicht verbessert haben oder wenn Bewohnende die Schmerzmedikation verweigern (Egan & Cornally, 2013). Ausserdem sind die Dokumentationen in zu geringem Masse detailliert und es fehlen Angaben über beispielsweise die Lokalisation oder Intensität des Schmerzes (Veal et al., 2018). Eine vollständige Dokumentation kann die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten verbessern und die Pflegenden in ihrer Argumentation unterstützen (Veal et al., 2018).

Die fehlende Verfügbarkeit und Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte geht aus der Literatur als grosses Hindernis hervor (Brunkert et al., 2020; Fox et al., 2004). Besonders in Altersheimen, welche mit Hausärztinnen und Hausärzten zusammenarbeiten, dauert es lange, bis eine Verordnung ausgestellt wird (Gropelli & Sharer, 2013). Zudem sind die Ärztinnen und Ärzte nicht im Haus anwesend und sehen die Bewohnenden nur selten. Auch Brunkert et al. (2020) erachteten dies als Schwierigkeit. Insbesondere finden gemeinsame Visiten zu selten statt, obwohl durch diese die interprofessionelle Kommunikation und Entscheidungsfindung gefördert werden (Brunkert et al., 2020).

5.7 Edukation

Die Edukation aller Beteiligten (Pflegende, Ärztinnen und Ärzte sowie Bewohnende und Angehörige) geht aus der Literatur als mangelhaft und hinderlich für ein erfolgreiches Schmerzmanagement hervor (Brunkert et al., 2020; Gropelli & Sharer, 2013). Bereits in vorhergehender Literatur wurden die mangelhafte Edukation und der folglich bestehende Schulungsbedarf beschrieben (Fox et al., 2004; Holloway & McConigley, 2009; Kaasalainen et al., 2007; Sloman et al., 2001). Zudem wird zum Thema Schmerzmanagement stetig geforscht, weshalb eine kontinuierliche Edukation aller Beteiligten erforderlich ist (Gropelli & Sharer, 2013).

Hinsichtlich des Bereichs der Edukation lassen sich in der Literatur Unterschiede feststellen. Veal et al. (2018) gelangten zu dem Ergebnis, dass die Pflegenden einige Weiterbildungen besuchten und den Wunsch äusserten, noch mehr Edukation zum Thema Schmerzmanagement zu erhalten. In der Studie von Gropelli und Sharer (2013) wurde jedoch aufgezeigt, dass die Pflegenden in den Institutionen, welche Schulungen anbieten, diese kaum besuchten. Häufig lag die letzte Schulung zum Thema lange zurück oder dieses wurde seit der Ausbildung nicht mehr behandelt (Gropelli & Sharer, 2013). Insbesondere sahen Gropelli und Sharer (2013) sowie Veal et al. (2018) Bedarf für Schulungen zum Schmerzassessment bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Für Pflegehelfende soll zusätzlich das Rapportieren behandelt werden (Brunkert et al., 2020). Auf der Stufe der Pflegefachpersonen bedarf es einer Schulung zum Wissen über chronischen und akuten Schmerz sowie zum Umgang mit Schmerz (Egan & Cornally, 2013; Gropelli & Sharer, 2013). Die Haltung zum Schmerzmanagement und das Engagement der Pflegenden haben einen wesentlichen Einfluss auf die Teilnahme an den Schulungsangeboten. Deshalb braucht es eine reflektierte Selbsteinschätzung, welche, wie bereits beschrieben, teilweise in zu geringem Masse vorhanden ist. In keiner der Studien wurde beschrieben, dass das Wissen der Pflegenden bei ihrem Anstellungsbeginn oder im Laufe der Anstellung erfasst wird. Durch eine solche Standortbestimmung lassen sich Wissensdefizite und ein Bedarf für Weiterbildungen aufzeigen. So kann den Pflegenden die Schulung gewährt werden, die sie benötigen. Durch eine regelmässige Überprüfung im Laufe der Anstellung kann das Wissen der Pflegenden und somit die Qualität des Schmerzmanagements aufrechterhalten werden.

6. Praxistransfer

Für die Darstellung des Praxistransfers wird das Modell von Rycroft-Malone et al. (2004) verwendet. Anhand der vier Faktoren dieses Modells – Erfahrung und Wissen der Pflegenden, Erfahrungen und Bedürfnisse der Bewohnenden und ihrer Angehörigen, lokale Bedingungen und Ressourcen sowie die Ergebnisse aus der Forschung – werden die Bedeutung sowie Anregungen für die Praxis dargelegt.

6.1 Erfahrung und Wissen der Pflegenden

Dieser Faktor befasst sich mit der Erfahrung und dem Wissen der Pflegenden sowie mit dem Aspekt, wie durch diese das Schmerzmanagement beeinflusst wird.

6.1.1 Rolle der Pflegenden

Pflegefachpersonen haben in der Rolle als Bezugspfleger die Verantwortung, dass in Zusammenarbeit mit den Bewohnenden eine individuelle Pflegeplanung erarbeitet wird. Die Planung und Sicherstellung der Durchführung sowie die Evaluation des Schmerzmanagements sind Aufgaben der Bezugspfleger. Dabei sollen Pflegehelfende einbezogen werden, da sie eine Menge Zeit mit den Bewohnenden verbringen und dadurch Verhaltensänderungen erkennen können. Eine subjektive Einschätzung von Schmerzen durch die Pflegehelfenden oder Pflegefachpersonen ist jedoch nicht ausreichend. Im Falle, dass Verhaltensänderungen bei Bewohnenden erkannt oder Schmerzen ausgedrückt werden, muss die Initiierung eines Schmerzassessments erfolgen. Um dieses korrekt durchzuführen, sollen Pflegefachpersonen von der Institution vorgegebene Assessmentinstrumente anwenden. Bei Bewohnenden mit einer kognitiven Beeinträchtigung soll ein speziell dafür ausgerichtetes Assessmentinstrument eingesetzt werden. Die Rolle der Pflegehelfenden besteht darin, dass sie ihre Beobachtungen bei den Betroffenen einordnen können und diese an die zuständige Pflegefachperson weiterleiten. Damit diese Vorgehensweise realisierbar ist, sollen Pflegehelfende an Schulungen teilnehmen, durch welche das Erkennen von Schmerzen und die Weitergabe dieser Informationen ermöglicht werden. Auf diesen Veranstaltungen lassen sich auch Assessmentinstrumente thematisieren, damit diese von den Pflegehelfenden direkt angewendet werden können.

Pflegehelfende und Angehörigen der Bewohnenden können in den gesamten Prozess des Schmerzmanagements involviert werden. Wie diese Umsetzung aussehen kann, wird im Kapitel 6.2 aufgezeigt. Um diese Zusammenarbeit und Kommunikation untereinander produktiv und wertschätzend zu gestalten, liegt es in der Verantwortung der Bezugspflegerinnen, zu koordinieren. So können beispielsweise Ziele und nichtmedikamentöse Massnahmen gemeinsam geplant werden. Die Pflegefachperson sorgt dafür, dass Massnahmen korrekt durchgeführt und Aufgaben von den entsprechenden Personen übernommen werden. Die Bezugspflegerin sollte regelmässig in Zusammenarbeit mit den Pflegehelfenden die Schmerzsituation der Betroffenen evaluieren und neue Ziele sowie Massnahmen formulieren oder bestehende überarbeiten. Dabei sollen gemäss der Pflegeexpertin auch psychische, soziale und spirituelle Bedürfnisse und deren Einfluss berücksichtigt werden.

Damit die Pflegehelfenden und Angehörige erfolgreich eingebunden werden können, bedarf es diesbezüglich auch einer Veränderung im Verhalten der Pflegefachpersonen. Letztere sollten lernen, die Ressourcen der Pflegehelfenden und Angehörigen zu erkennen und wertzuschätzen.

6.1.2 Haltung der Pflegenden

Um die Selbstreflexion der Pflegenden zu fördern, sollten – neben Schulungen der Institution zum Thema Selbstreflexion – die Pflegenden selbst ein Bewusstsein dafür entwickeln. Beispielsweise können diese Personen nach herausfordernden Situationen eine Fallbesprechung mit der Pflegedienstleitung beziehungsweise mit einer Pflegeexpertin oder einem Pflegeexperten durchführen. Dazu lassen sich Modelle zur Selbstreflexion, etwa der Reflexionskreis, nutzen, um das Gespräch vorzubereiten und zu leiten. Diese können auch erfahrene Pflegenden verwenden, um schwierige Situationen zu analysieren. Das Ziel ist es, dass Pflegenden erlebte Situationen und ihr Verhalten reflektiert betrachten und somit eigene Fehler erkennen sowie daraus lernen können.

Auch bezüglich des eigenen Wissensstands ist eine ehrliche, reflektierte Haltung essenziell. Folglich sind sich Pflegenden bewusst, welche Wissenslücken bestehen und wie bedeutsam Schulungen und Weiterbildung sind. Aus diesen Gründen sollen interne Weiterbildungsangebote rund um das Schmerzmanagement regelmässig von

ihnen genutzt werden. Falls sich Pflegende für externe Ausbildungsangebote bezüglich des Schmerzmanagements interessieren, liegt es in ihrer Verantwortung, diese bei ihren Vorgesetzten vorzustellen.

Eduktion und Wissen können aufklärend wirken, um Ängste und Vorurteile zu entkräften. Zusätzlich müssen Pflegende ihre eigene Haltung überdenken und sich über bestehende Vorurteile bewusst sein. Eine wertfreie Position gegenüber allen Bewohnenden ist erstrebenswert, auch wenn diese nur schwierig umzusetzen ist. Sie ist essenziell, damit bei allen Bewohnenden Schmerzen gleichermassen bewertet und erfasst werden und somit alle Betroffenen eine optimale Behandlung erhalten.

6.1.3 Dokumentation und Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten

Voraussetzung für einen nachvollziehbaren Verlauf der Schmerzsituation einer Person ist die korrekte und vollumfängliche Dokumentation. Für deren Medium ist die Institution verantwortlich. Was und wie konsequent dokumentiert wird, hängt jedoch von den Pflegenden ab. Grundsätzlich sollten bei allen Betroffenen, welche unter Schmerzen leiden, diese regelmässig dokumentiert werden. Dabei gilt es gemäss der Pflegeexpertin, zwischen chronischem und akutem Schmerz zu unterscheiden. Letzterer soll mehrmals täglich und chronischer Schmerz seltener erfasst werden. Das tägliche Erfragen von chronischen Schmerzen kann bei Betroffenen zu Frustration und Triggern der Schmerzen führen. Speziell bei einer Veränderung der Analgetika-Verordnung – oder wenn eine solche Veränderung angezeigt ist – sollte eine tägliche Dokumentation erfolgen. Folgende Aspekte sollten dokumentiert werden: Quantität, Qualität und Lokalisation der Schmerzen. Zusätzlich sollten der zeitliche Verlauf, lindernde und verschlimmernde Umstände sowie mögliche Begleitsymptome hinzugefügt werden (Füessl & Middeke, 2018).

Eine umfassende Dokumentation ist ein bedeutendes Hilfsmittel für eine korrekte Informationsweitergabe an den ärztlichen Dienst. So kann diese bei der Visite als Grundlage oder als Faktenlage bei der Forderung zur Anpassung der Analgetika verwendet werden. Zudem kann aus der Anwendung eines Rapport-Schemas als Leitfaden eine vereinfachte Kommunikation mit dem ärztlichen Dienst resultieren.

6.2 Erfahrungen und Bedürfnisse der Bewohnenden und ihrer Angehörigen

Dieser Faktor befasst sich mit dem Einfluss der Wertvorstellungen und Bedürfnisse der Bewohnenden auf das Schmerzmanagement. Dabei wird die Rolle der Angehörigen eingeschlossen.

Bewohnende und Angehörige brauchen eine Bezugspflegeperson, mit der sie eine auf Vertrauen basierte Beziehung aufbauen können, um offen über persönliche Themen zu sprechen. Zusätzlich sollten Pflegende die Bewohnenden ermutigen, über Schmerzen zu sprechen, und deren Äusserungen ernst nehmen. Themen wie die Furcht, jemandem zur Last zu fallen, oder die Angst, die Pflegenden zu stören, sollten direkt angesprochen werden. Ebenso sollten Themen hinsichtlich des Medikamentenmanagements, wie Angst vor Nebenwirkungen, oder Vorurteile gegenüber Schmerzen erörtert werden. Mit solchen informativen, offenen Gesprächen können Ängste abgebaut werden und die Compliance im Schmerzmanagement lässt sich steigern. Auch die Angehörigen können diese Ängste haben, weshalb sie in ein gemeinsames Gespräch einbezogen werden sollten. Durch die transparente Zusammenarbeit können die Angehörigen Vertrauen bezüglich der Arbeit und Vorgehensweisen der Pflegenden aufbauen. Dadurch können sie die Pflegenden darin unterstützen, Ängste der Bewohnenden abzubauen und deren Compliance im Schmerzmanagement zu fördern. Zudem ist es eine wirkungsvolle Grundlage für eine Zusammenarbeit aller Beteiligten im Schmerzmanagement. Die Angehörigen kennen die Bewohnenden gut und können Auskunft über deren Gewohnheiten und Vorlieben geben. So bieten sie eine Unterstützung im Erkennen von Schmerzen, aber auch in der Edukation der Bewohnenden. Besonders bei Bewohnenden mit einer kognitiven Beeinträchtigung können die Angehörigen einen wertvollen Beitrag leisten. Auf diese Weise lassen sich beispielsweise Abweichungen im Verhalten feststellen oder nichtmedikamentöse Therapien, wie Wickel, auf die Bewohnenden abstimmen.

6.3 Lokale Bedingungen und Ressourcen

Bei diesem Faktor werden die institutionellen, interprofessionellen und strukturellen Gegebenheiten und Ressourcen in Bezug auf das Schmerzmanagement betrachtet.

6.3.1 Schulung und Schulungsthemen

Die Ausbildung und das Wissen der Pflegenden haben einen grossen Einfluss auf das Schmerzmanagement. Das Wissen der Pflegenden soll bei Anstellungsbeginn und während der Anstellung in regelmässigen Abständen geprüft werden. Die Wissensabfrage soll durch die Institutionen geregelt sein. Sie könnte beispielsweise mit dem jährlichen Qualifikationsgespräch verknüpft werden. So liesse sich im Gespräch gemeinsam entscheiden, welche Schulungen zu besuchen sind. Jedoch bedarf es dazu einer angemessenen Lösung bezüglich des Aufwands und der Kosten der Kurse. Die Schulungen sind für sämtliche Pflegenden der unterschiedlichen Ausbildungsniveaus notwendig und sollen für alle zugänglich sein. Wenn Schulungen in der Institution durchgeführt werden können, ist dies gemäss der Pflegeexpertin kostengünstiger und lässt eine individuelle Ausrichtung zu. Pflegehelfende können als Konstante in das Schmerzmanagement integriert werden, da sie häufig langjährige Mitarbeitende sind. Durch diese Konstanz könnte die Qualität des Schmerzmanagements verbessert werden.

Deshalb sollen Pflegehelfende Schulungen zu folgenden Themen erhalten: zum Assessment für Bewohnende mit und ohne kognitive Einschränkungen sowie zum korrekten Rapportieren. Das Ziel dabei wäre es, dass ein angemessenes Assessment durchgeführt werden kann, wenn den Pflegefachpersonen die zeitlichen Ressourcen fehlen.

Um ein gutes Grundwissen zum Schmerzmanagement zu erwerben, sollten Pflegefachpersonen Schulungen zu folgenden Themen besuchen: zu chronischen und akuten Schmerzen sowie zu möglichen Folgen und zum Umgang mit diesen Schmerzen. Damit kann die Basis für weitere Themen geschaffen werden, wie für das Assessment, welches einen zentralen Aspekt der Herausforderungen darstellt. Bezüglich des Assessments sollten vorhandene Instrumente, deren Auswertung und der Umgang mit kognitiven Einschränkungen betrachtet werden. Ergänzend sollten gemäss der Pflegeexpertin Schulungen zu unterschiedlichen Behandlungsansätzen und Möglichkeiten sowie zum Umgang mit Medikamenten besucht werden. Wie bereits beschrieben, soll auch die Selbstwahrnehmung und -reflexion Thema der Schulungen sein, da in den Studien diesbezüglich grosse Defizite erkennbar waren. Das Ziel dabei ist die Weiterentwicklung der Mitarbeitenden und somit die Förderung des Schmerzmanagements.

6.3.2 Konstanz in den Pflgeteams

Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Pflegenden und den Bewohnenden ist essenziell für ein erfolgreiches Schmerzmanagement. Dazu ist genügend Personal nötig, um Zeitdruck zu vermeiden und den neuen Mitarbeitenden eine gute Einarbeitungszeit zu ermöglichen. Folglich sollten von der Institution hohe Fluktuationsraten und Personalmangel möglichst minimiert werden. Das Ziel wäre es, die bezugs- und personenzentrierte Pflege zu gewährleisten, welche für eine optimale Beziehungsgestaltung unumgänglich ist.

6.3.3 Förderung der Zusammenarbeit

Um Herausforderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit entgegenzuwirken, bedarf es einer Verbesserung der Kommunikation im gesamten interprofessionellen Team. Institutionen könnten diese fördern, indem sie wöchentliche interprofessionelle Rapporte organisieren. So lässt sich die Expertise aller Beteiligten als Ressource nutzen und eine interprofessionelle Kommunikation findet statt, sodass die bestmögliche Betreuung und Behandlung erreicht werden können. Zudem muss die Zusammenarbeit der Institutionen mit dem ärztlichen Dienst so gestaltet sein, dass die Erreichbarkeit der Ärztinnen und Ärzte für die Pflegenden gewährleistet ist. Dies setzt voraus, dass mit dem Heimarztsystem gearbeitet wird, was bedeutet, dass eine Ärztin oder ein Arzt an festgelegten Tagen im Haus anwesend ist, für alle Bewohnenden zuständig ist und regelmässig Visiten durchführt. Gemäss der Pflegeexpertin ist eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit regelmässigen Rapporten nur mit dem Heimarztsystem möglich.

Neben der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und den Ärztinnen und Ärzten kann eine Expertise von Expertinnen und Experten aus anderen Fachbereichen angefragt werden. Beispielsweise können Personen aus dem Palliativ Care Bereich sowie Ergo- oder Physiotherapie als Unterstützung fungieren. Zudem soll die Zusammenarbeit mit den Bewohnenden und ihren Angehörigen gefördert werden. Durch die gemeinsame Erstellung eines Behandlungsplans unter Einbeziehung all dieser Beteiligten kann die Zusammenarbeit optimiert werden. Zudem können die Bedürfnisse einzelner Personen besser erfasst werden und die Kommunikation lässt sich stärken. Der gemeinsam erstellte Behandlungsplan und ein regelmässig geführtes Protokoll zum

Schmerzzustand der Bewohnenden sollen für alle Beteiligten zugänglich sein. Bei gemeinsamen Visiten mit dem ärztlichen Dienst soll er die Pflegenden als Argumentationsgrundlage unterstützen.

6.4 Ergebnisse aus der Forschung

Dieser Faktor ist die Grundlage für die evidenzbasierte Entscheidungsfindung bei der Durchführung eines optimalen Schmerzmanagements.

Um die Pflegenden darin zu unterstützen, eine Routine im Schmerzmanagement zu erlangen, werden entsprechende Richtlinien und Guidelines benötigt. Zudem dienen diese als Unterstützung für einen einheitlichen Umgang mit Assessmentinstrumenten. Damit alle Pflegenden mit diesen Richtlinien und Guidelines vertraut sind, müssen neue Mitarbeitende diesbezüglich eingeführt werden.

Den Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten sollte genügend Zeit zur Verfügung stehen, um die Aktualität dieser Richtlinien und Guidelines zu überprüfen. Im Optimalfall wird von der Institution einer Pflegeexpertin oder einem Pflegeexperten die Verantwortung für das übergeordnete Vorgehen im Schmerzmanagement übertragen. Diese Person sollte zeitliche und finanzielle Ressourcen erhalten, um sich regelmässig vertieftes Wissen zum Thema Schmerz und zu dessen Management anzueignen. Dadurch kann sie Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Beteiligten organisieren oder selbst durchführen. Folglich bleibt das Schmerzmanagement der Institution auf dem aktuellen Stand. Die Unterstützung und Beratung durch ein Palliative Care Team bei Schulungen sind gemäss der Pflegeexpertin aufgrund der besonderen Ausbildung und des Wissens dieser Pflegenden naheliegend.

Der Forschungsstand der letzten zehn Jahre zu diesem Thema fällt eher gering aus. Aus diesem Grund wäre es bedeutsam, aktuelle Herausforderungen im Schmerzmanagement weiter zu erforschen – speziell hinsichtlich des Aspekts, welche Themen vermehrter Schulung bedürfen, und bezüglich der Herausforderungen bei der Anwendung von Assessmentinstrumenten sowie der intra- und interprofessionellen Kommunikation in Langzeitinstitutionen. Weitere Forschung, wie mit den Herausforderungen umgegangen werden kann, um in der Praxis ein optimales Schmerzmanagement durchzuführen ist von Bedeutung. Dazu

wäre es essenziell, dass einheitliche Richtlinien zum Schmerzmanagement für das Schweizer Setting in Langzeitinstitutionen erarbeitet werden. Diese sollten ein konkretes Vorgehen beinhalten, etwa zu den Themen, auf welche Weise und wie häufig Schmerzen erfasst werden, wie die inter- und intraprofessionelle Zusammenarbeit geregelt wird und welche Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind. Ebenfalls ist zusätzliche Forschung zu den Aspekten nötig, wie sich Angehörige optimal in das Schmerzmanagement involvieren lassen und welche Auswirkungen dies haben kann.

7. Schlussfolgerung

Durch das Schmerzmanagement in Langzeitinstitutionen werden Pflegende seit zahlreichen Jahren vor Herausforderungen gestellt. Diese sind bei den Pflegenden und den Bewohnenden sowie auf der Ebene der Institutionen zu finden. Anhand der bis heute hohen Prävalenz von Schmerzen in Langzeitinstitutionen wird der Bedarf für eine Optimierung des Schmerzmanagements deutlich aufgezeigt. Ein besonderer Fokus soll dabei auf die Edukation der Pflegenden gelegt werden. Aufgrund des Personalmangels in Langzeitinstitutionen sollen die Ressourcen der Pflegenden aller Ausbildungsniveaus genutzt werden. Die Ausbildung der Pflegehelfenden ist daher von grosser Bedeutung.

Zudem sind Strategien erforderlich, um die Zusammenarbeit im Betreuungs- und Behandlungsteam zu verbessern. Zu deren Umsetzung bedarf es der Unterstützung der Institutions- und Pflegeleitung. Es müssen Bedingungen geschaffen werden, damit sowohl die interprofessionelle Zusammenarbeit als auch die Qualität des Schmerzmanagements optimiert werden können.

Durch die Kommunikation zwischen allen Beteiligten – dazu gehören die Bewohnenden und ihre Angehörigen, die Pflegenden, der ärztliche Dienst sowie die Physio- und Ergotherapie – wird das Schmerzmanagement auf zahlreichen Ebenen massgeblich beeinflusst. Infolge einer eingeschränkten Kommunikation werden die Beziehungsgestaltung und der Informationsfluss zwischen den Beteiligten beeinträchtigt. Diese Faktoren wirken sich negativ auf das Vertrauen untereinander aus. Um die Kommunikation zu verbessern, bedarf es einer reflektierten und wertschätzenden Haltung. Dadurch wird dem Gegenüber das Gefühl von Sicherheit

vermittelt. Auf diese Weise kann das Vertrauen der Bewohnenden, der Angehörigen und des ärztlichen Diensts in die Pflegenden gesteigert werden.

8. Limitationen

Aus der Literaturrecherche in den letzten zehn Jahren resultierte nur eine niedrige Zahl von Treffern, weshalb lediglich vier Studien eingeschlossen werden konnten. Die Aussage für die Beantwortung der Frage, welchen Herausforderungen sich Pflegenden in Langzeitinstitutionen stellen und wie mit diesen umgegangen werden kann, lässt sich deshalb nicht verallgemeinern.

Die eingeschlossenen Studien stammen aus unterschiedlichen Ländern (Schweiz, Australien, Irland, Amerika). Die Ausbildungen und die Kompetenzbereiche einzelner Ausbildungsniveaus können sich daher unterscheiden. Diese Differenzen sind bereits innerhalb eines Landes – wie auch in der Schweiz – zwischen den Institutionen vorhanden. Es kann daher Abweichungen hinsichtlich der Übertragung auf andere Länder geben. Aufgrund der unterschiedlichen Kompetenzbereiche können sich beispielsweise die Herausforderungen für die Pflegehelfenden oder die Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst unterscheiden.

Literaturverzeichnis

- Boerlage, A. A., van Dijk, M., Stronks, D. L., de Wit, R. & van der Rijt, C. C. D. (2008). Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes. *European Journal of Pain*, 12(7), 910–916.
- Brobst, R. A. & Georg, J. (2020). *Der Pflegeprozess in der Praxis* (3. Aufl.). Hogrefe.
- Brunkert, T., Simon, M., Ruppen, W. & Zúñiga, F. (2020). A contextual analysis to explore barriers and facilitators of pain management in Swiss nursing homes. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(1), 14–22.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2019). *Gesund altern - Überblick und Perspektiven zur Schweiz*.
https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/alter/broschuere-gesund-altern.pdf.download.pdf/BAG%20NCD_Magazin-Alter_Layout_DE_AA15.pdf
- Burns, N. & Grove, S. K. (Hrsg.) (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. Elsevier, Urban & Fischer.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.). (2011). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen* (1. Aktualisierung). Hochschule Osnabrück, Fakultät für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften.
- DiCenso, A., Bayley, L. & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101.
- Egan, M. & Cornally, N. (2013). Identifying barriers to pain management in long-term care. *Nursing Older People*, 25(7), 25–31.

- Fox, P., Solomon, P., Raina, P. & Jadad, A. (2004). Barriers and facilitators in pain management in long-term care institutions: A qualitative Study. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 23(3), 267–278.
- Füessl, H. S. & Middeke, M. (2018). *Anamnese und klinische Untersuchung* (6. Aufl.). Thieme.
- Good, H., Riley-Doucet, C. K. & Dunn, K. S. (2015). The prevalence of uncontrolled pain in long-term care: A pilot study examining outcomes of pain management processes. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(2), 33–41.
- Gropelli, T. & Sharer, J. (2013). Nurses' perceptions of pain management in older adults. *MEDSURG Nursing*, 22(6), 375–382.
- Herdmann, T. H. & Kamitsuru, S. (2016). *NANDA-I-Pflegediagnosen: Definitionen und Klassifikation 2015-2017*. Recom.
- Holloway, K. & McConigley, R. (2009). Understanding nursing assistants' experiences of caring for older people in pain: The Australian experience. *Pain Management Nursing*, 10(2), 99–106.
- International Association for the Study of Pain. (2017). *IASP Terminology*. Abgerufen am 16. April 2020, von <https://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698#Pain>
- International Council of Nurses. (o. J.). *Nursing definitions*. Abgerufen am 16. April 2020, von <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
- Kaasalainen, S., Coker, E., Dolovich, L., Papaioannou, A., Hadjistavropoulos, T., Emili, A. & Ploeg, J. (2007). Pain management decision making among long-term care physicians and nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 29(5), 561–580.

- Kaeser, M. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen*.
Bundesamt für Statistik (BFS). Abgerufen am 16. April 2020, von
<https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/348093/master>
- Lincoln, Y. S. & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden - Bewertung - Anwendung* (2. Aufl.). Elsevier, Urban & Fischer.
- Meyer-Kühling, I., Frankenberg, C. & Schröder, J. (2015). Erwartungshaltungen, Kommunikation und Kooperation von Pflegenden und Ärzten in der stationären Altenpflege. *HeilberufeScience*, 6(3), 70–75.
- Ris, I. & Preusse-Bleuler, B. (2015). Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal (AICA) eines Forschungsartikels. Schulungsunterlagen Bachelorstudiengänge Departement Gesundheit ZHAW.
- Rycroft-Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A. & McCormack, B. (2004). What counts as evidence in evidence-based practice? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 81-90.
- Schofield, P. (2006). Pain management of older people in care homes: A pilot study. *British Journal of Nursing*, 15(9), 509–514.
- Schreier, M. M., Stering, U., Pitzer, S., Iglseder, B. & Osterbrink, J. (2015). Schmerz und Schmerzerfassung in Altenpflegeheimen. *Der Schmerz*, 29(2), 203–210.
- Sloman, R., Ahern, M., Wright, A. & Brown, L. (2001). Nurses' Knowledge of Pain in the Elderly. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21(4), 317–322.
- Sommerhalder, K., Gugler, E., Conca, A., Bernet, M., Bernet, N., Serdaly, C. & Hahn, S. (2015). *Lebens-und Pflegequalität im Pflegeheim - Beschreibende Ergebnisse der Befragung von Bewohnerinnen und Bewohnern in Pflegeheimen in der Schweiz. Residents' perspectives of living in nursing*

homes in Switzerland (RESPONS). Berner Fachhochschule, Fachbereich Gesundheit.

- Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Okamoto, Y., Koyama, K. & Honda, A. (2010). Literature review of pain prevalence among older residents of nursing homes. *Pain Management Nursing*, 11(4), 209–223.
- Tarzian, A. J. & Hoffmann, D. E. (2004). Barriers to managing pain in the nursing home: Findings from a statewide survey. *Journal of the American Medical Directors Association*, 5(2), 82-88.
- Veal, F., Williams, M., Bereznicki, L., Cummings, E., Thompson, A., Peterson, G. & Winzenberg, T. (2018). Barriers to optimal pain management in aged care facilities: An Australian qualitative study. *Pain Management Nursing*, 19(2), 177–185.
- Weiner, D. K. & Rudy, T. E. (2002). Attitudinal barriers to effective treatment of persistent pain in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12), 2035-2040.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Keywords (Eigene Darstellung).....	11
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (Eigene Darstellung).....	13
Tabelle 3: Übersicht Studien (Eigene Darstellung)	15

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flussdiagramm (Eigene Darstellung).....	12
--	----

Wortzahl

Abstract: 194 Wörter

Arbeit: 11'786 Wörter

Danksagung

Wir bedanken uns bei Frau [REDACTED] Pflegeexpertin und Leitung Pflege- und Betreuung im Alters- und Gesundheitszentrum Dietikon, für die fachliche Expertise zu unserem Praxistransfer. Ebenfalls sind wir Frau F. Pérez und Frau G.M. Neumeyer dankbar für die kompetente Begleitung und Unterstützung bei der Erstellung dieser Bachelorarbeit. Abschliessend bedanken wir uns bei unseren Angehörigen für alle hilfreichen Inputs und das Gegenlesen der Arbeit, sowie die motivierende mentale Unterstützung.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Lisa Jucker
Zürich, 29.04.2020



Gelsomina Brioschi
Winterthur, 29.04.2020



Anhang

Anhang 1: Einverständniserklärung	59
Anhang 2: Rechercheprotokoll.....	60
Anhang 3: AICA	62
Anhang 4: Zeitplan Bachelorarbeit.....	82
Anhang 5: Kostenaufstellung	83

Anhang 1: Einverständniserklärung

Betrifft: Bachelor Arbeit von Gelsomina Brioschi und Lisa Jucker,
Studierende Pflege, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften

Für die Bachelorarbeit wird eine Fachdiskussion mit der Pflegeexpertin Frau Karin Ament geführt. Die Expertise von Frau Ament wird in den Praxistransfer der Arbeit einfließen.

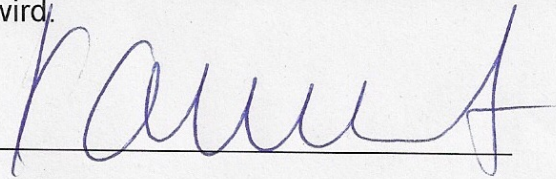
Ich, Frau Karin Ament, bin einverstanden, dass mein Name in der Bachelorarbeit von Frau Jucker und Frau Brioschi publiziert wird.

JA

NEIN

Datum, Unterschrift:

20.4.20



Anhang 2: Rechercheprotokoll

Fragestellung: Welche Herausforderungen haben Pflegende beim Schmerzmanagement von älteren Menschen in Langzeitinstitutionen und wie kann mit den beschriebenen Herausforderungen umgegangen werden?

Suchbegriffe:

Schlüsselbegriffe	Synonyme, verwandte Begriffe, Ober-/ Unterbegriffe (Deutsch)	Keywords (Englisch)	Mesh Terms
Schmerz	Schmerzmanagement, Umgang mit Schmerz	pain, pain management, handling pain	pain management
Langzeitinstitutionen	Altersheim, Pflegeheim	long-term care, nursing home, residential care	long term care, long-term care
ältere Menschen	alt, Senioren	older people, elderly people, aged, geriatric, aged	aged
Pflege	Pflegende	nurses, nursing	nurses
Herausforderungen	Barrieren, Hindernisse	challenges, barriers, issues, difficulties	
Spital, Spitex, ambulante Pflege, palliativ care		hospital, home care, ambulante care, palliative care	

Recherche:

Gewählte	Suchsyntax /Filter / Eingrenzungen	Ergebnisse
PUBMED	((pain*) AND nurs*) AND (long*term*care OR "nursing home" or "residential care") AND (barriers or challenges or difficulties) NOT ("palliative care" NOT hospital NOT "ambulant care" NOT "home care"))	Anzahl Treffer: 115 Abstract gelesen: 5 Volltext gelesen: 2 Eingeschlossen: 1
CINAHL	(pain* AND nurs* AND long*term*care NOT "palliative care" NOT hospital NOT "ambulant care" NOT "home care" NOT implementation)	Anzahl Treffer: 139 Abstract gelesen: 14 Volltext gelesen: 8 Eingeschlossen: 3

Ausgewählte Referenzen:

Brunkert, T., Simon, M., Ruppen, W. & Zúñiga, F. (2020). A contextual analysis to explore barriers and facilitators of pain management in Swiss nursing homes. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 52(1), 14–22.
Egan, M. & Cornally, N. (2013). Identifying barriers to pain management in long-term care. <i>Nursing Older People</i> , 25(7), 25–31.
Gropelli, T. & Sharer, J. (2013). Nurses' perceptions of pain management in older adults. <i>MEDSURG Nursing</i> , 22(6), 375–382.
Veal, F., Williams, M., Bereznicki, L., Cummings, E., Thompson, A., Peterson, G. & Winzenberg, T. (2018). Barriers to optimal pain management in aged care facilities: An Australian qualitative study. <i>Pain Management Nursing</i> , 19(2), 177–185.

Anhang 3: AICA

Zusammenfassung der Studie: «Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care Facilities: An Australian Qualitative Study» (Veal et al., 2018)

Einleitung		<ul style="list-style-type: none"> • Es handelt sich um das Phänomen, der hohen Schmerzprävalenz von Bewohnenden in Langzeitinstitutionen und dem suboptimalen Umgang mit den Schmerzen. • Die hohe Schmerzprävalenz in Langzeitinstitutionen aus verschiedenen Ländern wird aufgezeigt. Gründe dafür werden mithilfe anderer Studien beschrieben, beispielsweise die hohe Anzahl an Komorbiditäten, an welchen die Betroffenen leiden. Weiter werden Herausforderungen für das Schmerzmanagement aufgezeigt, welche bisherige Studien ergeben haben. • Das Ziel der Forschenden ist, das Schmerzmanagement in Langzeitinstitutionen zu beschreiben und Herausforderungen diesbezüglich zu identifizieren.
Methode	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Es ist eine explorative, deskriptive, qualitative Studie. • Die Wahl des Forschungsdesign wird nicht begründet.
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Population: Pflegefachpersonen und die Geschäftsleitung von Langzeitinstitutionen, welche Personen mit und ohne dementielle Erkrankung betreuen. • Stichprobe: Insgesamt wurden 23 Interviews durchgeführt, davon 18 Pflegefachpersonen und fünf Personen aus der Geschäftsleitung. Die durchschnittliche Dauer der Beschäftigung in der Langzeitpflege dieser Personen lag bei 20 Jahren. • Wahl der Stichprobe: Alle südlichen Langzeitinstitutionen (16) von Tasmanien, welche Personen mit und ohne dementielle Erkrankung betreuen, wurden angefragt, ob sie an der Studie teilnehmen möchten und 5 davon waren damit einverstanden. Diese hatten durchschnittlich 99 Bettenplätze. Die Institutionen wurden aufgefordert 5-6 Pflegefachpersonen – welche bereit waren an einem 15-20-minütigen Interview teilzunehmen – zur Verfügung zu stellen. Die Forschenden legten keine Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich der Demographie und der Erfahrung fest. Die Geschäftsleitenden der Langzeitinstitutionen nahmen auch an den Interviews teil. • Die Auswahl der Teilnehmenden wird nicht begründet.
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurden 23 semistrukturierte Interviews durchgeführt • Der Interview-Leitfaden wurde anhand des Forschungsziels und diesbezüglich offenen Fragen formuliert. Dieser wurde von allen Autoren und Autorinnen der Studie überprüft. Das Interview beinhaltet Fragen bezüglich Bewohnenden mit und ohne dementieller Erkrankung, um herauszufinden, ob gleiche oder verschiedene Herausforderungen vorhanden sind. • Die Daten wurden mithilfe von verbatim Transkription verarbeitet.
	Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschenden begründen die Wahl von semistrukturierten Interviews damit, dass diese gut geeignet seien für eine explorative Studie, welche den Fokus auf das Erleben der Teilnehmenden hat.
	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Daten wurden mithilfe von vorgegebenen Kategorien zuerst deduktiv codiert. Diese bestimmten die Forschenden vor der Datenerhebung anhand früherer Studien zu Herausforderungen bezüglich des Schmerzmanagements. Nach der initialen Kodierung wurden die Daten mithilfe von induktiver Kodierung

		<p>vervollständigt. Die Kodierung wurde nur durch einen Forschenden durchgeführt. Die Interviews wurden mithilfe der QSR NVivo Software analysiert. Die Resultate wurden dann in die häufigsten Themen und Unterthemen zusammengefasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Forschenden erwähnen nichts zur Qualität der Datenanalyse
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert von den Forschenden • Es wurde eine Genehmigung der Ethikkommission von Tasmanien eingeholt. • Alle Teilnehmenden haben ihr Einverständnis gegeben bezüglich der Teilnahmen und der Publizierung.
Ergebnisse		<p><u>Hindernisse</u></p> <p>«Resident-Related Barriers» Dies beschreibt Hindernisse, welche von den Bewohnenden beeinflusst werden. Bei Betroffenen welche an einer dementiellen Erkrankung litten, wurde das Hindernis, Schmerzen erkennen (82 %), am häufigsten genannt. Eine Teilnehmende beschrieb beispielsweise, dass man die Personen gut kennen muss, um eine Veränderung im Verhalten festzustellen, was auf Schmerzen hinweisen könnte. Weitere Schwierigkeiten in dieser Personengruppe waren, die Verweigerung der Medikamenteneinnahme (39 %) und dass, Verhaltenszüge mit der dementiellen Erkrankung erklärt und somit Schmerzen nicht in Betracht gezogen werden (35 %). Bei Bewohnerinnen und Bewohner ohne dementielle Erkrankung waren die am meisten geäußerten Hindernisse, der Stoizismus der Betroffenen (57 %). Danach folgte, der Einfluss von Angehörigen bezüglich des Schmerzmanagements (48 %). Gleich oft genannt wurde auch, das Widerstreben der Betroffenen Schmerzen zu äussern (48 %). Diesbezüglich äusserte eine Pflegefachperson: «Einige Leute gehen mit ihren Schmerzen anders um. Aber normalerweise merkt man es, aber du musst einige Bewohnende direkt auffordern zu sage 'ja, meine Schulter schmerzt'. Sie können dasitzen und möchten sich nicht beschweren.</p> <p>«Medication-Related Barriers» Dieses Oberthema beschreibt alle durch Medikamente verursachten Hindernisse. Dazu gehört, dass Bewohnende Angst vor Nebenwirkungen (22 %) haben, nicht gerne Medikamente einnehmen (13 %) oder Angst vor einer Abhängigkeit (9 %) haben. Dazu kommt, dass einigen Pflegenden zurückhaltend sind den Betroffenen starke Schmerzmedikamente zu verabreichen (8.7 %) bei Bewohnenden mit und ohne demenzielle Erkrankung. Eine teilnehmende Person äusserte dazu: «Ich denke manchmal sind da noch einige Vorurteile gegenüber Opioiden und einige sagen 'oh weißt du ich wollte nicht das sie auf meiner Schicht sterben also habe ich ihnen kein Morphin gegeben'.»</p> <p>«Doctor-Related Barriers» Hier werden alle Hindernisse beschrieben, welche bei der Zusammenarbeit zwischen den Pflegenden und den zuständigen Ärztinnen und Ärzte entstehen. Folgende Gründe wurden häufig genannt: Der Widerwille Medikamente zu verschreiben (22%) und deshalb müssten oft auch Zweitmeinungen hinzugezogen werden. Dies begründete eine teilnehmende Person wie folgt: «Es gab einige Gespräche letzte Woche bezüglich eines Hausarztes (...) der war sehr geizig bezüglich der Verschreibung von Schmerzlinderung bei einem oder einer Bewohnenden, welche oder welcher sich in der letzten Lebensphase befand. Am Schluss mussten wir über seinen Kopf handeln und die Palliative Care fragen ob sie vorbeikommen und sie involvieren um das zu bekommen was wir wollten.»</p>

	<p>Zum Hindernis der Geringschätzung von Meinungen des Pflegepersonals (22%) äusserte jemand: «Und sie (die jungen Pflegefachpersonen) machen eine richtig gute klinische Übergabe und wenn die Ärztinnen und Ärzte einen Schritt zurück machen würden und Acht geben was ihnen kommuniziert wird, würden sie merken, dass diese richtig gute Informationen wären.»</p> <p>Auch genannt wurde, das Fehlen von Engagement (13%) und Wissen (4%). Dazu äusserte eine interviewte Person: «Um ehrlich zu sein, wir haben nicht immer Ärztinnen und Ärzte das Verständnis oder Engagement zeigen das Schmerzmanagement anzuschauen und vorhandene Ressourcen dazu zu verwenden». Grundsätzlich wurde die Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Ärztinnen und Ärzten als schwer erachtet.</p> <p>«Facility-Related Barriers»</p> <p>Dies beschreibt Hindernisse, welche von den Institutionen ausgehen. Acht der Teilnehmenden zweifelten an der Effizienz und Brauchbarkeit von Schmerzskalen in der Zusammenarbeit mit Personen ohne dementielle Entwicklung (35%). Schmerzen wurden meist durch Fragen und Beobachtungen erfasst und nicht durch spezifische Assessments. Diesbezüglich meinte eine interviewte Person: «Das ist auch eine Sache, nicht das Wort Schmerz verwenden, weil viele Leute es nicht verstehen oder nicht als das richtige Wort für sie ist. Also wenn ich zu jemandem sage ‘Haben sie Schmerzen?’, wenn ich weiss, dass jemand Nonverbal unbehaglich wirkt versuche ich es anders auszudrücken ‘Ist ihnen nicht wohl?’ Du musst die richtigen Worte finden, welche auf die Betroffenen angepasst sind.»</p> <p>Bei Bewohnenden mit einer dementiellen Erkrankung werden zwei institutionell bedingte Hindernisse genannt. Zum einen, dass neue Mitarbeitende Schmerzen nicht erkennen können. Dazu wird gesagt: «Ich denke das eine Hindernis könnte sein, dass wenn du sie (die Bewohnenden) nicht so gut kennst. Vieles stützt sich auf was du siehst, weil sie (die Bewohnenden) es dir nicht sagen können.»</p> <p>Generell wird die Schwierigkeit, Schmerzen bei Bewohnenden zu erkennen (17%) genannt.</p> <p><u>Lösungsansätze</u></p> <p>Edukation im Schmerzmanagement und was sich die Pflegenden wünschen</p> <p>Die meisten Pflegenden glaubten, dass sie ein gutes Wissen über Schmerzen und dessen Management haben. Zusätzlich hatten viele der Teilnehmenden auch bereits Schulungen bezüglich Pharmakologie, Palliative Care und Schmerzmanagement. Trotzdem äusserten die meisten, dass noch mehr Schulungen nützlich wären, vor allem bezüglich des Erkennens von Schmerzen (21%). Vier der fünf Personen aus der Geschäftsleitung stimmten dem zu und meinten mehr Edukation im Schmerzmanagement wäre vorteilhaft. Eine interviewte Person meinte dazu: «Ich denke die Fähigkeit Schmerzen zu erkennen, könnte die grösste Sache sein welche Hilft, weil selbst wenn Pflegende diese nur erkennen, wären wir in der Lage etwas damit anzufangen.» Weitere Themen in denen die Teilnehmenden mehr Edukation wünschten waren Medikationsmanagement, nichtmedikamentöses Management und Informationen über schmerzverursachende Bedingungen. Diese Schulungen sollten für alle zur Verfügung stehen. Besonders auch für Angehörige und Pflegehilfen, da sie viel Zeit mit den Betroffenen verbringen. Auch gewünscht werden geregelte Strukturen bei der Kommunikation mit den Ärztinnen und Ärzten.</p> <p>Rundum meinten alle Teilnehmenden, dass ein gutes Schmerzmanagement die Lebensqualität der Bewohnenden verbessert und den Zeitaufwand längerfristig verringern würde.</p>
--	--

<p>Diskussion</p>	<p>Diskussion und Interpretation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verschiedene Hindernisse für das Schmerzmanagement ergaben sich aus den Interviews: Der Widerwille der Bewohnenden Schmerzen zu äussern oder Analgetika einzunehmen, Hindernisse Schmerzen zu identifizieren und Assessment durchzuführen – speziell bei Betroffenen mit einer demenziellen Erkrankung und die Kommunikation mit dem ärztlichen Dienst. Einige Hindernisse könnten mit folgenden Ansätze gelöst werden: konsistentere Dokumentation, verbesserte Kommunikation zwischen dem ärztlichen Dienst und den Pflegenden und durch regelmässige Edukation von Bewohnenden, den Angehörigen und den Pflegenden. • 70 % der Teilnehmenden gaben an, dass Schmerzen im Computersystem dokumentiert werden. Auch eine ältere Studie beschrieb, dass oft zu wenig und unvollständig dokumentiert würde. Die Dokumentation sollte verbessert werden und der ärztliche Dienst sollte darauf Zugriff haben. Somit könnten sie Information bezüglich Dauer, Intensität und Häufigkeit der Schmerzen abrufen. Regelmässige Dokumentation kann auch dazu führen, dass ein Verlauf der Schmerzen ersichtlich wird und somit auch Teilzeitmitarbeitende – welche auch als Hindernis im Schmerzmanagement bezeichnet wurden - alle Informationen erhalten. • Die Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Ärztinnen und Ärzten wurde ebenfalls als Hindernis beschrieben. Einerseits das Selbstvertrauen der Pflegenden mit den Ärztinnen und Ärzten zu sprechen sowie der Widerwille der Ärztinnen und Ärzten Therapiemassnahmen zu ändern. Mithilfe von vorgegebenen Prozedere und verbesserter Dokumentation kann diesem Hindernis entgegengewirkt werden. Bei Bewohnenden in palliativen Situationen, sollten auch spezialisiertes Fachpersonal angefragt werden. • Das Wissen und Annahmen der Pflegenden kann durch Edukation zum Schmerzmanagement verbessert werden, was auch einige ältere Studien belegen. Es ist jedoch unklar, ob das verbesserte Wissen wirklich zu einer Verhaltensveränderung führen kann, dies müsste noch weiter erforscht werden. • Speziell zum Thema Schmerzerfassung wünschten sich die Teilnehmenden vermehrt Edukation. Speziell bei Bewohnenden mit einer dementiellen Erkrankung ergaben sich Unsicherheiten bei den Pflegenden, um Schmerzen korrekt zu erfassen und Ängste zu viele Analgetika zu verabreichen. Auch wenn bereits Assessmenttools vorhanden sind, wird in Australien an einem neuen elektronischen Tool gearbeitet. Dies könnte auch bei Personalmangel helfen, da dieses Tool weniger zeitaufwändig sein sollte. • Wenn Schulungen angeboten werden, sollten diese einfach zu erreichen, günstig und von der Institution unterstützt werden. Online Edukationsangebote wären die passendste Lösung. Auch Pflegehelfende sollten in die Edukation miteinbezogen werden, da sie viel Zeit mit den Bewohnenden verbringen. Dies könnte dazu führen, dass sie Schmerzen besser an die Pflegefachpersonen rapportieren können. • Auch die Edukation der Bewohnenden und deren Angehörigen könnte genannte Hindernisse minimieren und das Schmerzmanagement verbessern. Dies zeigen auch mehrere ältere Studien auf. Speziell auch auf die Angehörigen muss geachtet werden, da diese einen positiven Einfluss auf das ganze Schmerzmanagement haben können. Auch bezüglich des Einflusses der Angehörigen müsste noch mehr erforscht werden. <p>Limitationen: Es gab eine kleine Anzahl an Teilnehmenden, da dies eine explorative, qualitative Studie ist, in der anhand von Interviews die Daten erhoben wurden. Diese Methode ist angemessen für das Forschungsdesign, um in die Tiefe gehende Daten erheben zu können. Alle Teilnehmenden waren vom Süden von Tasmanien. Dies könnte die</p>
--------------------------	---	--

		Generalisierbarkeit einschränken. Die Ergebnisse waren gleich wie in verschiedenen internationalen Studien, was darauf hinweist, dass viele Herausforderungen in Langzeitinstitutionen in unterschiedlichen Ländern vorkommen.
	Schlussfolgerung und Anwendung in der Praxis	Einige Hindernisse zum optimalen Schmerzmanagement in Langzeitinstitutionen, wie bewohnerbedingte ärztebedingte und institutionsbedingte Hindernisse, wurden erkannt. Diese sind alle potenziell veränderbar. Um diesen Hindernissen zu begegnen sollte konsistent dokumentiert werden und eine verbesserte Kommunikation mit dem ärztlichen Dienst geschaffen werden. Diese beiden Ansätze sind Voraussetzung um Schmerzen zu identifizieren und Veränderungen im Schmerzmanagement zu vollziehen. Edukation für Bewohnende, Angehörige und Pflegende sollte von der Institution regelmässig zur Verfügung gestellt werden. Diese Edukation könnte das Schmerzmanagement verbessern.

Würdigung der Studie: «Barriers to Optimal Pain Management in Aged Care Facilities: An Australian Qualitative Study» (Veal et al., 2018)

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege, da die hohe Schmerzprävalenz in Langzeitinstitutionen zeigt, dass es einige Herausforderungen bezüglich des Schmerzmanagements gibt. Das Phänomen wird klar beschrieben sowie mögliche Gründe und Auswirkungen dafür. Der Bezug zur Pflege wird jedoch nicht konkret gemacht. Das Ziel der Studie ist klar ersichtlich, dafür aber keine Frage formuliert. Das Thema wird mit vorhandener Literatur und epidemiologischen Daten eingeführt. Ähnliche Studien werden aufgezeigt.
Methode	<p>Ansatz/Design:</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Design ist logisch gewählt, da noch wenig theoretisches Wissen zu diesem Thema vorhanden ist. Die Wahl des Forschungsdesigns wird jedoch nicht von den Forschenden begründet. <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> Für die Stichprobenziehung wurde von den Forschenden keine Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt. Die ausgewählte Stichprobe wird von den Forschenden nur minimal beschrieben (z.B. Alter und Geschlecht sind nicht bekannt). Deshalb ist nicht klar wie repräsentativ die Stichprobe für die Population ist. Die Forschenden hatten keinen Spielraum bei der Stichprobenziehung, da alle, welche bereit waren mitzuwirken, schlussendlich auch Teilnehmende waren. Die Langzeitinstitutionen befinden sich alle im Süden von Tasmanien, weshalb hinterfragt werden muss, ob die Ergebnisse auch auf andere Länder übertragen werden können. Die Stichprobengrösse scheint für diesen Forschungsansatz angemessen. Die Teilnehmenden sind als Informanten geeignet, da sie auch unterschiedlich lange Berufserfahrung haben. Ebenso wird das Phänomen von den Teilnehmenden erlebt und als wichtig erachtet. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bei der Datenerhebung geht es um das Erleben der Teilnehmenden. Die Vorgehensweise der Datenerhebung wird aufgezeigt und beschrieben. Es wird gesagt, dass alle Teilnehmenden in der Lage waren selbstbestimmt zur Teilnahme einzuwilligen.

	<p>Methodologische Reflexion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Philosophische Hintergrund und der Standpunkt der Forschenden wird nicht dargestellt • Das methodische Vorgehen stimmt mit dem Forschungsansatz überein und wird von den Forschenden begründet ausser die Stichprobenziehung. • Die Methode ist für das Forschungsziel gut geeignet. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird klar und nachvollziehbar beschrieben. • Es wird keine Analysemethode genannt oder referenziert, jedoch wird jeder analytische Schritt genau beschrieben. • Die analytischen Entscheidungen sind nicht dokumentiert und überprüfbar. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden keine ethischen Fragestellungen diskutiert. Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden wird nicht klar beschrieben.
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse werden in einer Tabelle aufgelistet und im Fliesstext beschrieben. Im Fliesstext wurden jedoch nicht alle Themen aufgeführt. Die Forschenden sprechen von vier Oberthemen, welche jedoch im Fliesstext nur schwer zu erkennen sind. Im Allgemeinen ist der Fliesstext nicht gut strukturiert und für den Leser teilweise schwierig einzuordnen. • Viele Ergebnisse wurden mit Zitaten aus den Interviews verankert. • Das Phänomen wird von der Sicht der Pflegenden sehr umfänglich beleuchtet. • Es wird von den Forschenden zwischen den Betroffenen mit und ohne dementielle Erkrankung unterschieden aber auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt • Teilweise sind die Unterthemen jedoch sehr ähnlich von der Bedeutung und nicht ganz klar unterscheidbar
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Durch die Schlussfolgerung der Forschenden werden noch einmal alle wichtigen Punkte zusammengefasst und kritisch hinterfragt dies führt zu einem besseren Verständnis des behandelten Phänomens. • Der zweite Teil der Forschungsfrage kann ausführlich beantwortet werden, der Erste Teil wie oben erwähnt jedoch kommt etwas zu kurz. • Die Ergebnisse werden mit Literatur gestützt. Die Forschenden äussern als Limitation, dass sie eine sehr eingeschränkte Stichprobe und auch einen kleinen geografischen Rahmen hatten. Jedoch waren Studien aus anderen Ländern zu gleichen oder ähnlichen Ergebnissen gekommen wie sie. Deshalb kann angenommen werden, dass diese Studie auch international von Bedeutung ist. • Die Bedeutung für die Pflege wird in der Diskussion vermehrt aufgezeigt und auch konkrete Lösungsansätze für den Pflegealltag und das Setting der Langzeitinstitutionen sind beschrieben. • Das Evidenz-Level beträgt 6

Zusammenfassung der Studie: «A Contextual Analysis to Explore Barriers and Facilitators of Pain Management in Swiss Nursing Homes» (Brunkert et al., 2020)

Einleitung	<p>Die Studie behandelt das Thema Schmerzmanagement in Schweizer Altersheimen. Der theoretische Bezugsrahmen wird literaturgestützt dargestellt.</p> <p>Das Ziel dieser Studie ist eine umfassende Beschreibung von erschwerenden und vereinfachenden Faktoren, um Ansätze für zukünftige Implementationsstrategien (übergeordnete ProQuaS-Studie) zu finden. Damit das Schmerzmanagement in den Altersheimen verbessert wird.</p> <p>Dazu gab es drei spezifische Ziele:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Wahrnehmungen der Pflegenden in Bezug auf erleichternde und erschwerende Faktoren im Schmerzmanagement werden beschrieben. 2. Erleichternde und erschwerende Faktoren werden in Fokusgruppen mit Pflegenden vertieft diskutiert. 3. Die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Daten werden zusammengeführt und anhand des COM - B-Modell dargestellt um Ansätze für mögliche Strategien zu diskutieren. 	
Methode	Design	Mixed-Method Studie
	Stichprobe quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Population: Pflegende in Schweizer Altersheimen • 343 erhielten den Fragebogen (Rücklaufquote 67,3%), 192 füllten den Fragebogen schlussendlich aus. Die Teilnehmenden mussten als Pflegende in einem der teilnehmenden Altersheime arbeiten. (Pflegefachpersonen, Gesundheitsfachpersonen und Pflegehelfende). Sie mussten seit mindestens einem Monat angestellt sein und fließend Deutsch sprechen, um den Fragebogen ausfüllen zu können. • Es gab eine Studiengruppe, die Stichprobengröße wurde nicht berechnet. • Der Fragebogen wurde von den jeweiligen örtlichen Koordinatoren (z.B. Pflegeleitung) an die berechtigten Teilnehmenden verteilt. Die Teilnahme war anonym und freiwillig. Die Zustimmung zur Teilnahme war mit der Rücksendung des Fragebogens gegeben. • Um organisatorische Faktoren in jedem Heim zu berücksichtigen wurde ein Fragebogen von der Heimleitung ausgefüllt. (z.B. Anzahl Betten, Anzahl Mitarbeiter usw.) Sowie drei von den Autoren entwickelte Fragen über die Bereitschaft für Veränderung und Verfügbarkeit von Ressourcen (Likert Skala).
	Stichprobe qualitativ	<p>Es wurden drei Altersheime ausgewählt welche besonders hohe Werte in den Fragen bezüglich der Bereitschaft für Veränderung und Verfügbarkeit von Ressourcen hatten. Diese Altersheime würden sich vermutlich für den zweiten Teil der Meta Studie eignen und wurden deshalb ausgewählt. Forschungsmitarbeitende vor Ort wählten die Teilnehmenden aus. Vier Fokusgruppen mit 3-5 Teilnehmer, insgesamt 17 Pflegenden. Die Pflegenden der Fokusgruppen wurden nach denselben Kriterien wie im quantitativen Teil ausgewählt. Sie erhielten ein Informationsdossier und unterschrieben eine Einverständniserklärung.</p>
Datenerhebung	<p>Um die Wahrnehmung der Pflegenden zu erfassen wurde eine Liste mit Fragepunkten aus einer früheren Studie verwendet. Anhand von bewährten wissenschaftlichen Guidelines wurden diese Fragen auf den Schweizerischen Kontext übertragen. Basierend auf einem Review ergänzten die Forscher den Fragebogen um 11 Fragen über nichtmedikamentöse Interventionen, Reaktionen auf den Schmerz von Bewohnenden, Verfügbarkeit von</p>	

	qual. Datenerhebung	<p>Physiotherapeuten und -therapeutinnen und interprofessionelle Kommunikation. Sowie Fragen über soziodemografische Angaben. Insgesamt bestand der Fragebogen aus 20 Fragepunkten und wurde von sieben geriatrischen Experten mit gut bis exzellent bewertet. Die Punkte konnten auf einer 4 Punkte Likertskala bewertet werden. Die Befragung wurde im Juli und August 2016 durchgeführt.</p> <p>Die Frage nach Herausforderungen war für die Pflegehelfenden optional, weshalb nur wenige Pflegehelfende für die zugehörige Analyse eingeschlossen wurden.</p> <p>Die Leitfragen der Fokusgruppe basierten auf den Ergebnissen aus dem quantitativen Teil. Alle Interviews begannen mit einer offenen Diskussion über generelle erleichternde und erschwerende Faktoren im Schmerzmanagement. Dann wurde über die am meisten problematischen Punkte diskutiert. Es gab einen Moderator und einen Assistenten, welche ein Mind-Map nach dem Ansatz von Burges-Allen und Owen-Smith erstellten. Der Moderator fasste am Ende der Diskussion alles zusammen und holte Feedback bei den Teilnehmenden ein. Die Diskussionen wurden aufgezeichnet. Aussagekräftige Aussagen wurden transkribiert. Aus allen entstandenen Mind-Maps wurde ein Meta Mind-Map erstellt. Dazu wurde der zusammenhangsanalytische Ansatz von Mayring verwendet. In einem weiteren Schritt wurden die qual. und quan. Daten in eine gemeinsame Darstellung gebracht. Die Ergebnisse wurden mit ihren zugrunde liegenden Themen, mit quantitativen und qualitativen Ergebnissen nebeneinander aufgezeigt. Zum Schluss wurden die Daten mit dem COM-B Modell dargestellt um verhaltensbezogene Komponenten darzustellen.</p>
	Messverfahren	Die Daten wurden anhand von Fragebögen mit erhoben, mithilfe eines Mind-Map nach dem Ansatz von Burges-Allen und Owen-Smith dargestellt und anhand des COM-B Modell diskutiert.
	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Datenniveau ordinal, nominal • Ein Signifikanzlevel wird nicht beschrieben. • Deskriptive Statistik, einschließlich Mittelwerte, Mediane, Verteilungen und Konfidenzintervallen. Alle Analysen wurden mit der R statistical computing Software durchgeführt. Der Median und die Konfidenzintervalle werden kurz dargestellt.
	Ethik	Die Genehmigung wurde eingeholt. Die Ethikkommission wird jedoch nicht erwähnt in der Studie. Weitere ethische Aspekte wurden nicht diskutiert.
Ergebnisse	quant.	Folgende Punkte des Fragebogens erwiesen sich als besonders problematisch: die mangelnde Verfügbarkeit und Anwendung nichtmedikamentöser Therapien, die Zurückhaltung der Bewohnenden beim Kommunizieren von Schmerzen und der Mangel an Zeit für ein umfassendes Schmerzassessment.
	qual.	<p>Diese Themen wurden anschliessend in den Fokusgruppen diskutiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegenden in den Fokusgruppen beschrieben die unterschiedlichen Annahmen und Einstellungen von Pflegenden und Bewohnenden als grosses Problem. Berichte der Pflegenden zeigen, dass die Bewohnenden dazu tendieren ihre Schmerzen nicht oder erst zu spät mitzuteilen. Pflegende beschreiben Situationen in welchen die Bewohnenden über Schmerzen klagen und die Pflegenden dies als Streben nach Aufmerksamkeit interpretierten. „Nun, es gibt Unterschiede, einige (Pflegende) sagen, dass wir die Schmerzen der Bewohnenden (immer) ernst nehmen sollen. Es kann aber auch passieren, dass jemand sagt der Bewohnende will nur Aufmerksamkeit und hat eigentlich keine Schmerzen.“ In den Fokusgruppen werden die eigene Erfahrung mit Schmerz und die Lebenserfahrung der Pflegenden als mögliche Einflussfaktoren darauf diskutiert.

		<ul style="list-style-type: none"> • Das Schmerzassessment bei Bewohnenden mit einer kognitiven Einschränkung stellte eine weitere Herausforderung dar. Eine Pflegeassistentin erzählt: „Einige Bewohnende können sich nicht äussern. Natürlich können wir den Schmerz in ihren Gesichtern sehen, aber wo oder wie intensiv der Schmerz ist oder was für eine Art Schmerz es ist können sie nicht sagen. Das ist auch schwierig für uns.“ • Die Pflegefachpersonen diskutierten die fehlende Erfahrung der Pflegehelfenden. Oft werde ihnen nur mitgeteilt, dass jemand Schmerzen habe, jedoch nicht wo und wie stark. Das erneute Erfassen dieser Details durch die Pflegefachpersonen kostet viel Zeit. Es seien zwar einfach verständliche Schmerzassessmentinstrumente vorhanden jedoch finden sie zu wenig Anwendung im Alltag. Die Pflegenden vermuten, dass dies mit den häufigen Wechsels im Team und der fehlenden Routine zusammenhängt. • Die begrenzte Verfügbarkeit von nicht medikamentösen Behandlungen und die fehlende Zeit werden als erschwerende Faktoren beschrieben. Diese Behandlungen beinhalten zum Beispiel Ablenkung durch Gespräche, Fernsehen oder Musik, warme oder kühlende Auflagen, Aromatherapie oder Aktivierung der Bewohnenden. Die Pflegenden aller Berufsabschlüsse kennen die Möglichkeiten für nicht medikamentöse Behandlungen, es werde aber im Alltag zu wenig angewendet. Eine Pflegenden beschreibt: „Wir verwenden sie zu wenig. Wir haben es noch nicht verinnerlicht. Wir haben alle Ideen oder Gedanken darüber, aber die Anwendung ist noch nicht da.“ • Auch hier nennen die Teilnehmenden die häufigen Wechsel im Team und die fehlende Routine als mögliche Ursachen. • Ein weiterer Punkt welcher in den Fokusgruppen diskutiert wurde ist die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten. Die direkte Kommunikation sei oft erschwert aufgrund der mangelnden Erreichbarkeit der zuständigen Ärztinnen und Ärzte. Insbesondere wenn sie nicht im Altersheim arbeiten sondern in einer auswärtigen Praxis und somit nicht an den Rapporten oder Stationsrunden teilnehmen. <p>Die Ergebnisse aus dem quantitativen Teil wurden im qualitativen Teil bestätigt und ergänzt. In den Fokusgruppen wurden auch Lösungsvorschläge diskutiert. Die Ergebnisse werden ausschliesslich in Textform präsentiert und mit Zitaten gestützt.</p>
Diskussion	Diskussion und Interpretation	<ul style="list-style-type: none"> • Die Umfragen zeigten die Barrieren vor allem auf dem Level der Bewohnenden und den organisatorischen Strukturen. Es gibt Unterschiede in den Wahrnehmungen zwischen den Pflegenden der verschiedenen Ausbildungslevels. Pflegehelfende waren kritischer in Dingen die mit dem direkten Kontakt mit den Bewohnenden verbunden sind. Es wird angenommen, dass dies daher kommt, da sie sehr viel Zeit mit den Bewohnenden verbringen. • Im qualitativen Teil wird über die Defizite von Pflegehelfenden gesprochen. Diese Ergebnisse unterstützen die Hypothese, dass das Pflegepersonal, besonders die Pflegefachpersonen und Gesundheitsfachpersonen, ihre eigenen Fähigkeiten überschätzen und sich zu sehr auf das Verbesserungspotential der Pflegehelfenden konzentrieren. Pflegehelfende sollten mehr geschult und eingebunden werden, da sie den grössten Teil der Zeit mit den Bewohnern verbringen. Die Ausbildung wird jedoch nur dann erfolgreich sein, wenn sich die Pflegefachpersonen verpflichten, sie zu unterstützen und aktiv zuzuhören und auf ihre Anliegen eingehen. • Die Vertrauensbeziehung zu den Bewohnenden stellt einen wichtigen Faktor dar und vereinfacht die Zusammenarbeit. Das Interesse für die Bewohnenden und eine wertschätzende Kommunikation sind zentral. Das Verständnis und Achtsamkeit für die Schmerzen der Bewohnenden muss trainiert werden. Bereits in früheren Studien wird die Abneigung von Bewohnenden Schmerzen zu melden als Hindernis betrachtet.

		<ul style="list-style-type: none"> • Umsetzungsstrategien zur Verbesserung des Wissens und der Einstellung zum Schmerzmanagement könnten daher von Vorteil sein, um das mangelhafte Wissen und das Bewusstsein der Pflegekräfte gegenüber den Bewohnenden mit Schmerzen zu erhöhen. • Die Pflegekräfte betonten die Auswirkungen hoher Fluktuationsraten und geringer Personalressourcen auf die Qualität der Pflege, da sie die Entwicklung einer vertrauensvollen, kommunikativen Beziehung behindern. • Eine interprofessionelle Zusammenarbeit ist wichtig für das Schmerzmanagement. So können z.B. gemeinsame Visiten oder Rapporte die Qualität steigern. (Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten)
	Schlussfolgerung und Anwendung in der Praxis	Es muss der hohen Fluktuation in den Pflgeteams Rechnung getragen werden, da dies zu schwankenden Kenntnissen im Schmerzmanagement führt. Die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten muss verbessert werden um die Qualität im Schmerzmanagement zu steigern. Ein Ansatz um Pflegende zu motivieren könnte das Modelling sein. Das Vorzeigen soll die Pflegenden ermutigen dies nachzumachen. (Lernen von Vorbildern)

Würdigung der Studie: «A Contextual Analysis to Explore Barriers and Facilitators of Pain Management in Swiss Nursing Homes» (Brunkert et al., 2020)

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie eignet sich zur Beantwortung der Fragestellung. Sie behandelt ein für Pflegende relevantes Thema. • Der theoretische Hintergrund beschreibt die Problemstellung treffend und ist logisch dargestellt. • Die Forschenden formulieren keine Fragestellung, jedoch genaue Ziele. • Die Signifikanz wird nicht diskutiert.
Ansatz/ Design	<ul style="list-style-type: none"> • Die Wahl eine Mixed-Method Studie durchzuführen ist in Bezug auf die vorliegende Zielformulierung passend.
Stichprobe qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobenziehung ist passend, es wird beschrieben aus welchen Altersheimen die Pflegenden rekrutiert werden. • Die Teilnehmenden der Fokusgruppen arbeiten in Altersheimen, welche die grösste Bereitschaft für eine Veränderung gezeigt haben und welche der Senevita Gruppe angehören. Die Diskussion mit Pflegenden aus Altersheimen mit einer weniger hohen Bereitschaft oder die nicht der Senevita Gruppe angehören könnte andere Ergebnisse zeigen und ist deshalb möglicherweise nur begrenzt auf die Population übertragbar. • Die Teilnahmekriterien fordern gute Deutschkenntnisse. Da in Altersheimen viele ausländische Pflegenden arbeiten, schliesst dieses Kriterium einen Grossteil der Pflegenden aus und macht die Stichprobe nur bedingt repräsentativ. Zudem werden nur Pflegenden aus der Senevita Gruppe befragt. • Das Setting und die Teilnehmenden sind nur knapp beschrieben. (nur Motivationsfragebogen, Einschlusskriterien Stichprobe) • Die Teilnehmenden erleben das Phänomen in ihrem Alltag und sind deshalb geeignet.
Stichprobe quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobenziehung ist angebracht und ist repräsentativ für die Pflegenden. Die benötigte Stichprobengrösse wurde jedoch nicht berechnet oder begründet. • Die Ansichten der Pflegefachpersonen werden jedoch stärker gewichtet, als die der Pflegehelfenden • Die Forschenden nennen eine Stichprobengrösse von 343 Pflegenden mit einer Rücklaufquote von 67,3 %. Sie beschreiben aber das 192 Personen die Umfrage ausgefüllt haben, was nicht diesen 67,3% entspricht. Es wird nicht beschrieben wie diese Zahl

	zustande kommt. Ausserdem sind in der Tabelle unterschiedliche Antwortgesamtzahlen zu den verschiedenen Items aufgeführt, dies wird nicht begründet. Es werden keine Drop-Outs aufgelistet.
Daten-erhebung qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Das Thema behandelt das Erleben und Verhalten von den Pflegenden in Bezug auf das Schmerzmanagement. • Die Vorgehensweise der Forschenden wird klar beschrieben und die dazugehörigen Hilfsmittel erklärt (COM-B Modell, Mapping). • Die Datensättigung oder ethische Faktoren werden nicht diskutiert.
Daten-erhebung quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Datenerhebung ist nachvollziehbar. • Die Datenerhebung ist nicht bei allen Teilnehmenden gleich. Für Pflegehelfende sind gewisse Fragen fakultativ und sie werden deshalb weniger in der Auswertung berücksichtigt. • Die Daten sind nicht vollständig von allen Teilnehmenden erfasst.
Methodologische Reflexion qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Das methodische Vorgehen stimmt mit dem Forschungsansatz überein. • Der Standpunkt der Forschenden oder philosophische Aspekte werden nicht berücksichtigt.
Messverfahren/ Intervention quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Items für den Fragebogen werden mit vorhergehender Literatur begründet. Der Fragebogen wurde von geriatrischen Experten und Expertinnen beurteilt.
Daten-analyse qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Datenanalyseschritte werden beschrieben. (Vorgehen in den Fokusgruppen, Mapping, Zusammenfassung). • Die Analysemethoden sind aufgeführt und referenziert. • Die Diskussionen wurden aufgezeichnet.
Daten-analyse quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Analyseverfahren werden aufgeführt, jedoch nicht näher beschrieben. Sie sind jedoch passend für das Datenniveau. • Die Forschenden äussern sich nicht über die Signifikanz, sie nutzen die Umfrage dazu um die Themen für die Fokusgruppen festzulegen. • Die Forschenden gewähren wenig Einblick in ihre Analysen, eine Beurteilung ist deshalb nur begrenzt möglich.
Ethik qual./quant.	<ul style="list-style-type: none"> • Ethische Fragen werden nicht diskutiert. • Die Studie wird von der Senevita Gruppe finanziert, das könnte einen Einfluss haben auf die Resultate.
Ergebnisse qualitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Das mit den Teilnehmenden erstellte Mind-Map lässt eine präzise Analyse zu. • Die Ergebnisse werden mit Zitaten aufgeführt und sind präzise. • Es werden viele Aspekte der Problemstellung beschrieben und von verschiedenen Blickwinkeln betrachtet. • Die Kategorien sind klar unterscheidbar dargestellt. • Die gesammelten Daten lassen eine plausible Interpretation zu.
Ergebnisse quantitativ	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse der Umfrage sind in einer Tabelle dargestellt und im Text darauf verwiesen. Die Berechnungen werden nicht dargestellt. • Jedoch wird diese Tabelle zu wenig erklärt. (Gesamtantwortzahl)
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschenden sammeln wertvolle Daten um Ansätze für die Verbesserung des Schmerzmanagements zu finden. Die Sicht der Pflegenden trägt wesentlich zum Verstehen des Phänomens bei. Die Ziele werden erreicht. • Die Ergebnisse sind klar relevant und brauchbar.

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschenden diskutieren ihre Ergebnisse anhand des COM-B Modell und vorhergehender Literatur. • Die Forschenden setzen sich mit den Stärken und Schwächen ihrer Studie auseinander und beschreiben diese. • Die Schlussfolgerung fasst die Ergebnisse nochmals zusammen. • Die Forschenden formulieren Empfehlungen für Ansätze der Verbesserung. • Die Studie könnte in einem anderen Setting wiederholt werden. • Das Evidenz-Level liegt bei 6.
--	---

Zusammenfassung der Studie: «Nurses' Perceptions of Pain Management in Older Adults» (Gropelli & Sharer, 2013)

Einleitung	Die Studie befasst sich mit den Erwartungen und Annahmen von Pflegenden bezüglich des Schmerzmanagements bei älteren Menschen. Fragestellung: Wie nehmen Pflegende das Schmerzmanagement für ältere Menschen in Langzeitinstitutionen wahr? Die Forschenden beschreiben das Thema ausführlich mit Literatur und beschreiben die aktuelle Forschungslage. Die Forschenden berichten, dass es sehr wenig Literatur zur Sicht der Pflegenden zu diesem Thema gebe. Die vorliegende Studie soll diese Forschungslücke schliessen.	
Methode	Design	Die Forschenden wählen einen qualitativen, deskriptiven Ansatz. Zudem wird eine Content Analyse durchgeführt. So sollen die Erfahrungen der Pflegenden bestmöglich analysiert und beschrieben werden.
	Stichprobe	Die Population sind Pflegende der Langzeitpflege für ältere Menschen. 16 Teilnehmende. 15 Frauen und 1 Mann. Pflegefachpersonen und Gesundheitsfachpersonen. Nur eine Studiengruppe. Mitarbeitende eines Altersheimes in Nordamerika. (Abteilung für Menschen mit Demenz, Pflegeabteilung und Reha-Abteilung). Die Stichprobengröße wurde anhand des Ansatzes für qualitative grounded theory bestimmt mit dem Ziel einer theoretischen Datensättigung. (Konzepte werden immer wieder in der Literatur entdeckt und es kommen wenig neue Ergebnisse dazu). Auswahl der Teilnehmenden: Alle Gesundheitsfachpersonen und Pflegefachpersonen die in dieser Institution arbeiteten konnten teilnehmen. Die genaue Auswahl der Teilnehmenden wird nicht beschrieben.
	Datenerhebung	Es wurde mit allen Teilnehmenden einzeln ein Fokusinterview durchgeführt. Die Fragen dafür wurden aus einem Review zusammengestellt. Die Fragen wurden offen formuliert, um den Ausdruck von Gedanken und Gefühlen zu fördern. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert. Sie fanden in einem privaten Umfeld statt. Nachdem die ersten Daten analysiert und ausgewertet wurden, wurden für die weiteren Interviews fokussiertere Fragen formuliert. Es wurden zudem demographische Daten zu Alter, Geschlecht, Berufserfahrung und Anstellungszeit erhoben.
	Methodologische Reflexion	Es besteht eine Forschungslücke zur Wahrnehmung der Pflegenden zum Thema.
	Datenanalyse	Die Daten wurden codiert in einer „line-by-line“ Analyse. Die Inhaltsanalyse umfasste die Codierung, Erstellen von Kategorien und Abstraktion. Die Abschriften wurden mehrfach gelesen und Übertitel und Konzepte wurden benannt. Danach wurden die Kategorien und ihre Beziehungen zu einander identifiziert, sowie die Hauptthemen bestimmt. Abschliessend wurden die Kategorien evaluiert um eine Theorie über die Wahrnehmung der Pflegenden zum Thema zu identifizieren.
	Ethik	Ethische Aspekte wurden nicht erwähnt.

<p>Ergebnisse</p>	<p>Die Pflegenden der Interviews beschrieben welches Umfeld es für ein optimales Schmerzmanagement braucht und stellten fest, dass sich das Schmerzmanagement in ihrer Einrichtung stark verbessert hat. Die meisten Teilnehmenden glaubten, dass die älteren Menschen zufrieden seien mit dem Schmerzmanagement. Im Laufe der Interviews beschrieben die Teilnehmenden jedoch ihre Wahrnehmung von Handhabungen von anderen Pflegenden und Abteilungen, welche Bedenken auslösen. Das eigene Handeln wurde selten reflektiert und dann als negativ bewertet. Der Blick war mehr auf andere gerichtet. Während der Datenanalyse wurden vier Hauptthemen sichtbar an welchen die Ergebnisse dargestellt wurden. Die Ergebnisse wurden mit Zitaten untermauert. Die vier Kategorien waren: Die Wahrnehmung von Bewohnenden und Familien, fehlende Edukation, Mangel eines individuellen Pflegeplans und mangelnde Kommunikation im Gesundheitsteam. Diese wurden in einer Abbildung dargestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Wahrnehmung von Bewohnenden und Familien: Dieses Thema ging laut den Forschenden deutlich aus den Daten hervor. Dabei diskutierten die Pflegenden die Auswirkungen des Schmerzmanagements auf die Lebensqualität der Bewohnenden und weitere Folgen von unbehandelten Schmerzen. Jedoch ohne Berücksichtigung von psychologischen, spirituellen und sozialen Aspekten der Lebensqualität, was gemäss den Forschenden die Sichtweise der Pflegenden beeinflussen kann. Einige Pflegende beschrieben Bedenken bezüglich der Familien, diese würden kein adäquates Schmerzmanagement erlauben oder forderten zu hohe Dosierungen um die Bewohnenden ruhig zu halten. Gemäss den Pflegenden würden den Bewohnenden Coping Strategien fehlen: „Sie haben absolut keine Fähigkeiten im Umgang mit Schmerzen, egal was du tust.“ Andere wiederum beschrieben die Bewohnenden würden erst dann nach Schmerzmitteln fragen, wenn der Schmerz nicht mehr aushaltbar sei. Die Pflegenden sahen dies als Barriere: „Die größte Barriere, die wir haben Gesicht ist die Wahrnehmung der Bewohner von ihr Schmerz und ich denke dass, wenn Sie sagen "Ich kann damit umgehen", dass es nicht so ist so schlecht.“ • Fehlende Edukation: Die Pflegenden berichteten, dass es Möglichkeiten der Institution gibt um sich zum Schmerzmanagement auszubilden, jedoch nehmen die meisten nicht daran teil. Einige hatten seit Jahren keine Schulung zum Thema oder hatten nur die Schulung während ihrer Ausbildung. Diese fehlende Bildung wird von mehreren Pflegenden als hinderlich für das Schmerzmanagement beschrieben. Die Pflegenden schienen während dem Interview über Punkte wie das Assessment, Umgang mit chronischem Schmerz und Anwendung von nichtmedikamentösen Optionen Bescheid zu wissen. Jedoch gaben sie an sich im Assessment bei Menschen welche ihren Schmerz nicht verbal kommunizieren können verbessern müssten. Auf der Reha Abteilung wurden Probleme beschrieben. Die Pflegenden dieser Abteilung berichteten über die Ängste der Bewohnenden bezüglich Abhängigkeit und Komplikationen von Opioiden wie Atemdepression. • Mangel eines individuellen Pflegeplans: Alle Teilnehmenden glaubten, dass die Schmerzerfahrung individuell sei und der Pflegeplan individualisiert werden müsse. Dennoch werde dies in der Praxis nicht so umgesetzt. Die meisten beschrieben, dass sie einzuhaltenden Verfahren und den gleichen Ansatz für alle haben. Dass der Pflegeplan nicht immer effektiv war oder die Schmerzintensitätsskala von den Bewohnern unterschiedlich interpretiert wurde, frustrierten die Pflegenden. Eine Pflegende sagte: "In letzter Zeit haben wir auf diese Idee, dass die Patienten ihre Schmerzstärke zu hoch bewerten. Wir versuchen alle einheitlich zu machen mit den Ebenen. Ich weiß nicht, ob das gut, denn jeder ist anders. Wir müssen es individualisieren für die Patienten". • Mangelnde Kommunikation: Pflegende beschrieben den Einsatz eines Schmerzmanagement-Tools für die Kommunikation mit dem ärztlichen Dienst. Alle Studienteilnehmenden beschrieben wie dies die Kommunikation verbessert habe. Jedoch fehle eine rechtzeitige verbale Kommunikation. Änderungen im Pflegeplan konnten mehrere Tage dauern. Auch die Kommunikation innerhalb des gesamten
--------------------------	---

	<p>Gesundheitsteams schien begrenzt zu sein (z.B. den Bewohnenden, Angehörigen, Pflegehelfenden und der Physiotherapie). Insbesondere die fehlende Kommunikation mit den Angehörigen kann zu Fehlwahrnehmungen führen. Eine Pflegende sagte: „Familien sind sehr schwierig, sie denken du machst ihre Familienmitglieder süchtig oder willst ihre geliebten Menschen ruhigstellen.“ oder „Familien haben das Gefühl, dass sie nicht richtig betreut werden und du siehst Wut und Frustration.“ Nur wenige beschrieben die Wichtigkeit dieser Kommunikation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fehlende Selbstreflexion: Die Pflegenden sprachen meist über das Fehlverhalten von anderen und reflektierten sich selbst wenig. Der Einfluss der Wahrnehmung der Pflegenden wurde ebenfalls erwähnt: „Die Barrieren für das Schmerzmanagement sind die persönlichen Überzeugungen der Pflegenden über das Schmerzmanagement.“ Sowie das fehlende Wissen der Pflegenden: „Ich habe das Gefühl, dass es einige Pflegende gibt, die Angst haben über zu dosieren“ 	
Diskussion	Diskussion und Interpretation	<p>Die Forschungsfrage kann anhand der Ergebnisse beantwortet werden. Die Forschenden beschreiben eine Ähnlichkeit zur bereits bestehenden Literatur. Es wurden aber auch neue Ergebnisse gefunden. Dass das Schmerzmanagement durch die Wahrnehmungen der Pflegenden und Bewohnenden beeinflusst wird deckt sich mit früherer Literatur. Ebenso die fehlende Edukation der Beteiligten. Dieser Punkt geht gemäss den Forschenden als wichtigster Faktor hervor.</p> <p>Bereits in Vergangenen Studien sprachen die Pflegenden über die Individualisierung des Schmerzmanagements. Die Pflegeplanung sollte alle miteinbeziehen auch die Pflegehilfen. Die Kommunikation im ganzen Team ist essenziell und muss zeitnah geschehen.</p>
	Schlussfolgerung und Anwendung in der Praxis	<p>Es braucht verschiedene Ansätze wie z.B. Schulungsprogramme, Journale, Poster usw. Themen wie Assessment und Evaluation, akuter und chronischer Schmerz, Behandlungsmöglichkeiten und das Identifizieren von Einflüssen und Wahrnehmungen sollten geschult werden. Weitere Forschung wird empfohlen zur Wahrnehmung von Studierenden Pflegenden und der Zufriedenheit der Bewohnenden.</p>

Würdigung der Studie: «Nurses' Perceptions of Pain Management in Older Adults» (Gropelli & Sharer, 2013)

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie beantwortet eine wichtige Frage der Pflege. • Das Phänomen wird sehr ausführlich und literaturgestützt beschrieben. • Es wurde eine klare Forschungsfrage formuliert. • Die Signifikanz wird von den Forschenden nicht diskutiert.
Methode	<ul style="list-style-type: none"> • Der gewählte Ansatz ist sinnvoll gewählt um Wahrnehmungen von Pflegenden zu ergründen. • Die benötigte Grösse der Stichprobe wurde von den Forschenden bestimmt. • Es ist jedoch nicht beschrieben wie die Teilnehmenden von den Forschenden ausgewählt wurden. • Das Setting wird umfassend beschrieben, die Teilnehmenden nur sehr knapp. • Die Teilnehmenden eignen sich zur Teilnahme und Beantwortung der Fragestellung, sie erleben das Phänomen in ihrem Alltag. • In der Datenerhebung geht es um die Wahrnehmung und das Erleben der Pflegenden. Die Forschenden diskutieren die Datensättigung ihrer Studie nicht.

	<ul style="list-style-type: none"> • Die Vorgehensweise der Forschenden wird beschrieben, sie gewähren jedoch keinen Einblick in Berechnungen und Zahlen. Die Datenanalyse wird knapp beschrieben. • Philosophische und Ethische Aspekte werden nicht diskutiert. Eine Bewilligung einer Ethikkommission wird nicht erwähnt. • Das methodologische Vorgehen stimmt mit dem qualitativen Ansatz überein.
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse basieren auf einer präzisen Analyse und Kategorisierung. Die Kategorien sind klar dargestellt und unterscheidbar. • Die Ergebnisse werden mit Zitaten untermauert. Sie sind nur im Text dargestellt und es gibt keine Auflistung von z.B. Anzahl Aussagen.
Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse werden mit vorhergehender Literatur verglichen und diskutiert. • Die Ergebnisse sind relevant und brauchbar und beantworten die Forschungsfrage • Die Schlussfolgerungen bieten eine Basis für die weitere Arbeit in diesem Bereich und weitere Forschung. • Das Evidenz-Level beträgt 6.

Zusammenfassung der Studie: «Identifying barriers to pain management in long-term care» (Egan und Cornally, 2013)

Einleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Forschenden beschreiben die hohe Prävalenz von chronischen Schmerzen bei Bewohnenden von Langzeitinstitutionen. Sowie welche Auswirkungen unbehandelte Schmerzen auf die Betroffenen haben können. • Das Ziel dieser Studie war: Hindernisse für ein optimales Schmerzmanagement in Langzeitinstitutionen, von der pflegerischen Perspektive, zu identifizieren. • Die Forschenden machten eine Literaturrecherche und fassten zusammen welche Hindernisse im Schmerzmanagement in vorherigen Studien herauskamen. Dabei legen sie 3 Oberthemen fest: «Caregiver-related barriers», «Patient-related barriers» und «Organisational-related barriers» • Die Forschenden begründen den Forschungsbedarf damit, dass es wichtig ist das Schmerzmanagement zu optimieren um dieser hohen Schmerzprävalenz entgegen zu wirken. Um dies zu erreichen müsse man aktuelle Vorgehensweisen und signifikante Hindernisse identifizieren. Sie zeigen auch auf welche Studien es gibt zum Thema Schmerzmanagement, wenige davon beziehen sich aber auf die Hindernisse speziell von einer pflegerischen Perspektive. Auch erwähnen sie, dass es nur beschränkte Britische und Irische Studien diesbezüglich gibt. 				
	Methode	<table border="1"> <tr> <td>Design</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Es wurde ein quantitatives, deskriptives, Querschnittsdesign für diese Studie gewählt. • Die Forschenden begründen die Wahl des Designs nicht. </td> </tr> <tr> <td>Stichprobe</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Es handelt sich um die Population aller Pflegenden, welche mit alten Menschen in Langzeitinstitutionen arbeiten. • Für die Stichprobe wurden in 5 Langzeitinstitutionen in Irland (3 öffentliche und 2 private) 138 Fragebogen verteilt. Von diesen Fragebogen wurden insgesamt 60% also 83 ausgefüllt zurückgegeben. • Charakterisierung der Stichprobe (n=83): «4 Männer (5%) und 79 Frauen (95%)», «63% Vollzeitarbeitende 33% Regelmässige Teilzeitarbeitende 4% Zeitweise Teilzeitarbeitende», «78% Pflegemitarbeitende und der Rest Pflegeleitung», «72% Mit Edukation im Schmerzmanagement und 28% ohne Edukation im Schmerzmanagement», 9% 20-20 Jahre alt, 19% 30-39 Jahre alt, 33% 40-49 Jahre alt, 32% 50-59 Jahre alt und 7% über 60 Jahre alt» 60% aller Teilnehmenden kommen aus einer Langzeitinstitution und der Rest aus den anderen Institutionen. </td> </tr> </table>	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurde ein quantitatives, deskriptives, Querschnittsdesign für diese Studie gewählt. • Die Forschenden begründen die Wahl des Designs nicht. 	Stichprobe
Design	<ul style="list-style-type: none"> • Es wurde ein quantitatives, deskriptives, Querschnittsdesign für diese Studie gewählt. • Die Forschenden begründen die Wahl des Designs nicht. 				
Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Es handelt sich um die Population aller Pflegenden, welche mit alten Menschen in Langzeitinstitutionen arbeiten. • Für die Stichprobe wurden in 5 Langzeitinstitutionen in Irland (3 öffentliche und 2 private) 138 Fragebogen verteilt. Von diesen Fragebogen wurden insgesamt 60% also 83 ausgefüllt zurückgegeben. • Charakterisierung der Stichprobe (n=83): «4 Männer (5%) und 79 Frauen (95%)», «63% Vollzeitarbeitende 33% Regelmässige Teilzeitarbeitende 4% Zeitweise Teilzeitarbeitende», «78% Pflegemitarbeitende und der Rest Pflegeleitung», «72% Mit Edukation im Schmerzmanagement und 28% ohne Edukation im Schmerzmanagement», 9% 20-20 Jahre alt, 19% 30-39 Jahre alt, 33% 40-49 Jahre alt, 32% 50-59 Jahre alt und 7% über 60 Jahre alt» 60% aller Teilnehmenden kommen aus einer Langzeitinstitution und der Rest aus den anderen Institutionen. 				

		<ul style="list-style-type: none"> •Die Stichprobe wurde willkürlich ausgesucht, aus praktischen Gründen, welche nicht genauer erläutert wurden. •Voraussetzung für die Institutionen war, dass 24h eine Pflegefachperson anwesend ist. •Es gab nur eine Studiengruppe.
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Die Daten wurden anhand eines Fragebogens zur Selbsteinschätzung erhoben. Dieser Fragebogen wurde bereits bei einer früheren Studie von Coker et al. (2010) verwendet, welche die gleiche Fragestellung, im akuten Setting betrachtete. Dieser Fragebogen wurde dann von den Forschenden auf das Langzeitsetting angepasst. •Die Daten wurden einmalig erhoben und nicht alle Fragebogen wurden komplett ausgefüllt.
	Messverfahren und/oder Interventionen	<ul style="list-style-type: none"> •Der erste Teil des Fragebogens beinhaltete Fragen zu den Hindernissen im Schmerzmanagement, welche in der Einleitung beschrieben wurden und aus Literaturrecherche entstanden sind. Diese Fragen waren alle multiple choice mit möglichen Antworten von «nie störend» bis «immer störend». Jede Antwort hatte einen numerischen Wert, welche die Befragten aus einer Siebenpunkte Likert-Skala auswählten. Die 3 Hauptthemen der Hindernisse wurden auf dem Fragebogen nicht erwähnt, um die Antworten nicht zu beeinflussen. •Der zweite Teil des Fragebogens beinhaltete Fragen zu demografischen Angaben (Status der Anstellung, Erfahrung in der Pflege, Alter, Geschlecht, Art der pflegerischen Ausbildung und absolvierte Schulungen bezüglich Schmerzmanagement nach der Ausbildung)
	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> •Das Datenniveau beim ersten Teil des Fragebogens zu den Hindernissen ist ordinal. Der zweite Teil des Fragebogens bezüglich der demografischen Angaben sind dem Nominalniveau zuzuordnen. •Es wurden deskriptive Statistiken wie, Prozentwerte, Mittelwerte und Standardabweichungen verwendet um die Daten zu beschreiben. •Für die Analyse der Daten und der Statistiken wurde das Programm «Statistical Package für Social Sciences version 20.0 für Windows» verwendet. •Die demographischen Daten wurden mithilfe von t-tests und Mann-Whitney U tests verglichen. •Um die 4 Ausbildungsniveaus zu vergleichen wurde eine Varianzanalyse verwendet. •Die Forschenden legten das Signifikanzniveau von $P < 0.01$ fest.
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> •Es wurden keine ethischen Fragen von den Forschenden diskutiert. •Eine Genehmigung vom Ethikkomitee wurde eingeholt.
Ergebnisse	<p>«Caregiver-related barriers» In dieser Kategorie wurde die Variabel, dass «bei agitierten Bewohnenden häufiger Antipsychotika in Betracht gezogen werden als Schmerzmedikamente», mit einem Mittelwert (M) von 3.44 als grösstes Hindernis bezeichnet. Das zweitgrösste Hindernis beschrieb «Ärztinnen und Ärzte, welche ein Wiederstreben aufzeigen adäquate Schmerzmedikation zu verschreiben, aufgrund von Ängsten einer Übermedikation bei Bewohnenden mit Demenz oder im Delir» (M=3.39). Darauf folgt, «die Schwierigkeit den Schmerzäusserungen von Bewohnerinnen und Bewohner Glauben zu schenken, da sie von Zeit zu Zeit Widersprüchlich sind zu ihren nonverbalen Äusserungen» (M=3.12). Insgesamt waren die Pflege-bezogenen Hindernisse (M=2.72) am wenigsten stark ausgeprägt bewertet worden im Gegensatz zu den anderen Hauptthemen.</p> <p>«Patient-related barriers» Am meisten störend, mit dem höchsten Mittelwert (M=3.77) von allen Hauptthemen, werden die Patienten-bezogenen Hindernisse empfunden. An oberster Stelle steht, «die Schwierigkeit Schmerzen zu erfassen bei Bewohnenden mit kognitiven Einschränkungen»</p>	

(M=4.9). 56% der Teilnehmenden beschrieben diese Variable als «häufig-», «sehr häufig-» oder «immer störend» bei der Durchführung eines optimalen Schmerzmanagements. An zweiter Stelle wurde genannt, dass «ältere Menschen Schwierigkeiten zeigen mit Schmerzskalen (z.B. Numeric rating scale) umzugehen» (M=4.77). Daraufhin folgen, dass «sensorische Einschränkungen wie Hör- und Sehschwierigkeiten bei Bewohnenden sich behindernd auf die Durchführung von Schmerzassessments auswirken» (M=4.35) und «Schwierigkeiten beim Schmerzassessment bei älteren Menschen mit Stimmungsveränderungen (Depressionen)» (M=4.18). An fünfter und sechster Stelle kamen, «ältere Menschen sehen Schmerzen als ein Teil des Alterns» (M=3.84) und «ältere Menschen ihre Schmerzen nicht äussern oder die Existenz von Schmerzen bestreiten» (M=3.83).

Organisational-related barriers

Die Organisations-bezogenen Hindernisse (M=3.02) wurde als zweit störendstes Oberthema aufgelistet. Als erste Variable genannt wurde «die fehlende Möglichkeit mit einem palliativ care Team über das Schmerzmanagement eines älteren Menschen zu diskutieren» (M=3.74). Direkt darauf folgte «Zu wenig Zeit um Bewohnende über gesundheitliche Themen aufzuklären (Reservemedikamente, Medikamentenverordnung, alternativen, Abhängigkeit)» (M=3.71). An dritter und vierter Stelle kamen «Nicht konsistente Anwendung von Reservemedikamente bei den Bewohnenden (weil die Entscheidung Reservemedikamente zu verabreichen bei der zuständigen Pflegenden liegt und dies von Person zu Person variiert)» (M=3.69) und «Zu wenig verfügbare Zeit um nicht-medikamentöse Therapien zur Schmerzlinderung durchzuführen» (M=3.52). Auch genannt wird «die Tendenz nur zu dokumentieren, wenn die Schmerzen nicht gebessert haben oder wenn die Bewohnenden Schmerzmedikation verweigern» (M=3.12) und «Kein einheitlicher Weg beim Erfassen von Schmerzen» (M=3.11).

Demographische Variablen im Vergleich zu der Wahrnehmung der Pflegenden:

Anzahl Jahre Erfahrung in Langzeitinstitutionen und als Pflegefachpersonen

Der Zusammenhang zwischen Anzahl Berufserfahrung in Langzeitinstitutionen und bewohnerbezogenen Hindernisse war signifikant (M diff= -0.28). Dies bedeutet, je länger die Teilnehmenden bereits in Langzeitinstitutionen gearbeitet haben, desto tiefer wurden die Patienten-bezogenen Hindernisse eingeschätzt.

Vollzeit Mitarbeitende (n=30) im Vergleich zu Teilzeit Mitarbeitende(n=52)

Vollzeit Mitarbeitende bewerteten Pflege-bezogene Hindernisse und Organisations-bezogene Hindernisse höher und Patienten-bezogene Hindernisse tiefer als Teilzeit Mitarbeitende. Der Unterschied war bei allem jedoch nicht signifikant (z.B. Patienten-bezogene Hindernisse M diff=0.18)

Personen aus der Pflegeleitung im Vergleich zu Pflege Mitarbeitende

Es wurden keine signifikanten Unterschiede herausgefunden. Die Forschenden fanden trotzdem interessant, dass die Pflegeleitung Organisations-bezogene Hindernisse weniger störend empfanden als Pflegemitarbeitende.

Das Niveau der Ausbildung

Das Ausbildungsniveau wird in vier Stufen unterteilt. Die Unterschiede zwischen den vier Ausbildungsniveaus waren nicht signifikant. Es ergab ebenfalls kein linearer Trend für alle drei Oberthemen der Herausforderungen.

Schmerzmanagement Edukation

Teilnehmende welche bereits eine Edukation im Schmerzmanagement hatten, bewerteten Pflege-bezogene und Organisations-bezogene Hindernisse als weniger störend. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. Hingegen bei den Patienten-bezogenen Hindernisse, hatte die Edukation eine signifikante Auswirkung. Diese wurden höher bewertet bei Personen mit Edukation im Schmerzmanagement im Gegensatz zu Personen ohne Edukation im Schmerzmanagement.

<p>Diskussion</p>	<p>Diskussion und Interpretation</p>	<p>Limitationen: Die Ergebnisse können nur beschränkt generalisiert werden, da sie nur eine Methode zur Datenerhebung verwendet haben. Da eine willkürliche Stichprobenziehung gewählt wurde, sind die Ergebnisse nicht auf die ganze untersuchte Population übertragbar. Positiv an der Stichprobe ist, dass die Teilnehmenden aus fünf verschiedenen Langzeitinstitutionen kamen, was die Stichprobe heterogener macht und somit auch eher generalisierbar. 60% der Fragebogen wurden ausgefüllt, was eine gute Quote ist. Jedoch wurden nicht alle Fragebogen komplett ausgefüllt was zu einem sample Bias oder auch Stichprobenverzerrung führen könnte.</p> <p>«Caregiver-related barriers» Das Pflege-bezogene Hindernis mit der höchsten Prävalenz war, dass «bei agitierten Bewohnenden häufiger Antipsychotika in Betracht gezogen werden als Schmerzmedikamente», was auch in anderen Studien als Ergebnis herauskam. Gründe dafür könnten sein, dass ungewöhnliches Verhalten von Bewohnenden mit einer dementiellen Erkrankung erklären anstatt mit Schmerzen, was zu fehlerhaften Verschreibungen von Antipsychotika führen kann. In anderen Studien wurde auch die schlechte Kommunikation mit Ärztinnen und Ärzten erwähnt, was in dieser Studie einen unterdurchschnittlichen Mittelwert erreichte. Zusammenhänge zwischen Anzahl Berufserfahrung in Langzeitinstitutionen hat einen negativen signifikanten Effekt gezeigt auf Patienten-bezogenen Hindernissen. Auch steigende Berufserfahrung als Pflegefachperson hatte einen signifikant negativen Effekt auf Organisations-bezogene und Patienten-bezogene Hindernisse. Auch signifikant war, dass Pflegenden mit Edukation im Schmerzmanagement Patienten-bezogene Hindernisse als störender empfanden als solche ohne Edukation.</p> <p>«Patient-related barriers» Bereits vorherige Studien haben gezeigt, dass die grösste Herausforderung beim Schmerzassessment und Schmerzmanagement kognitive Einschränkungen bei den Betroffenen sind. Diese Studie hebt ebenfalls hervor, dass sensorische Einschränkungen auch ein signifikantes Hindernis für das Schmerzmanagement sind. Diese Themen werden auch weiterhin grosse Herausforderungen in Langzeitinstitutionen bleiben, jedoch helfen Schmerzassessment-Tools mit diesen umzugehen. Auch der Stoizismus der Bewohnenden oder das Betroffene ihre Schmerzen nicht äussern, sind auch in dieser Studie signifikante Hindernisse, wie bereits vorherige Studien gezeigt haben. Viele Faktoren tragen dazu bei, dass Betroffene Schmerzen nicht äussern. Deshalb ist es essentiell, dass Patienten ermutigt werden, mit dem Pflegepersonal oder den Angehörigen über ihre Schmerzen zu sprechen.</p> <p>Organisational-related barriers Die Variabel mit der höchsten Prävalenz zu diesem Thema war, «die fehlende Möglichkeit mit einem Palliativ Care Team über das Schmerzmanagement eines älteren Menschen zu diskutieren». Aktuell kümmert sich das Palliativ Care Team nur um Tumorschmerzen, obwohl Bewohnende von Langzeitinstitutionen von deren Expertisen profitieren könnten. Fehlende zeitliche Ressourcen werden in anderen Studien ebenfalls oft erwähnt. Auch in dieser Studie werden fehlende Zeit für Patientenedukation oder um nichtmedikamentöse Therapien durchzuführen als signifikant störend empfunden.</p>
--------------------------	---	--

	<p>Schlussfolgerung und Anwendung in der Praxis</p>	<p>Implikationen für die Praxis: Da Schmerz ein komplexes Phänomen ist, braucht es einen multidimensionalen Ansatz in der Praxis, damit alle Hindernisse angeschaut werden können. Fortlaufende Schulungen bezüglich Schmerzen und Schmerzmanagement sollen für alle Mitarbeitenden in Langzeitinstitutionen angeboten werden. Diese Schulungen sollen auch speziell Strategien für genannte Hindernisse in dieser und auch vorgängigen Studien ansprechen. Das Schmerzassessment war bei kognitiv beeinträchtigten Bewohnenden das stärkste Hindernis dieser Studie. Da die Teilnehmenden in den Institutionen am häufigsten mit Beobachtungs-tools wie der Abbey pain scale (Abbey et al. 2004) arbeiteten, sollte in den Schulungen der Fokus auf der praktischen Anwendung dieser Tools liegen. Vom Royal College of Physicians et al (2007) wird ein Algorithmus für das Schmerzassessment empfohlen, jedoch kann nicht ein Tool für alle empfohlen werden. Jedoch sollte immer das gleiche Tool verwendet werden bei einem Bewohnenden um Interventionen zu evaluieren. Die Leitung von Langzeitinstitutionen sollte das Ziel haben, hohe Fluktuation bei den Pflegemitarbeitenden zu verhindern, sowie Ressourcen bereit zu stellen um nichtmedikamentöse Interventionen durchzuführen. Von der AGS (2002) wurden folgende nichtmedikamentöse Interventionen empfohlen: physische Aktivierungsprogramme, Patientenedukation, kognitive Verhaltenstherapie für Bewohnende mit chronischen Schmerzen, Warm-Kalt Applikationen, Massagen, Akupunktur und transkutane elektrische Nervenstimulation. Die Leitung sollte ebenfalls die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten sowie mit dem Palliative Care Team fördern. Weiter empfiehlt die AGS (2002), dass Ärztinnen und Ärzte mit Schmerzspezialisten und Palliative Care Mitarbeitenden zusammenarbeiten sollten, bei Bewohnenden mit chronischen Schmerzen. Logopäden, Optiker und Hörakustiker, können die Kommunikation mit Bewohnenden, welche unter sensorischen Einschränkungen leiden, verbessern.</p> <p>Schlussfolgerung Unbehandelte Schmerzen haben gravierende physische und psychische Folgen für ältere Menschen. Herausforderungen für ein optimales Schmerzmanagement zu identifizieren ist sehr wichtig. Viele Ergebnisse dieser Studie überschneiden sich mit vorherigen, grösseren Studien, was die Validität erhöht. Patienten-bezogene Hindernisse wurden als am meisten störend von allen empfunden. Spezifisch das Erfassen von Schmerzen bei kognitiv eingeschränkten Bewohnenden, die Schwierigkeit von älteren Menschen Schmerzskaalen auszufüllen und Kommunikationsprobleme wurde häufig genannt. Auch die Faktoren, dass Bewohnende ihre Schmerzen nicht äussern, zeitliche Einschränkungen und keine gute Kommunikation mit dem Palliativ Care Team wurden als signifikante Hindernisse erkannt.</p>
--	--	--

Würdigung der Studie: «Identifying barriers to pain management in long-term care» (Egan und Cornally, 2013)

<p>Einleitung</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Die Studie behandelt ein wichtiges Thema in der Berufspraxis, was auch mit der hohen Schmerzprävalenz begründet wird. • Das Ziel der Forschenden wird klar aufgezeigt aber nicht durch Hypothesen ergänzt. • In das Thema wird kurz eingeführt und mit Literatur begründet, die Forschenden erklären dafür ausführlich die drei Oberthemen der Herausforderungen und wie sie dazu gekommen sind.
--------------------------	--

Methode	<p>Design:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Wahl des Forschungsdesigns wird nicht begründet, ist jedoch trotzdem logisch und nachvollziehbar. • Die interne und externe Validität wird nicht kontrolliert. <p>Stichprobe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Stichprobenziehung wurde willkürlich gemacht und ist nicht gleichmässig verteilt auf die fünf Langzeitinstitutionen. Deshalb ist es schwierig zu beurteilen ob diese repräsentativ für die ganze Population ist. • Die Stichprobengrösse ist angemessen, jedoch füllen nicht alle Teilnehmenden den Fragebogen komplett aus, was die Ergebnisse beeinflussen könnte. • Drop-outs waren Personen welche den Fragebogen bekamen, ihn jedoch nicht ausfüllten. Laut den Forschenden waren diese noch im geplanten Rahmen. <p>Datenerhebung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Datenerhebung ist nachvollziehbar und die Methoden bei allen Teilnehmenden gleich. • Die Daten sind nicht komplett, da auch Fragebogen verwendet wurden, welche nicht komplett ausgefüllt waren. <p>Messverfahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Messinstrumente sind reliabel und valide. • Die Auswahl wird nicht begründet, ist jedoch nachvollziehbar. <p>Datenanalyse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Verfahren der Datenanalyse werden knapp beschrieben. • Die statistischen Verfahren werden sinnvoll angewendet und die Tests passen auf die betreffenden Datenniveaus. • Die Höhe des Signifikanzniveaus wird nicht begründet → Standardwert. <p>Ethik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden keine Ethischen Fragen diskutiert. Es wurde aber eine Genehmigung vom Ethikkomitee eingeholt.
Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sind präzise alle in Tabellen aufgelistet und im Text verständlich beschrieben. • Ausführungen im Text sind eher kurzgehalten. • Teilweise fehlen relevante Punkte von den Tabellen im Text.
Diskussion	<p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden alle Resultate diskutiert. • Die Interpretationen stimmen mit den Ergebnissen überein und werden mit anderen Studien verglichen und untermauert. <p>Praxistransfer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wird nur sehr oberflächlich beschrieben, aber sonst gut umsetzbar. <p>Schlussfolgerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stärken und Schwächen werden in der Diskussion aufgezeigt. • Es wäre gut möglich diese Studie in einem anderen Setting durchzuführen. • Das Evidenz-Level liegt bei 6.

Anhang 4: Zeitplan Bachelorarbeit

KW	Was?
27	Abgabe Thema Bachelorarbeit
32	Ausarbeiten der Fragestellung/Zielsetzung → Beratungstermin
33-36	Exposé schreiben
37	Abgabe Exposé 1. Version
38-46	Überarbeitung Exposé → Beratungstermin (Woche 42)
47	Abgabe Exposé 2. Version
47-50	Literaturrecherche
51-3	Einige Studien bestimmen → an Betreuungsperson senden → Beratungstermin (Woche 4)
5	Je eine Studie zusammenfassen Anhand eines Rasters → An Betreuungspersonen schicken
6	Ferien
6-8	→ Beratungstermin (Woche 6) Alle Studien zusammenfassen Methodenteil ausarbeiten
10-12	Diskussionsteil schreiben → Beratungstermin (Woche 13)
13-15	Praxistransfer schreiben
16	Gespräch mit Pflegeexpertin Lektorat, Gegenlesen lassen und Überarbeiten
17	Bachelorarbeit fertigstellen und binden lassen
18	Abgabe Bachelorarbeit

Anhang 5: Kostenaufstellung

Was?	Wieviel CHF?
Studien	30.-
Lektorat	465.-
Schreibmaterial	10.-
Geschenke	100.-
Total	605.-