



Stroke Blues

Erkennen und Handeln! Eine Literaturlarbeit über die
Post-Stroke-Depression im Akutspital.

Mariarosa Russo
18648832

Manuela Schmidt
18648873

Departement: Gesundheit
Institut für Pflege

Studienjahr: PF18dipl.
Eingereicht am: 08.04.2020
Begleitende Lehrperson: Doris Ruhmann

**Bachelorarbeit
Pflege**

Inhaltsverzeichnis

Abstract	4
1 Einleitung	5
1.1 Praxisrelevanz	7
1.2 Ziel und Zweck	8
1.3 Fragestellungen	8
1.4 Thematische Eingrenzung	8
1.5 Klärung zentraler Begriffe	8
1.5.1 Screening und Assessment	8
1.5.2 Interventionen	9
1.5.3 Stroke.....	9
1.5.4 Depression	11
1.5.5 Post-Stroke-Depression.....	12
1.5.6 Stroke Unit	15
2 Theoretischer Bezugsrahmen	16
3 Methode	17
3.1 Literaturrecherche	17
3.2 Ein- und Ausschlusskriterien.....	19
3.3 Limitationen	20
3.4 Beurteilung der Literatur	20
4 Ergebnisse	22
4.1 Erfassung einer PSD	22
4.1.1 Studie 1	25
4.1.2 Studie 2.....	27
4.1.3 Studie 3.....	29
4.1.4 Studie 4	33
4.1.5 Studie 5.....	35
4.1.6 Studie 6.....	38
4.1.7 Studie 7.....	39
4.1.8 Studie 8.....	42
4.2 Interventionen.....	51
4.2.1 Bereitstellen von Informationen	55

4.2.2	Motivierende Gesprächsführung	56
4.2.3	Life-Review-Therapy	57
4.2.4	Unterstützungsprogramme	57
4.2.5	Körperliche Aktivität.....	59
4.2.6	Soziale Unterstützung	59
4.2.7	Förderung der Selbstwirksamkeit	60
5	Diskussion	62
5.1	Screening	62
5.2	Interventionen.....	64
6	Theorie-Praxis-Transfer.....	67
6.1	Ergebnisse der Pflegeforschung	67
6.2	Expertise der Pflegefachpersonen	69
6.3	Präferenzen der Pflegeempfangenden.....	71
6.4	Lokaler Kontext.....	71
7	Limitationen	73
8	Beantwortung der Fragestellungen	73
8.1	Implikation für die Praxis	74
8.2	Implikation für die Forschung	74
	Literaturverzeichnis	75
	Abbildungsverzeichnis	90
	Tabellenverzeichnis	90
	Wortzahl	91
	Danksagung	91
	Eigenständigkeitserklärung	91
	Anhang	92
	AICA Hilfstabellen.....	102

Abstract

Hintergrund Die Post-Stroke-Depression (PSD) ist eine häufige und schwerwiegende Komplikation. Sie hat einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität und den Rehabilitationsverlauf der Betroffenen. Trotz hoher Prävalenz wird sie selten erkannt, bleibt unbehandelt und verursacht Folgekosten. Pflegefachpersonen nehmen aufgrund des intensiven Kontaktes zu den Betroffenen eine wichtige Rolle bei der Identifizierung einer PSD ein.

Fragestellungen Was sagt die Literatur zur Erfassung einer PSD durch Pflegefachpersonen im Akutspital und welche pflegerischen Interventionen können aus den gefundenen Ergebnissen abgeleitet werden?

Methode Eine systematisierte Literaturrecherche erfolgte im Zeitraum vom 20. September bis 15. Oktober 2019 in den Datenbanken CINAHL, PubMed und PsychInfo.

Ergebnisse Gefunden wurden acht Studien zur Erfassung, zwei Studien und ein Fachartikel zu Interventionen. Besonders das Screeninginstrument, der PHQ-2 in Kombination mit PHQ-9 haben eine hohe Sensitivität, Spezifität und klinische Nützlichkeit gezeigt. Darüber hinaus benötigt es einen multiprofessionellen Ansatz mit einem strukturierenden Plan, Interventionen, Follow-ups und einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit.

Schlussfolgerung Eine PSD verstärkt das ohnehin einschneidende Stroke-Ereignis für einen betroffenen Menschen. Mit dieser Arbeit werden effektive Verfahren zur Einschätzung und Behandlung vorgestellt. Pflegefachpersonen können damit einen wichtigen Beitrag bei der Erkennung und Pflege von PSD leisten.

Keywords Nurse, Depression, Stroke, Screening, Intervention

1 Einleitung

Der Stroke stellt laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die zweithäufigste Todesursache weltweit dar (Johnson, Onuma, Owolabi, & Sachdev, 2016). Gemäss verfügbaren demographischen Daten erleiden dabei allein in der Schweiz jährlich 16 000 Menschen einen Stroke (Schweizerische Herzstiftung, 2017). 75 Prozent aller Betroffenen behalten demnach permanente Behinderungen oder Funktionseinschränkungen unterschiedlichen Ausmasses zurück (Fiedler, Köhrmann, & Kollmar, 2017, S.6).

Dieses einschneidende Ereignis geht dabei nicht nur mit körperlichen Einschränkungen einher.

Neben Komplikationen wie Stürzen, Harnwegsinfektionen, Pneumonien und Druckläsionen, stellt die PSD mit einer Prävalenz von einem Drittel aller Stroke-Betroffenen eine der häufigsten psychiatrischen Komplikationen dar (Hackett, Yapa, Parag, & Anderson, 2005). Allerdings variieren die Angaben zur Häufigkeit, abhängig vom Setting und Zeitpunkt der Erhebung (Huff, Steckel, & Sitzler, 2003).

Bereits seit mehr als 100 Jahren wurde das Auftreten einer Depression nach Stroke beobachtet, die ersten Studien wurden allerdings nicht vor 1970 durchgeführt (Robinson & Jorge 2015).

Obwohl die PSD weitverbreitet ist, gibt es nur wenige Richtlinien zur Beurteilung, Behandlung und Prävention (Towfighi et al., 2017).

Aus diesem Grund wird sie häufig nicht diagnostiziert und bleibt somit unbehandelt (Kronenberg, Katchanov, & Endres, 2006). Zusätzlich können stroke-bedingte Symptome, wie Sprach- oder Sprechstörungen und kognitive Einschränkungen, die Diagnose erschweren (Hellmann-Regen, Regen, Heuser, Endres, & Otte, 2014).

Richtlinien, die unter anderem in Amerika, Neuseeland, England und Australien gelten, empfehlen ein routinemässiges Screening auf Depression (Duncan et al., 2005; Miller et al., 2010; Stroke Foundation of New Zealand, 2010; Sentinel Stroke National Audit Programme, 2016; Clinical Guidelines for Stroke Management, Australia, 2017).

Doch auch wenn Richtlinien existieren, ist die tatsächliche Befolgung derselben sehr gering, wie Hart und Morris (2008) in einer Studie aus England aufzeigen konnten (Hart & Morris, 2008).

Darüber hinaus gibt es keine Empfehlungen für ein spezifisches Screeninginstrument.

Unentdeckt und unbehandelt ist die PSD mit erheblichen negativen Auswirkungen verbunden. Sie geht unter anderem mit einer erhöhten Mortalität einher (Bartoli et al., 2013; Morris, Robinson, Andrzejewski, Samuels, & Price, 1993).

Auch steht sie in Verbindung mit einem schlechteren funktionellen Ausgang und dementsprechend mit einem schlechteren Rehabilitationserfolg (Ahn, Lee, Jeong, Kim, & Park, 2015). Zudem bleibt auch die Lebensqualität bei einer PSD langfristig vermindert (Brola, Czernicki, & Szafraniec, 1999). Pompili et al. (2012) konnte darüber hinaus ein erhöhtes Suizidrisiko bei Patient_innen mit PSD feststellen.

Die Ursache für eine PSD ist multifaktoriell bedingt und nicht einheitlich geklärt. Ein Ansatz zur Erklärung der Ursache ist ein Ungleichgewicht der Neurotransmitter, infolge einer durch den Stroke verursachten Schädigung des Gehirns (Towfighi et al., 2017). Ein weiterer möglicher Grund könnte die psychische Belastung in Kombination mit der körperlichen Behinderung darstellen. Insbesondere, da körperliche Einschränkungen nach einem Stroke einen schwerwiegenden Einschnitt ins gewohnte Leben des/der Betroffenen darstellen.

Allerdings hat eine Studie von Folstein, Maiberger und McHugh (1977) gezeigt, dass Menschen nach einem Stroke vier- bis fünfmal häufiger an einer Depression erkranken als Orthopädiepatient_innen, bei vergleichbarer körperlicher Behinderung. Dieses Ergebnis suggeriert, dass die Ursache für eine PSD nicht allein psychogen-reaktiven Ursprungs ist.

Mehrere Longitudinalstudien konnten Risikofaktoren für die Entstehung einer PSD identifizieren. Ein Zusammenhang zwischen Läsionsort und -größe konnte dabei aber nicht festgestellt werden (Carson et al. 2000; Wei et al. 2015).

1.1 Praxisrelevanz

Im klinischen Alltag wird eine PSD häufig nicht erkannt, da Anzeichen einer Depression wie Schlafstörungen, verminderter Appetit, Müdigkeit und Hoffnungslosigkeit häufige Symptome nach einem Stroke sind (Duncan et al., 2005).

Dabei sind Pflegefachpersonen bei der Erfassung erster depressiver Symptome wichtig, da sie im engen Kontakt mit den Betroffenen und deren Angehörigen stehen (Edwards, Hahn, Baum, Perlmutter, Sheedy, & Dromerick, 2006).

Dennoch sind sie zu wenig mit der Thematik vertraut und Screenings zur Erfassung einer PSD wurden bisher kaum in die Routinetätigkeiten der Strokeversorgung integriert (Hart & Morris, 2008). Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen handelt es sich bei der PSD um ein relativ neues Krankheitsbild, welches noch nicht bei allen Professionen angekommen ist, und zum anderen fehlen Richtlinien und einheitliche Kriterien zur Diagnosestellung (Dohmen et al., 2006). Weitere Faktoren, welche eine Diagnose ebenfalls erschweren, sind eine kurze Aufenthaltsdauer im Spital, das Überdecken depressiver Symptome durch Einschränkungen wie Sprach- und Sprechprobleme, kognitive sowie Wahrnehmungsprobleme (Kapfhammer, 2011).

Da die Komplikationen einer PSD schwerwiegend sind, ist mit einer längeren und kostenintensiveren Hospitalisation zu rechnen, was wiederum Auswirkungen auf das Gesundheitssystem haben könnte. Studien, die das belegen, konnten allerdings nicht gefunden werden (Towfigh et al., 2017).

Aus diesen Gründen ist es im stationären Setting besonders wichtig, dass Pflegefachpersonen und darüber hinaus alle an der Versorgung von Strokepatient_innen Beteiligten auf diese Problematik sensibilisiert sind, um Anzeichen einer PSD rechtzeitig zu erkennen, damit diese behandelt werden kann. Denn ein Viertel der Betroffenen bleibt unbehandelt auch nach zwei Jahren noch depressiv (Huff et al., 2003). Auch die Dynamik des stationären und ambulanten Rehabilitationsprozesses sowie die Prognose nach einem Stroke und die soziale Wiedereingliederung können durch die Behandlung der PSD massgeblich beeinflusst werden (Ahn et al., 2015).

1.2 Ziel und Zweck

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, Pflegefachpersonen auf die Thematik der PSD im Akutspital zu sensibilisieren und dadurch eine Früherkennung zu ermöglichen, um die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und Komplikationen zu verhindern.

Die Empfehlungen aus dieser systematisierten Literaturlarbeit orientieren sich an der Erfassung einer PSD durch Pflegefachpersonen im Akutspital und in der Stroke Unit sowie an evidenzbasierten nicht-pharmakologischen Interventionen.

1.3 Fragestellungen

Anhand der beschriebenen Problematik werden folgende Fragestellungen abgeleitet:

- 1.) Was sagt die Literatur zur Erfassung einer PSD durch Pflegefachpersonen im Akutspital?
- 2.) Welche pflegerischen nicht-pharmakologischen Interventionen können aus den gefundenen Ergebnissen abgeleitet werden?

1.4 Thematische Eingrenzung

In dieser Bachelorarbeit liegt der Fokus sowohl auf der Erfassung einer PSD durch Pflegefachpersonen im Akutspital als auch auf nicht-pharmakologischen Interventionen. Aufgrund der besonderen Bedürfnisse von Patient_innen mit kommunikativen Einschränkungen, wird nicht explizit auf Patient_innen mit Sprachstörung (Aphasie) eingegangen, obgleich Aphasie eine hohe Prävalenz von 38 Prozent aufweist und ein Prädiktor für eine PSD darstellt (Pedersen Jørgensen, Nakayama, Raaschou, & Olsen, 1995). Aus diesem Grund bedarf diese Population der besonderen Aufmerksamkeit und Forschung.

1.5 Klärung zentraler Begriffe

Im folgenden Abschnitt werden alle für die Fragestellung relevanten Begriffe definiert.

1.5.1 Screening und Assessment

Laut Reuschenbach (2011) stellt ein Screening den ersten Schritt im diagnostischen Prozess dar. Es liefert demnach eine dichotome Kategorisierung. Dies bedeutet, dass es

Hinweise gibt, ob ein Phänomen vorliegt oder ein Risiko besteht (Reuschenbach 2011, S.34).

Ein Screening ist darüber hinaus ein Verfahren, das mit geringem Aufwand durchgeführt werden kann und kostengünstig ist.

Zudem können auch Personen, die keine gesundheitsbezogenen Probleme haben, einem Screening unterzogen werden, mit dem Ziel einer frühzeitigen Diagnostik.

Reuschenbach (2011) ist der Auffassung, dass ein Screening ebenso wie ein Assessment das Ziel verfolgt eine Einschätzung vorzunehmen und einen Handlungsbedarf zu erkennen. Daher stellen Screenings aus seiner Sicht eine besondere Form des Assessments dar. Aus diesem Grund wird in dieser Bachelorarbeit der Begriff Screening und Assessment gleichwertig verwendet (S.34).

1.5.2 Interventionen

Der Begriff «Intervention» wird in dieser Bachelorarbeit anhand der Definition von Bulecheck, Butcher, McCloskey und Wagner (2016) verwendet. Diese definieren Intervention wie folgt:

(...) jede Behandlung auf der Grundlage klinischer Urteilsbildung und klinischen Wissens, die eine Pflegeperson durchführt, um Patienten- bzw. Klientenergebnisse zu verbessern. Pflegeinterventionen umfassen sowohl direkte als auch indirekte Pflege, Interventionen bei Individuen, Familien und in Gemeinschaften sowie Interventionen bei Behandlungen, die von Pflegenden, ÄrztInnen oder anderen Gesundheitsfachpersonen initiiert werden. (S.47)

1.5.3 Stroke

Der Stroke ist eine Erkrankung, die sowohl für die Betroffenen als auch für deren Angehörige mit weitreichenden Auswirkungen auf fast alle Lebensbereiche einhergeht. Auch für das Gesundheitssystem machen sich die Folgen dauerhafter Pflegebedürftigkeit bemerkbar.

Ungefähr drei bis vier Prozent der gesamten Gesundheitskosten der westlichen Industrieländer werden demnach durch den Stroke und seine Folgen verursacht.

(Johnson, Bonafede, & Watson, 2016)

Da das Risiko einen Stroke zu erleiden mit dem Alter steigt ist gerade auch im Hinblick auf die demographische Entwicklung der Bevölkerung dementsprechend in Zukunft mit einer Zunahme zu rechnen.

Auch wenn das Alter einen wichtigen Risikofaktor darstellt, so erleiden zunehmend mehr junge Menschen einen Stroke. Dies ist unter anderem auf einen ungesunden Lebensstil zurückzuführen (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2012).

Definition

Die WHO definiert den Stroke als Unterbrechung der Blutversorgung des Gehirns infolge einer Blutung oder einer Ischämie. Die Diagnose wird je nach Ursache anhand der ICD-10 (Internationale Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10) eingeteilt.

In 85 Prozent aller Strokes ist die Ursache eine Durchblutungsstörung (Ischämie) in einem hirnversorgenden Gefäß, 15 Prozent sind auf eine Hirnblutung zurückzuführen (Cassier-Woidasky, Nahrwold, & Glahn, 2014, S.35). Die Behandlung einer Hirnblutung unterscheidet sich dabei grundlegend von jener einer Ischämie.

Ischämischer Stroke

Ein ischämischer Stroke ist eine lokale Minderdurchblutung des Gehirns. Die Folge dieser Durchblutungsstörung ist eine bleibende strukturelle Hirnschädigung.

Aufgrund der Minderdurchblutung in den nachgeschalteten Hirnabschnitten, bilden sich lokal neurologische Symptome. Je nach Dauer des Gefäßverschlusses kommt es dabei zu einem Infarktkern, welcher sich im Laufe der Zeit in eine individuell grosse Randzone ausbreiten kann (Cassier-Woidasky et al., 2014, S. 30). Insbesondere der Faktor Zeit stellt bei der Behandlung des Strokes einen wichtigen Faktor dar, da eine rechtzeitige Wiederherstellung der Durchblutung des funktionsgestörten Hirngewebes die Infarktausdehnung reduzieren kann.

Transitorisch ischämische Attacke (TIA)

Vorübergehende lokal auftretende neurologische Symptome, welche nicht länger als eine Stunde anhalten und sich vollständig zurückbilden, werden als TIA bezeichnet. Bei einer TIA gibt es im Vergleich zu einem Stroke keinen Nachweis für eine durchblutungsbedingte Schädigung im MRT (Magnetresonanztomographie) (Hennerici & Kern et al., 2017; Slezak et al. 2014)).

Da nach einer TIA ein hohes Rezidivrisiko einen Stroke zu erleiden besteht (4-5 % nach 24 Stunden, 25-50 % in den ersten zwei Tagen, 10-20 % nach 90 Tage), stellt dies einen dringenden Notfall dar, der in einem spezialisierten Zentrum einer unmittelbaren Diagnostik und Überwachung bedarf (Slezak et al., 2014).

Hirnblutung

Die nichttraumatische oder spontane Hirnblutung oder intrazerebrale Blutung (ICB) ist für 15 Prozent aller Schlaganfälle verantwortlich. Im Vergleich zum ischämischen Stroke geht die Hirnblutung allerdings mit einer höheren Mortalität einher. Je nach Studie beträgt die Sterblichkeit innerhalb des ersten Monats nach einer ICB 35-52 Prozent (Broderick et al., 2007, zitiert nach Fiedler et al., 2017, S.109). Abhängig von ihrer Entstehung wird die Hirnblutung in primär oder sekundär eingeteilt (Qureshi et al., 2001). Ursachen für eine primäre Hirnblutung (70-90 %) sind unter anderem chronischer Hypertonus (Brott, Thalinger, & Hertzberg, 1986, zitiert nach Fiedler et al., 2017, S. 108)). Bei der sekundären Hirnblutung sind mögliche Ursachen Gefäßmissbildungen, Aneurysma, Tumore, Amyloidangiopathie, Drogenabhängigkeit oder Gerinnungsstörungen (Thrift, Donnan, & McNeil, 1995, zitiert nach Fiedler et al., 2017, S. 108). Ebenfalls zählen dazu sekundäre Einblutungen in ischämisch geschädigte Areale. Die Hirnblutung stellt einen lebensbedrohlichen Notfall dar.

1.5.4 Depression

Die Depression, oder Major Depression, wird unter anderem anhand der Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual V (DSM V) durch den psychiatrischen Dienst diagnostiziert und nach Schweregrad unterteilt (American Psychiatric Association, 2018, S. 217). Betroffene zeigen dabei eine depressive Verstimmung oder einen Verlust des

Interesses oder Freude zusammen mit fünf weiteren Symptomen, unter anderem Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit, psychomotorische Unruhe, Fatigue, Gefühl der Wertlosigkeit, verminderte Konzentration und/oder Suizidgedanken über einen Zeitraum von zwei oder mehr Wochen (American Psychiatric Association 2018, S. 217).

1.5.5 Post-Stroke-Depression

Bei einer PSD handelt es sich um eine Depression, die in direkter Verbindung mit dem Stroke-Ereignis steht.

Laut Hoffmann und Hochapfel (2009) entwickelt sich die PSD »(...) im Rahmen der emotionalen Erlebnisverarbeitung und stellt dadurch eine sekundäre Ausdruckskrankheit dar« (zitiert nach Wipprecht & Grötzbach, 2013).

Je nach Definition, Zeitpunkt der Messung und Art der Patientenselektion variiert die Prävalenz zwischen 5 und 63 Prozent (Johnson, Minarik, Nyström, Bautista, & Gorman, 2006). Auch trägt der Einsatz unterschiedlicher methodischer Instrumente zur Erfassung depressiver Symptome zur Heterogenität der Ergebnisse bei.

Bezogen auf den Zeitpunkt der Messung hat eine Metaanalyse mit allen publizierten Beobachtungsstudien von Hackett und Pickles (2014) gezeigt, dass 33 Prozent der Betroffenen ein Jahr nach dem Stroke eine Depression aufweisen, 25 Prozent bis zu fünf Jahren und 23 Prozent nach fünf Jahren (Hackett & Pickles, 2014, zitiert nach Towfighi et al., 2017).

Insbesondere innerhalb der ersten drei Monate nach dem Ereignis wird das Auftreten einer PSD am häufigsten beobachtet und nimmt im Verlauf des ersten Jahres ab (Towfighi et al., 2017).

Ein Review von Ayerbe, Ayis, Wolfe und Rudd (2013a) hat gezeigt, dass die Anzahl der Patient_innen, welche sich innerhalb des ersten Jahres vollständig erholt haben bei 15-57 Prozent liegt.

Allerdings besteht eine hohe Rezidivrate für eine Depression, welche zwei Jahren nach einem Stroke 38 Prozent und im 14. und 15. Jahr 100 Prozent beträgt (Ayerbe, Ayis, Crichton, Wolfe, & Rudd, 2013b).

In verschiedenen Studien wurde der Zusammenhang der Lokalisation und des Läsionsvolumen im Hinblick auf die Entstehung einer PSD untersucht. Allerdings zeichnet sich hierbei keine einheitliche Befundlage ab (Carson et al. 2000; Wei et al. 2015).

Diagnostik

Obwohl die PSD eine hohe klinische Relevanz aufweist, existiert keine einheitliche Definition, was die Diagnosestellung erschweren kann (Wipprecht & Grötzbach, 2013).

Der Goldstandard zur Diagnostik einer PSD ist allerdings das strukturierte klinische Interview durch einen/eine Psychiater_in, anhand des von der American Psychiatric Association entwickelten Handbuchs DSM V.

So wird die PSD anhand des DSM V als eine depressive Störung aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors beschrieben (American Psychiatric Association 2018, S. 243). Nach der American Psychiatric Association (2018) besteht in diesem Fall eine ausgeprägte und anhaltende depressive Verstimmung oder deutlich vermindertes Interesse oder Freude an allen oder fast allen Aktivitäten, was auf die direkte Wirkung eines medizinischen Krankheitsfaktors zurückzuführen ist (S.244). Demzufolge besteht ein kausaler Zusammenhang mit einem medizinischen Krankheitsfaktor, wie einem Stroke.

Das DSM-Zeitkriterium von mindestens zwei Wochen beim Vorhandensein depressiver Symptome wird durch Forscher stark diskutiert, da dadurch Betroffene zu spät oder gar nicht erfasst werden könnten (Wipprecht & Grötzbach, 2013)

Im DSM V ist beschrieben, dass eine Depression aufgrund eines Strokes sehr akut innerhalb eines Tages bis wenige Tage nach einem zerebrovaskulären Ereignis auftreten kann (American Psychiatric Association 2018, S.245).

Bezugnehmend auf die hohe Rezidivrate, könnte eine wiederholte Diagnostik zu einem späteren Zeitpunkt wichtig sein, wie Wipprecht und Grötzbach (2013) betonen.

Es gilt zu beachten, dass somatische Symptome oder kognitive Defizite die Diagnose einer PSD stark erschweren können.

Risikofaktoren

Zu den Risikofaktoren einer PSD gehören der Schweregrad des Strokes, funktionelle und/oder kognitive Beeinträchtigungen, Strokes in der Vorgeschichte, psychische Vorerkrankungen sowie eine positive Familienanamnese für psychische Erkrankungen (Towfighi et al., 2017). Darüber hinaus sind Frauen tendenziell häufiger gefährdet eine PSD zu entwickeln als Männer, wie Paradiso und Robinson (1998) in ihrer Studie aufzeigen konnten. Die Aphasie ist ebenfalls ein wichtiger Faktor bei der Entstehung einer PSD. In einer Untersuchung von Kauhanen et al. (2000) erfüllten 70 Prozent aller

Betroffenen mit einer Aphasie die DSM Kriterien für eine Depression. Allerdings stellt sie in vielen Studien ein Ausschlusskriterium dar, weswegen von einer unterschätzten Komorbidität ausgegangen werden muss (Kapfhammer, 2011).

Weitere Prädiktoren waren ein Mangel an familiärer und sozialer Unterstützung und Angst (Ayerbe, Ayis, Wolfe, & Rudd, 2013a; Ayerbe, Ayis, Rudd, Heuschmann, & Wolfe, 2011). Um ein besseres Verständnis der Pathophysiologie einer PSD zu schaffen und gezielte Interventionen zur Vorbeugung und Behandlung zu entwickeln, ist laut Towfighi et al. (2017) weitere Forschung nötig.

Therapie

Es existiert bisher kein einheitliches Vorgehen zur Behandlung und Prävention einer PSD.

In der Regel wird die Depression nach einem Stroke mittels Massnahmen aus einer lösungs- und ressourcenorientierten pharmako-, psycho- und funktionstherapeutischen Behandlung miteinander kombiniert (Schmidt, 2010).

Medikamentöse Therapie

Die prophylaktische Gabe von Antidepressiva (14 randomisierte Kontrollstudien; n=1515) zeigt keinen konsistenten Effekt bei der Prävention einer Depression nach einem Stroke (Hackett, Anderson, House, & Halteh, 2008a).

Bei der Behandlung einer PSD zeigen sie allerdings eine positive Wirkung auf eine Verbesserung der depressiven Symptome (Hackett, Anderson, House, & Xia, 2008b).

Dennoch ist weitere Forschung im Hinblick auf den optimalen Zeitpunkt und die Auswahl der Medikation notwendig (Towfighi et al., 2017).

Auch wenn Antidepressiva bei der Behandlung einer Depression nach Stroke wirksam sind, so benötigen die Patient_innen im Hinblick auf die Nebenwirkungen eine besondere Überwachung. Auch sollten sie über mögliche Interaktionen und Nebenwirkungen informiert werden.

Risiken können unter anderem Stürze, Krampfanfälle oder das Auftreten eines Delirs sein, weswegen die Medikamente mit Vorsicht angewendet werden sollten (Hackett et al., 2008b).

1.5.6 Stroke Unit

Die Behandlung auf einer Stroke Unit hat das Ziel der möglichst weitgehenden Wiederherstellung des Gesundheitszustandes der Betroffenen.

Burton, Fisher und Green (2009) beschreiben die Zusammenarbeit folgendermassen:

Die strukturierte Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Pflegenden, den verschiedenen Therapieberufen und dem Sozialdienst wird durch fest installierte regelmäßige Teambesprechungen oder Fallkonferenzen erleichtert, in denen die unterschiedlichen Blickwinkel diskutiert werden. Grundlage gelingender Kooperation ist ein starker interdisziplinärer Teamgeist und gegenseitige Wertschätzung, auf deren Basis alle Beteiligten an einem Strang ziehen und Entscheidungen gemeinsam getroffen werden. (zitiert nach Cassier-Woidasky et al., 2014, S.17)

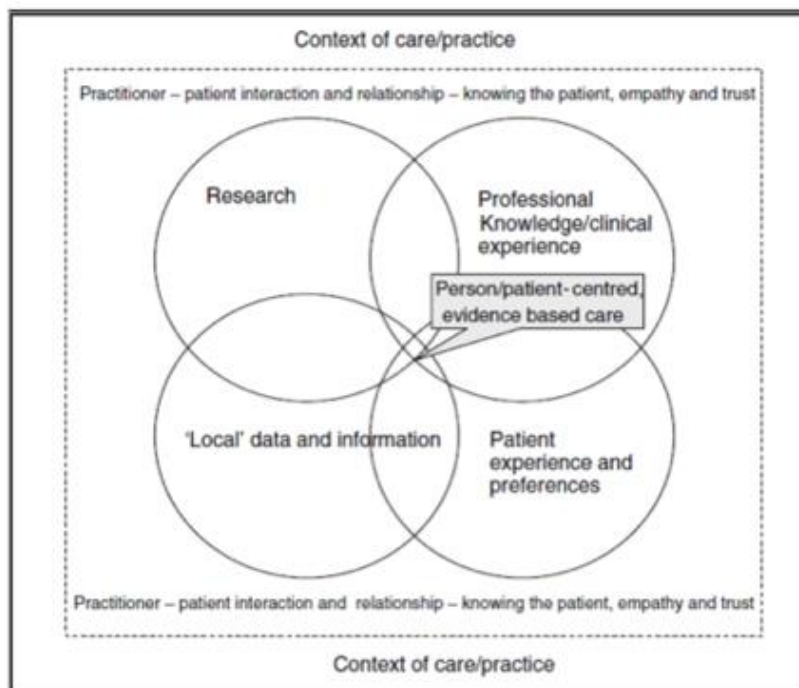
Pflegefachpersonen auf einer Stroke Unit treffen auf Menschen in einer Krisensituation. Sie sind dabei unmittelbar mit den Fragen, Unsicherheiten und Ängsten der Betroffenen und deren Familien konfrontiert und stellen häufig die erste Ansprechperson dar. Der Verlust von verloren gegangenen Funktionen kann zu grosser Frustration und Ängsten bei den Patienten führen. Reibungslose Abläufe, gelingende Kommunikationsstrukturen und -prozesse sind daher von grosser Wichtigkeit. Neben den körperlichen Einschränkungen sollte die psychosoziale Komponente unbedingt beachtet werden, wie Cassier-Woidasky et al. (2014) schreiben (S.23). Negativ beeinflussen könnte dies die fehlende Definition von Zuständigkeiten im multidisziplinären Team, dies führt zu unkoordinierten Abläufen und Informationslücken, wodurch sich Patient_innen und deren Angehörige allein gelassen fühlen könnten (Cassier-Woidasky et al., 2014, S. 23).

2 Theoretischer Bezugsrahmen

Als theoretischer Bezugsrahmen wurde das Evidence-based-Nursing-Modell (EBN) gewählt, um die Fragestellungen und die Entscheidungsfindung auf Grundlage des besten verfügbaren, evidenzbasierten Wissens zu beantworten (Rycroft-Malone et al., 2004). Das EBN geht dabei problem- und handlungsorientiert von der konkreten Praxissituation aus und stützt ihre Entscheidungsfindung auf vier Wissensquellen: Forschung, klinische Expertise, Patientenpräferenzen und den lokalen Kontext (siehe Abbildung 1). Dies erleichtert eine objektive Analyse pflegerischer Entscheidungen und hilft die Fragestellung differenzierter zu beantworten.

Abbildung 1

EBN-Modell nach Rycroft-Malone et al. (2004)



Quelle: Rycroft-Malone et al., 2004, Journal of advanced nursing)

3 Methode

Die Methodik dieser Bachelorarbeit verfolgt das Ziel einer systematisierten Literaturübersichtsarbeit. Im folgenden Teil wird auf das Vorgehen zur Beantwortung der bereits genannten Fragestellungen eingegangen. Im Anschluss daran wird die Gliederung erläutert.

3.1 Literaturrecherche

Die systematisierte Suche nach relevanter veröffentlichter Literatur erfolgte im Zeitraum vom 20. September 2019 bis zum 15. Oktober 2019.

Zu Beginn wurde eine Recherche auf Cochrane durchgeführt, um bereits vorhandene systematische Übersichtsarbeiten zum gesuchten Thema auszuschliessen.

Gesucht wurde in der gesundheitsbezogenen Datenbank PubMed sowie in der pflegebezogenen Datenbank CINAHL. Da es sich bei der PSD um eine psychiatrische Komplikation nach einem Schlaganfall handelt, hat zudem eine Suche in der internationalen psychologischen Datenbank PsycInfo stattgefunden. Des Weiteren wurde eine Handsuche wissenschaftlicher Fachzeitschriften und Bücher in der Hochschulbibliothek der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) durchgeführt. Ebenso wurden die Referenzlisten der gefundenen Studien überprüft und nach Relevanz eingeschlossen.

Da die Verwendung von Medical Subject Headings (MeSH Terms) nur wenig thematisch relevante Literatur hervorgebracht hat, wurde die Suche mittels Keywords erweitert.

Zur Präzisierung wurden die Keywords, welche der Tabelle 1 zu entnehmen sind, mit dem Bool'schen Operator «AND» und einer Trunkierung (*) verbunden (siehe Tabelle 2). Die gewählte Kombination der Keywords der in der Tabelle 2 aufgeführten Suchstrategie ergibt sich aus der Relevanz der gefundenen Ergebnissen. Der Bool'sche Operator «NOT» wurde nicht verwendet.

Tabelle 1*Keywords*

Kategorie	Keywords Deutsch	Keywords Englisch (USA)
Population	Pflegefachpersonen	Nurs*
	Krankenpfleger/in	Nurse
	Krankenschwester	
Phänomen	Depression	Depression Post-Stroke-Depression
	Schlaganfall	Stroke
Outcome	Einschätzung	Assessment
	Überprüfung	Screening
	Pflegeintervention	Intervention
Setting	Spital Krankenhaus	Hospital
	Schlaganfalleinheit	Stroke Unit

Tabelle 2*Suchstrategie in den Datenbanken*

Datenbank	Bool'scher Operator	Suchbegriffe
PubMed	AND	Nurs* (Keyword)
	AND	Depression (Keyword) Stroke (Keyword) Screening (Keyword)
CINAHL	AND	Nurs* (Keyword)
	AND	Depression (Keyword) Stroke (Keyword) Assessment (Keyword)
PsychInfo	AND	Nurs* (Keyword)
	AND	Screening (Keyword) Post Stroke Depression

3.2 Ein- und Ausschlusskriterien

In einem ersten Durchgang wurden die Studien anhand des Titels auf ihre Relevanz geprüft. Thematisch ähnliche Studien wurden dabei geclustert und Dubletten beseitigt. Im Anschluss daran erfolgten die Sichtung und das sorgfältige Lesen der Abstracts, unter Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien (Tabelle 3). Nach eingehender Prüfung dieser auf Praxisbezug, wurden relevante Studien inkludiert.

Die gefundenen Artikel/ Studien, sollten dabei Peer-reviewed und in deutscher oder englischer Sprache sein.

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien

Kriterien	Ein- und Ausschlusskriterien
Zeitraum	Auf eine zeitliche Einschränkung wurde verzichtet, da viele relevante Studien und Artikel älter als zehn Jahre waren
Population	eingeschlossen wurden Menschen über 18 Jahre nach einem Stroke, unabhängig der Ursache des Strokes Studien und Artikel mit Fokus auf aphasische Patient_innen wurden bei der Suche zuerst nicht berücksichtigt Während der Recherche fiel auf, dass diese Population häufig eingeschlossen wurden weswegen dies kein Ausschlusskriterium darstellt ausgeschlossen: Studien mit alleinigem Fokus auf Patient_innen mit Aphasie (siehe Kapitel 1.4)
Phänomen	Einschlusskriterien: Menschen nach einem Stroke und Menschen mit einer Depression infolge eines Strokes
Outcome	eingeschlossen wurden: Screeninginstrumente und nicht- pharmakologische Interventionen, welche durch Pflegefachpersonen durchgeführt werden können; Studien die nicht-pharmakologische, pflegerische Interventionen zur Reduktion depressiver Symptome oder die Prävention einer PSD untersuchen ausgeschlossen: pharmakologische Interventionen
Setting	eingeschlossen: Setting Akutspital und Stroke Unit Studien aus dem Rehabilitationssetting wurden nur bei möglicher Übertragbarkeit auf den akuten Kontext inkludiert eingeschlossen: Studien und Artikel aus westlichen Industrieländerländern mit vergleichbarem Gesundheitssystem, um einen möglichst nahen Praxis-Transfer zur Schweiz zuzulassen

3.3 Limitationen

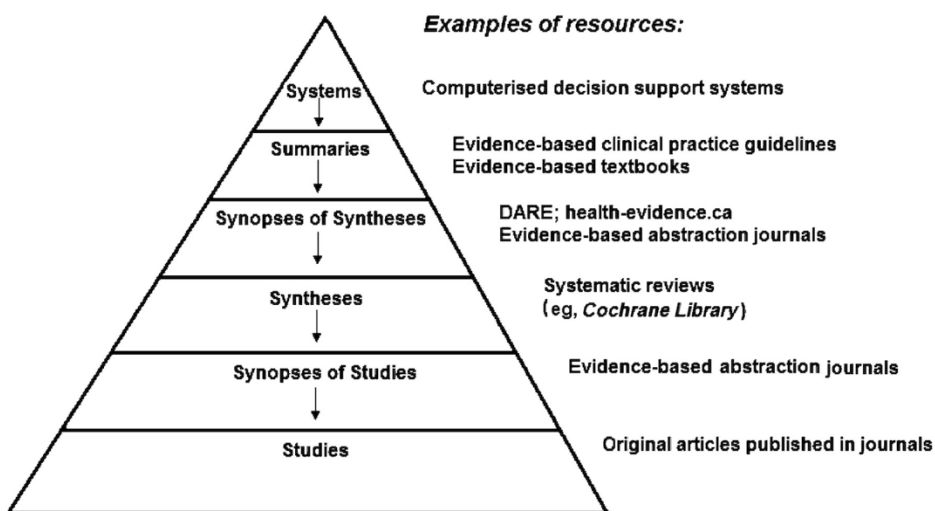
Um so viel Resultate wie möglich zu generieren, wurden, bis auf «Abstracts», keine Limitationen gesetzt. Relevante Artikel ohne Volltexte konnten in Bibliotheken oder online besorgt werden, weswegen dies keine Limitation bei der Suche darstellte.

3.4 Beurteilung der Literatur

Die selektierten Artikel wurden anhand der oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien und hinsichtlich der Relevanz für die Beantwortung der Fragestellung ausgewählt. Da alle relevanten Studien ein quantitatives Forschungsdesign aufweisen, wurden sie jeweils nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) und Burns und Grove (2005) systematisch gewürdigt. Die Güte wurde nach Bartholomeyczik et al. (2008) beurteilt. Die kritische Würdigung von Reviews wurde mittels *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) vorgenommen. Die Einstufung des Evidenzlevels erfolgte anhand der 6S-Pyramide nach DiCenso, Bayley und Haynes (2009), siehe dazu Abbildung 2.

Abbildung 2

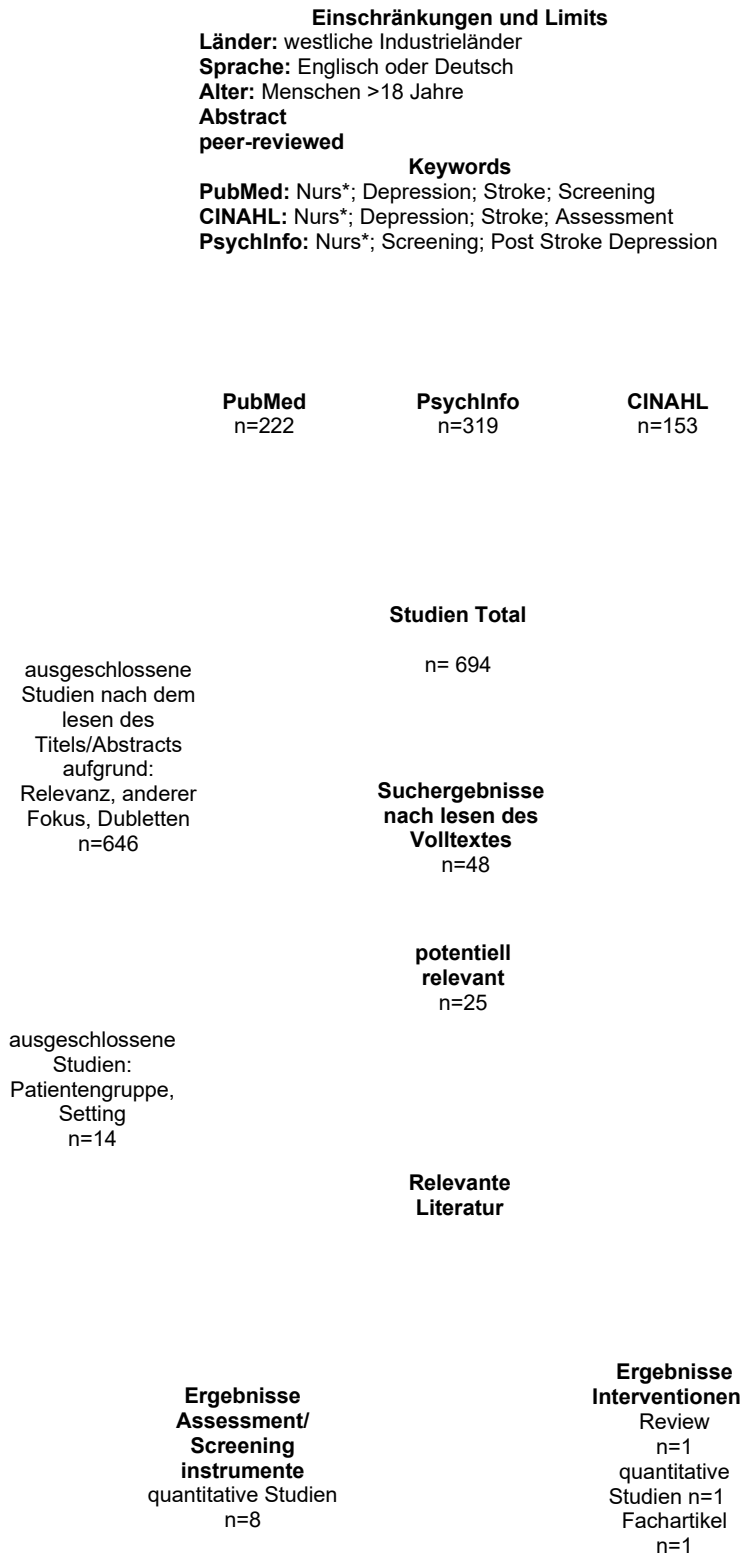
6S- Pyramide nach DiCenso et al. (2009)



Quelle: DiCenso et al. (2009)

Abbildung 3

Flowchart der Literaturrecherche



4 Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse für die Erfassung einer PSD und pflegerische, nicht-pharmakologische Interventionen aufgeführt.

Die Ergebnisse möglicher pflegerischer Interventionen konnten anhand der gleichen Suchstrategie extrahiert werden und wurden teilweise durch aktuelle Literatur ergänzt.

4.1 Erfassung einer PSD

Die eingeschlossenen Studien für die Erfassung einer PSD werden in der folgenden Übersichtstabelle chronologisch dargestellt (Tabelle 4). Eingehendere Beschreibungen der einzelnen Screeninginstrumente sind im Anhang beigefügt. Die wesentlichen Aspekte der einzelnen Studien werden ebenfalls grafisch dargestellt (Tabelle 5 bis 12).

Tabelle 4

Übersichtstabelle der untersuchten Studien

Titel	Design	Assessment/Screening	Sample
Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. Lightbody et al. (2007a)	Querschnittstudie	Geriatric Mental State Examination (GMS) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	n=28
The use of nurses` and carers` observation in the identification of poststroke depression. Lightbody et al. (2007b)	Querschnittstudie	Signs of Depression Scale (SoDS)	n=71
Assessment of depression after stroke. A comparison of different screening instruments. Berg et al. (2009)	Längsschnittstudie	Beck Depression Inventory (BDI) Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) Visual Analogue Mood Scale (VAMS) Assessment durch Betreuungsperson Clinical Global Impression (CGI)	n=100
Stroke mood screening on an inpatient Stroke Unit. Gurr (2011)	pro- und retrospektive Kohortenstudie	Stroke Mood Screening Pathway (SMS) Yale Question Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Brief Assessment Schedule Depression Cards (BASDEC) Depression Intensity Scale Circle (DISC)	n=271
Screening for Poststroke Depression using the Patient Health Questionnaire. de Man-van Ginkel et al. (2012a)	beobachtende Längsschnittstudie	Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)	n=55

Fortsetzung Tabelle 4 Übersichtstabelle der untersuchten Studien

Titel	Design	Assessment/Screening	Sample
An Efficient Way to Detect Poststroke Depression by Subsequent Administration of a 9-item and a 2-item Patient Health Questionnaire. de Man-van Ginkel et al. (2012b)	prospektive Studie	PHQ-2 PHQ-9	n=171
Screening for mood disorders after stroke: a systematic Review of psychometric properties and clinical utility Burton & Tyson (2015)	Review	Aphasia Depression Rating Scale (ADRS) Brief Assessment Schedule Depression Cards (BASDEC) Beck Depression Inventory (BDI) Beck Depression Inventory II Second Edition (BDI-II) Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Geriatric Depression Scale (GDS) Geriatric Depression Scale-15item (GDS-15) General Health Questionnaire-28item (GHQ-28) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) PHQ-9 PHQ-2 Stroke Aphasic Depression Questionnaire Hospital version (SADQ-H) Stroke Aphasic Depression Questionnaire Hospital Version-10item (SADQ-H10) Signs of Depression Scale (SoDS) Yale Question Visual Analogue Mood Scale (VAMS)	Total n=3751
A depression screening protocol for patients with acute stroke: A quality improvement project McIntosh (2017)	retrospektive Studie mit Patientendaten	PHQ-9	n=79

4.1.1 Studie 1

Das Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Genauigkeit der Geriatric Mental State Examination (GMS) und der Montgomery-Åsperg-Depression Rating Scale (MADRS) durch Pflegefachpersonen im Vergleich zum klinischen Interview.

Tabelle 5

Studie 1 Lightbody et al. (2007a)

Inhalt	Details
Autoren	Lightbody, Baldwin, Connolly, Gibbon, Jawaid, Leathley, Sutton & Watkins
Titel	Can nurses help identify patients with depression following stroke?
Erscheinungsjahr	Februar 2007
Land	England
Setting	Spital
Sample	n=28
Design	Querschnittspilotstudie, quantitatives Design
Ausschlusskriterien	Bewusstlosigkeit medizinische Instabilität
Screeninginstrumente	GMS MADRS
weitere Messverfahren	Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) History and Aetiology Schedule (HAS) bei Patient_innen mit Kommunikationsstörungen
Referenztest	psychiatrische klinische Diagnose (PCD) anhand ICD-10 Kriterien durch den/die Psychiater_in
Datenerhebung	Durchführung der Screeninginstrumente durch Pflegefachpersonen Bei Schwierigkeiten der Beantwortung durch den/die Patient_in wurde eine Bezugsperson hinzugezogen

Fortsetzung Tabelle 5 Studie 1 Lightbody et al. (2007a)

Inhalt	Details
Limitationen	kleine Stichprobengröße Verlass auf die Fähigkeiten des/der Psychiater_in für die korrekte Diagnosestellung Bei MADRS müssen Patient_innen zu einem gewissen Grad kommunizieren können Eine Pflegefachperson führte sowohl GMS als auch MADRS durch
Kommunikation/Kognition	68 % hatten kognitive und kommunikative Einschränkungen
Evidenzlevel (nach DiCenso et al.,2009)	6, Originalstudie

Das GMS ist ein Instrument, welches bereits bei älteren Menschen validiert wurde und überwiegend in der Forschung Anwendung findet. Da es auch Beobachtungselemente enthält, wurde es in der Studie von Lightbody (2007a) auch bei Patient_innen mit Kommunikationsstörungen eingesetzt. Allerdings ist die Performance bei dieser Population unklar.

Die MADRS bewertet den Schweregrad einer Depression bei bereits diagnostizierter Depression durch den ärztlichen Dienst. Es wurde gewählt, da es sehr sensitiv auf Veränderungen reagiert und somit nützlich sein kann, um den Effekt der Behandlung zu evaluieren.

Waren die Teilnehmenden nicht in der Lage Fragen zu beantworten, so wurde dies stellvertretend, zum Beispiel durch ein Familienmitglied, durchgeführt.

Der/die Interviewer versucht die Symptome der Teilnehmenden rückblickend für die letzten vier Wochen (für manche Symptome zwei Wochen) zu evaluieren. In dieser Studie wurde dieses Zeitkriterium allerdings nicht beachtet, wenn das Stroke-Ereignis weniger als vier Wochen zurücklag. Begründet wurde dies durch die Forschenden damit, dass die Symptome nach DSM-Kriterien nur mindestens zwei Wochen bestehen müssen.

Das GMS wurde bei allen (n=28) und die MADRS bei 24 (86 %) Patient_innen durchgeführt. Das GMS weist im Vergleich zur PCD eine Sensitivität von 71 Prozent (KI 29-96 %) und eine Spezifität von 67 Prozent (KI 43-85 %), einen positiven prädiktiven Wert von 42 Prozent (KI 15-72 %) und einen negativen prädiktiven Wert von 88 Prozent (KI 62-98 %) auf. Der Anteil derjenigen, die durch das GMS korrekt diagnostiziert wurden, betrug 68 Prozent (KI 48-84 %).

Die MADRS weist eine Sensitivität von 100 Prozent (KI 59-100 %), eine Spezifität von 65 (KI 38-86 %) Prozent, einen positiven prädiktiven Wert von 54 Prozent (KI 25-81 %) und einen negativen prädiktiven Wert von 100 Prozent (KI 72-100 %) auf. Die Gesamteffizienz betrug 75 Prozent (KI 53-90 %).

Anhand der PCD wurden sieben (25 %) Patient_innen als depressiv eingestuft. Das GMS und die MADRS klassifizierten 12/28 (43 %) beziehungsweise 13/24 (54 %) der Teilnehmenden als depressiv. Sechs Personen, bei denen keine Depression mittels PCD diagnostiziert wurde, wurden mit dem MADRS positiv gescreent. Lightbody et al. (2007a) vermerken dazu, dass der ärztliche Dienst Depressionen nach einem Stroke häufig nicht erkennt und nennen die MADRS als Instrument, welches ihnen dabei helfen könnte.

Die MADRS zeigte sich im Vergleich zum GMS effizienter, wenn sie mit dem Goldstandard, dem PCD, verglichen wurde. Zudem benötigt sie bei der Erhebung weniger Zeit im Vergleich zum GMS (20 Minuten gegenüber 60 Minuten).

Lightbody et al. (2007a) schreiben, dass aufgrund der gegenwärtigen Ressourcensituation kaum Beurteilungen durch den psychiatrischen Dienst stattfinden. Allerdings könnte eine korrekte Identifikation mittels MADRS durch eine geschulte Pflegefachperson eine Möglichkeit zur Erfassung einer PSD im Akutspital sein (Lightbody et al., 2007a).

4.1.2 Studie 2

Das Ziel dieser Studie ist die Untersuchung der klinischen Zuverlässigkeit und Nützlichkeit der Signs of Depression Scale (SoDS) bei der Erfassung einer PSD durch Pflegefachpersonen und Carepersonen im Vergleich zum Goldstandard.

Tabelle 6

Studie 2 Lightbody et al. (2007b)

Inhalt	Details
Autoren	Lightbody, Auton, Baldwin, Gibbon, Hamer, Leathley, Sutton und Watkins
Titel	The use of nurses` and carers` observation in the identification of poststroke depression
Erscheinungsjahr	November 2007
Land	England
Setting	Spital
Sample	n=71
Design	Querschnittstudie, quantitatives Design
Ausschlusskriterien	Bewusstseinsstörung medizinische Instabilität Unfähigkeit teilzunehmen Unfähigkeit Einverständnis auszufüllen Patient_innen ohne Careperson* oder Angehörige Patient_innen, die vor der Beurteilung entlassen werden.
Screeninginstrument	SoDS (Signs of Depression Scale)
weitere Messverfahren	FAST (Frenchay Aphasia Screening Test) RBMT (Rivermead Behavioral Memory Test)
Referenztest	DSM IV durch den/die Psychiater_in
Datenerhebung	Carepersonen* Pflegefachpersonen
Limitationen	kein klarer Cut-off Wert geringe Anzahl von «Carepersonen»* geringe Anzahl von Pflegefachpersonen die Pflegefachperson, welche die SoDS durchgeführt hat, war nicht die betreuende Pflegefachperson
Kommunikation/Kognition	50,7 % hatten eine normale Kommunikation, 10,1 % hatten eine normale Gedächtnisfunktion
Evidenzlevel (DiCenso et al.,2009)	Stufe 6, Originalstudie

Anmerkung. *Carepersonen: diese Personengruppe wird in dieser Studie nicht genau definiert.

In der vorliegenden Studie von Lightbody et al. (2007b) erreichten weder Pflegefachpersonen noch Carepersonen eine angestrebte Sensitivität von ≥ 80 Prozent und Spezifität von ≥ 60 Prozent bei der Durchführung der SoDS (Lightbody et al., 2007b).

Bei der Anwendung durch Pflegefachpersonen und einem Cut-off-Wert von zwei oder mehr, betrug die Sensitivität 64 Prozent (KI: 43-82 %) und die Spezifität 61 Prozent (KI 45-75 %).

Die Carepersonen erreichten eine Sensitivität von 90 Prozent (KI 55-100 %) und Spezifität von 35 Prozent (KI 15-59 %) bei einem Cut-off-Wert von drei und mehr. Der/die Psychiater_in stufte 25/71 (35,2 %) Patient_innen als depressiv ein. Die Pflegefachpersonen identifizierten 27/71 (38 %) und die Carepersonen 18/30 (60 %) Patient_innen als potentiell depressiv.

Die Interrater-Reliabilität zwischen Careperson und Pflegefachperson war moderat (ICC= 0.43, 95 % KI 0.09- 0.68).

Die Durchführung der SoDS durch Pflegefachpersonen wurde durch die Forschenden, als enttäuschend beschrieben. Sie begründen dies zum einen mit der Ausbildung und dem fehlenden Fokus auf psychiatrische Probleme. Weitere Annahmen sind die fehlenden zeitlichen Ressourcen, die Pflegefachpersonen von eingehenden Gesprächen mit Patient_innen abhalten, aber auch das Überdecken der depressiven Symptome durch die Symptome des Strokes. Auch könnte die durchführende Pflegefachperson den Betroffenen zu wenig gut gekannt haben.

Lightbody et al. (2007b) empfehlen Schulungen für Pflegefachpersonen, um deren Wissen zu verbessern, damit diese Anzeichen einer Depression erkennen können. Im klinischen Alltag sollte daher auf verschiedene Ansätze zurückgegriffen werden (Selbstbericht, Eindrücke der Pflegefachpersonen und der Careperson). Laut den Forschenden könnte der Einbezug der Careperson das Ergebnis der SoDS verbessern (Lightbody et al., 2007b).

4.1.3 Studie 3

Das Ziel dieser Studie war der Vergleich häufig genutzter Screeninginstrumente in Bezug auf ihre Durchführbarkeit und Zuverlässigkeit bei der Identifizierung einer Depression und ihrer Sensitivität für verschiedene Symptome.

Tabelle 7

Studie 3 Berg et al. (2009)

Inhalt	Details
Autoren	Berg, Lönnqvist, Palomäki und Kaste
Titel	Assessment of Depression after Stroke: A Comparison of Different Screening Instruments
Erscheinungsjahr	2009
Land	Finnland
Setting	Spital und ambulantes Setting
Sample	n=100
Design	Längsschnittstudie, Follow-up, quantitatives Design
Ausschlusskriterien	Alter >70 Alkoholabhängigkeit Demenz Psychose Einnahme von Antidepressiva Schwere Begleiterkrankung
Screeninginstrumente	BDI HRSD VAMS CGI
weitere Messverfahren	Scandinavian Stroke Scale (SSS) Western Aphasia Battery
Referenztest	DSM III durch Neurologe_in
Datenerhebung	Pflegeschwestern Neuropsychiater_in Patient_in führte BDI selbständig durch stellvertretende Durchführung durch Betreuungsperson

Fortsetzung Tabelle 7 Studie 3 Berg et al. (2009)

Inhalt	Details
Limitationen	geringe Stichprobengrösse Altersgrenze von 70 Jahren Patient_innen mit schweren Gesundheitsproblemen wurden ausgeschlossen, da dies Einfluss auf die Medikation der Studie nehmen könnte Patient_innen mit Stroke in der Vorgeschichte möglicher Lerneffekt da Follow-up-Studie Follow-up-Intervall von 2 bis 6 Monaten Interrater Reliabilität der Beobachtungsinstrumente durch Pflegefachpersonen wurde nicht untersucht Diese Studie ist Teil einer Medikamentenstudie
Kommunikation/Kognition	31 % der Teilnehmenden waren aphasisch
Evidenzlevel (DiCenso et al.,2009)	Stufe 6, Originalstudie

Die Teilnehmenden wurden zwei Wochen sowie zwei, sechs, 12 und 18 Monate nach dem Stroke-Ereignis untersucht. Der/die Neuropsycholog_in führte jeweils die Erhebung mittels Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) und der Clinical Global Impression (CGI) durch.

Der/die Neurolog_in und die *Study Nurse* (Studienpersonal) führten das Screening mittels CGI durch. In der akuten Phase wurde dieses durch die Pflegefachperson auf der Abteilung durchgeführt. Die Erhebung der Visual Analogue Mood Scale (VAMS) hat ebenfalls zu allen Zeitpunkten stattgefunden. In der gesamten Phase führten die Teilnehmenden das Beck Depression Inventory (BDI) selbständig durch. Nach sechs und 18 Monaten wurden die Betreuungspersonen gebeten, die Stimmung des/der Patient_in mittels BDI zu erfassen. Die Stimmung der Betreuungsperson wurde ebenfalls in der akuten Phase, nach sechs und 18 Monaten von den Forschenden mittels BDI erhoben.

Die Studie von Berg et al. (2009) zeigt, dass BDI, HRSD und CGI zusätzlich zu einem strukturierten klinischen Interview anhand der DSM-Kriterien hilfreich sind bei der

Erfassung einer PSD. Allerdings hat sich kein Instrument klar gegenüber den anderen hervorgehoben.

Die Sensitivität und Spezifität im Vergleich zum DSM III waren akzeptabel für die CGI, das BDI und die HRSD und reichten von 70 bis 100 Prozent.

Die CGI, wenn sie durch das Studienpersonal erhoben wurde, erreichte eine Sensitivität von 80 Prozent und eine Spezifität von 79 Prozent in der Akutphase und jeweils 82 Prozent bis 100 Prozent während des Follow-ups. Die CGI durch Pflegefachpersonen identifizierte die meisten Depressionen, aber die Einschätzung in Bezug auf die Spezifität war schlecht.

Das BDI zeigt bei einem Cut-off-Wert von zehn eine höhere Sensitivität im Vergleich zur HRSD und betrug 71 bis 100 Prozent.

Die höchste Sensitivität und Spezifität, erreicht das BDI nach 12 Monaten.

Das BDI zeigt sich insbesondere in der klinischen Durchführung nützlich, da es kein speziell geschultes Personal benötigt, zudem ist die Sensitivität zufriedenstellend.

Die HRSD weist im Vergleich zum BDI dafür eine höhere Spezifität auf. Bei einem Cut-off-Wert von zehn erreicht es eine Spezifität von 92 bis 94 Prozent. Die HRSD zeigt die höchste Sensitivität und Spezifität nach zwei Monaten, danach nahm die Sensitivität allerdings ab.

Die interne Konsistenz des BDI und der HRSD war gut, bei einem Cronbachs Alpha von 0.82 bis 0.86 und 0.70 bis 0.84.

Die VAMS zeigte die niedrigste Sensitivität (20-60 %) und eine Spezifität von 84-93 Prozent.

Die stellvertretende Einschätzung des BDI durch Betreuungspersonen hat gezeigt, dass sich die Durchführbarkeit zwar erhöht, die Validität des Instruments allerdings abnimmt. Zudem tendieren sie dazu, den/die Patient_in depressiver einzuschätzen, als dieser selbst (Berg et al., 2009). Dies war häufig der Fall, wenn die Betreuungsperson selbst einen hohen BDI angab. Laut Berg et al. (2009) spielt demnach die Stimmung der Betreuungsperson eine grosse Rolle. Die stellvertretene Einschätzung durch Betreuungspersonen sollte daher mit Vorsicht genutzt werden.

Bei der Einschätzung durch eine Pflegefachperson ohne spezifische Ausbildung ergab sich eine schlechte Spezifität.

Berg et al. (2009) empfehlen daher geschultes Personal, insbesondere in Hinblick auf Depression, um eine bessere Bewertungsgenauigkeit sicherzustellen (Berg et al., 2009). Die Forschenden bewerten eine hohe Sensitivität wichtiger als die Spezifität, damit keine Fälle übersehen werden.

4.1.4 Studie 4

In diesem Artikel wird ein Pfad für das Stroke-Mood-Screening (SMS) vorgestellt, der bereits vorgibt, welche Fachpersonen des Gesundheitswesens Stroke-Betroffene in ihrer jeweiligen Phase der Rehabilitation screenen.

Tabelle 8

Studie 4 Gurr (2011)

Inhalt	Details
Autoren	Gurr
Titel	Stroke Mood Screening on an inpatient stroke Unit
Erscheinungsjahr	2011
Land	England
Setting	Stroke Unit
Sample	n=271 (n=216 prospektiv, n=55 retrospektiv)
Design	pro- und retrospektive Kohortenstudie, quantitatives Design
Ausschlusskriterien	TIA
Screeninginstrumente	angepasste Form der Yale Question HADS BASDEC DISC
weitere Messverfahren	keine
Referenztest	Gurr (2001) beschreibt einen Pfad und bezieht sich dabei auf Studien, welche die gewählten Screeninginstrumente bereits getestet haben, deswegen ist kein Referenztest beschrieben
Datenerhebung	Pflegefachpersonen Ergotherapeuth_in Neuropsychologe_in

Fortsetzung Tabelle 8 Studie 4 Gurr (2011)

Inhalt	Details
Limitationen	Auswahl der Stichprobe, es wurden retro- und prospektive Akten untersucht, die prospektiven könnten vollständiger gewesen sein
Kommunikation/Kognition	Patient_innen mit kommunikativen und kognitiven Einschränkungen wurden miteinbezogen
Evidenzlevel (DiCenso et al.,2009)	Stufe 6, Originalstudie

Es wurden insgesamt 271 Patientenakten analysiert, 55 Akten davon rückblickend und 216 Patientenakten in der Zeit während der Hospitalisation.

Der Pfad besteht aus einer Reihe von Stufen, die sich nach dem Rehabilitationsprozess der Betroffenen richten. Die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten werden dabei berücksichtigt.

Jede Phase ist mit einem bestimmten Screeninginstrument verbunden. Die Screeninginstrumente wurden anhand ihrer Validität für Strokepatient_innen, ihre Praktikabilität, der Zugänglichkeit, der Einschränkungen und Fähigkeiten der Betroffenen ausgewählt. Folgende Stufen werden im SMS durchlaufen. In der ersten Stufe ermittelt das Pflegefachpersonal unmittelbar nach der Aufnahme auf die Stroke Unit anhand der Dokumentation, ob psychologische Bedürfnisse berücksichtigt wurden. Wenn dies der Fall war, mussten die Pflegefachpersonen angeben, welche Interventionen erfolgten. Danach folgt die zweite Stufe. Hier stellen Ergotherapeut_innen die angepasste *Yale Question* (Mahoney et al., 1994; Watkins, Daniels, Jack, Dickinson, & van den Broek, 2001a). Diese lautet: «Have you ever felt anxious or depressed earlier in your life?» und «Do you feel anxious or depressed now as a result of your stroke?» Die Antworten können Probleme sichtbar machen, die eine tiefere Untersuchung der Neuropsychologie erfordern. Auf der dritten Stufe bietet das interprofessionelle Stroke-Team psychosoziale Gruppeninterventionen an. Zur Erfassung der Grundstimmung der Gruppenteilnehmende werden die Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), die Brief Assessment Schedule

Depression Cards (BASDEC) und die Depression Intensity Scale Circles (DISC) eingesetzt.

In der vierten Stufe wird ein/eine Neuropsychologe_in hinzugezogen, wenn Patient_innen mit psychologischen Bedürfnissen, die bereits früher auf dem Pfad identifiziert wurden, vorhanden sind. In der fünften und letzten Stufe werden die Ergebnisse des Stimmungs-Screening-Verfahrens in den wöchentlichen multiprofessionellen Sitzungen ausgetauscht. Die Behandlungen umfassen Kombinationen aus antidepressiven Medikamenten, psychosozialen Gruppeninterventionen, kognitiver Rehabilitation und individueller Psychotherapie. Durch diesen Pfad wurden insgesamt n=241 Patient_innen (88,9 %) auf eine Depression gescreent. Allerdings wurde nur ein Fünftel aller Patient_innen in multidisziplinären Sitzungen diskutiert. Dabei haben diese einen wichtigen Stellenwert, wie Gurr (2011) betont. Diese Sitzungen sollten genutzt werden, um die Ergebnisse der Screeninginstrumente zu interpretieren, Entscheidungen zur Behandlung zu treffen und die Nützlichkeit derselben zu evaluieren.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass Stimmungsstörungen bereits in einem sehr frühen Stadium nach der Aufnahme erkannt werden konnten. Gute Kommunikationswege zwischen den Mitarbeitern und einfache Überweisungen in die Neuropsychologie ermöglichten schnelle und effiziente Reaktionen auf aufkommende Stimmungsstörungen.

4.1.5 Studie 5

Das Ziel dieser Studie war es, die Reliabilität, die Validität und die klinische Anwendbarkeit des Patient Health Questionnaire-2item (PHQ-2) und PHQ-9 zu untersuchen.

Tabelle 9

Studie 5 de Man-van Ginkel et al. (2012a)

Inhalt	Details
Autoren	de Man-van Ginkel, Gooskens, Schepers, Schuurmans, Lindeman und Hafsteinsdottir
Titel	Screening for Poststroke Depression using the Patient Health Questionnaire
Erscheinungsjahr	2012
Land	Niederlande
Setting	Spital Rehabilitation
Sample	n=55 (n=30 Spital, n=25 Rehabilitation)
Design	Längsschnittstudie, quantitatives Design
Ausschlusskriterien	kognitive- und kommunikative Einschränkungen eine andere psychiatrische Diagnose oder eine Depression in der Vorgeschichte Medizinische Instabilität
Screeninginstrumente	PHQ-2 PHQ-9
weitere Messverfahren	Minimental Scale (MMS) Frenchay Aphasia Screening Test (FAST) Clinical Utility Questionnaire
Referenztest	GDS-15
Datenerhebung	PHQ-9 durch Pflegefachpersonen (n=43) GDS-15 durch Clinical Nurse Specialists in psychiatrischer Pflege
Limitationen	kleine Stichprobengrösse GDS-15 als Referenztest
Kommunikation/Kognition	Kognitive und kommunikative Einschränkungen stellten ein Ausschlusskriterien dar
Evidenzlevel (DiCenso et al., 2009)	Stufe 6, Originalstudie

Die Anwendung des PHQ-9 erfolgte durch zwei Pflegefachpersonen. Um die Zuverlässigkeit der Test-Retest-Reliabilität sicherzustellen, wurde der PHQ-9 im Spital (n=30) durch eine der zwei Pflegefachpersonen nach zwei Tagen erneut erfasst.

Allerdings nur bei 22 Patient_innen aufgrund von Entlassungen. Nach jeder Erhebung wurden die Pflegefachpersonen gebeten den *Clinical Utility Questionnaire* auszufüllen. Da der «Goldstandard», das strukturierte klinische Interview durch einen/einer Psychiater_in anhand der DSM Kriterien, durch die Forschenden als zu grosse Belastung für die Teilnehmenden angesehen wurde, diente die GDS-15 als Referenztest. Dies wurde so gehandhabt, da diese in einigen Studien zur Erfassung einer PSD validiert wurde. Die GDS-15 wurde fünf Tage nach PHQ-2 und PHQ-9 erhoben.

Die vorliegende Studie zeigt auf, dass PHQ-2 und PHQ-9 benutzerfreundliche Screeninginstrumente für die Pflegepraxis darstellen. Sie weisen eine gute Reliabilität, Validität und klinische Nützlichkeit für Stroke-Betroffene ohne kommunikative Einschränkungen auf.

Die Interrater-Reliabilität (ICC = 0.98, 95 % KI [0.96, 0.99]), Test-Retest-Reliabilität ($[\rho]_{sp} = 0.75$, $p < .001$) und die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha = 0.79) wurden als gut bewertet.

Die diagnostische Validität des PHQ-9 mit Pearsons Korrelationskoeffizient von .7 ($p < .001$) war moderat und akzeptabel für das PHQ-2 von .8 ($p < .01$).

Der optimale Cut-off-Wert des PHQ-9 für eine Major Depression lag bei zehn Punkten und zeigt eine Sensitivität von 100 Prozent und eine Spezifität von 86 Prozent (positiv prädiktiver Wert von 50 %; negativer prädiktiver Wert von 100 %).

Der PHQ-2 weist bei einem Cut-off-Wert von zwei eine Sensitivität von 100 Prozent und eine Spezifität von 77 Prozent auf (positiv prädiktiver Wert 38 %; negativer prädiktiver Wert von 100 %).

Die durchschnittliche Zeit bei der Durchführung des PHQ-9 betrug 11 Minuten. Diese Zeitspanne wurde von den Pflegefachpersonen als akzeptabel bewertet, obwohl die Durchführung des PHQ-9 doppelt so lange dauerte wie in einer anderen Studie von Spitzer, Kroenke und Williams (1999). Die Pflegefachpersonen empfanden die Anwendung als benutzerfreundlich und einfach durchführbar, was zunahm, je häufiger sie ihn anwendeten. Ein Training zur Durchführung des Screenings wird durch die Forschenden empfohlen. Einige Teilnehmende empfanden die Fragen bezüglich des Punktes Tod und Selbstmordgedanken zu intensiv, andere gaben an, dass sie dadurch die Gelegenheit erhielten, offen über ihre Gefühle zu sprechen.

4.1.6 Studie 6

Das Ziel dieser Studie war die Untersuchung des PHQ-9 und PHQ-2 auf ihre diagnostischen Fähigkeiten im Vergleich zum Goldstandard.

Tabelle 10

Studie 6 De Man-van Ginkel et al. (2012b)

Inhalt	Details
Autoren	de Man-van Ginkel, Hafsteinsdóttir, Lindeman, Burger, Grobbee & Schuurmans
Titel	An Efficient Way to Detect Poststroke Depression by Subsequent Administration of a 9-item and a 2-item Patient Health Questionnaire.
Erscheinungsjahr	2012
Land	Niederlande
Setting	Spital
Sample	n=164
Design	prospektive Studie, quantitatives Design
Ausschlusskriterien	Kommunikative Einschränkungen Kognitive Einschränkungen Psychiatrische Komorbidität Medizinische Instabilität Patient_innen, welche weder Englisch oder Niederländisch sprechen
Screeninginstrumente	PHQ-2 & PHQ-9
Weitere Messverfahren	MMS FAST
Referenztest	klinisches Interview anhand DSM IV, ICD-10, durch die Forschenden
Datenerhebung	Pflegfachpersonen klinisches Interview durch die Forschenden
Limitationen	Screening verlangt gute kommunikative und kognitive Fähigkeiten Aus diesem Grund ist die Generalisierbarkeit nicht auf Gesamtpopulation möglich
Kommunikation/Kognition	Kognitive und kommunikative Einschränkungen stellten ein Ausschlusskriterien dar
Evidenzlevel (DiCenso et al., 2009)	6, Originalstudie

Die Pflegefachperson und die Forschenden führten die Befragung sechs bis acht Wochen nach dem Stroke durch. Die Pflegefachperson erhob den PHQ-9, gefolgt von dem/der Forscher_in, welcher/welche das DSM-Interview führte. Die Erhebungen fanden getrennt voneinander statt. Von den 164 Teilnehmenden wurden 20 Personen mit einer Depression identifiziert.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass der PHQ-9 am genauesten war, bei einem Cut-off-Wert ≥ 10 mit einer Sensitivität von 80 Prozent (95 % KI, 0.62-0.98) und einer Spezifität von 78 Prozent (95 % KI, 0.72-0.85). Der PHQ-2 lag bei einem Cut-off-Wert ≥ 2 bei einer Sensitivität von 75 Prozent (95 % KI, 0.56-0.94) und einer Spezifität von 76 Prozent (95 % KI, 0.69-0.83). Die höchste Sensitivität (87%) für den PHQ-9 wurde bei den Teilnehmenden gefunden, welche einen Wert von über zwei mit dem PHQ-2 aufwiesen.

Aus diesem Grund, um Zeit zu sparen und die Belastung der Patient_innen einzugrenzen, wurde empfohlen den PHQ-2 immer und den PHQ-9 bei einem positiven PHQ-2 anzuwenden.

4.1.7 Studie 7

Das Ziel dieser Literaturübersicht war es, die psychometrischen Eigenschaften sowie den klinischen Nutzen von Screeninginstrumenten bei der Erfassung einer PSD systematisch zu überprüfen.

Tabelle 11

Studie 7 Burton & Tyson (2015)

Inhalt	Details
Autoren	Burton und Tyson
Titel	Screening for mood disorders after stroke: a systematic review of psychometric properties and clinical utility
Erscheinungsjahr	2015
Land	England
Setting	Akut, Rehabilitation und ambulant
Sample	n=3751
Anzahl Studien	n=30
Design	Review
Anzahl Instrumente	27 Screenings (davon 15 verbale Instrumente, 5 Beobachtungsinstrumente und 7 visuelle Hilfsmittel)
Ausschlusskriterien	Eigenschaften der Screeninginstrumente, Sensitivität <80 % und Spezifität <60 % Studien zu Instrumenten, die nicht als Screening-Tool konzipiert waren und eine vollständige Beurteilung der Stimmung oder der Diagnose ermöglichen sollten Instrumente, die generische, verwandte Konstrukte wie die Lebensqualität beurteilten Die Validierung einer sprachlichen Übersetzung eines Instruments Studien, bei denen die Daten nicht extrahiert werden konnten, wenn <50 % der Teilnehmer einen Stroke erlitten hat oder Daten von Personen mit Stroke nicht extrahiert werden konnten Cut-off-Werte ohne ausreichende Sensitivität und Spezifität
Screeninginstrumente	ADRS BASDEC BDI BDI-II CES-D GDS GDS-15 GHQ-28 HADS PHQ-2 PHQ-9 SADQ-H & SADQ-H10 SoDs Yale Question VAMS

Fortsetzung Tabelle 11 Studie 4 Burton & Tyson (2015)

Inhalt	Details
Limitation	Hälfte der Studien >10 Jahre Studien weltweit wurden eingeschlossen, dabei variiert das Konstrukt der Depression je nach Kultur nur englischsprachige Literatur unterschiedliche Settings, von akut bis Jahre nach Stroke Stichprobenverzerrung in 2 Studien
Kommunikation/Kognition	Screenings für Patient_innen mit Aphasie wurden eingeschlossen.
Evidenzlevel (DiCenso et al., 2009)	Stufe 4, Review

Die Forschenden durchsuchten die Datenbanken AMED, EMBASE, CINAHL, Medline und PsychINFO, Referenzlisten ausgewählter Studien und die Cochrane Library, um Studien zu Stimmungs-Screenings zu identifizieren.

Einschlusskriterien waren Studien, in denen die Screeninginstrumente eine Sensitivität von mindestens 80 Prozent und eine Spezifität von mindestens 60 Prozent aufwiesen. Ebenfalls sollte der klinische Nutzen beschrieben sein. Den Forschenden war es wichtig, dass die Screeninginstrumente von jedem Mitglied des interprofessionellen Teams durchgeführt werden können. Sie begründen diesen Gedanken damit, dass Screeninginstrumente oft zusätzlich zur herkömmlichen Arbeitsbelastung durchgeführt werden. Deswegen sollten diese schnell und einfach zu handhaben sein und nur minimale Schulungszeit in Anspruch nehmen. Sie sollten ebenfalls kostengünstig oder frei verfügbar sein und über einen Cut-off-Wert, welcher Aufschluss über eine Stimmungsstörung gibt, verfügen.

Aus insgesamt 30 gefundenen Studien konnten 27 Screeninginstrumente identifiziert werden. Davon erfüllten 16 die psychometrischen Eigenschaften und die Kriterien zum klinischen Nutzen. Der klinische Nutzen findet laut den Forschenden kaum Berücksichtigung, wobei dies bei der Anwendung in der Praxis von Bedeutung ist. Empfehlungen zu optimalen Cut-off-Werten konnten die Forschenden nicht abgeben, aufgrund der methodischen Unterschiede der Studien (Heterogenität in Bezug auf die

Charakteristika der Teilnehmenden; Studiendesigns; beobachtete Sensitivität und Spezifität).

Die umfangreichen Suchstrategien identifizierten viele Instrumente zum Screening auf Stimmungsstörungen nach einem Stroke, aber nur der SADQ-H erfüllte sowohl die psychometrischen als auch die klinischen Nutzenkriterien sowohl für schwere Depressionen als auch für jegliche depressive Störung und eignet sich für Patient_innen, welche unfähig sind sich mitzuteilen.

Die GDS-15 kann mildere Symptome einer Depression erfassen und kann daher als Erstuntersuchung verwendet werden, um Personen mit Stroke zu identifizieren, die einer weiteren Untersuchung bedürfen. Der PHQ-9 kann eine Major Depression erkennen, die Sensitivität bei der Erkennung milderer Symptome sinkt allerdings auf 78 Prozent.

Die meisten der ausgewählten Instrumente beruhen auf der Fähigkeit der Person, über ihre Stimmung, die nach einem Stroke oft beeinträchtigt ist, selbst zu berichten. Daher kommen häufig visuelle Hilfsmittel zum Einsatz. Allerdings weisen Studien, bei denen visuelle Hilfsmittel zur Schmerzmessung eingesetzt werden, darauf hin, dass viele Stroke-Betroffene, insbesondere diejenigen mit einer Schädigung der rechten Hemisphäre, diese als schwierig empfinden (Benaim et al., 2007, zitiert nach Burton & Tyson, 2015).

4.1.8 Studie 8

Das Ziel dieser Studie war es, die Wirksamkeit des *Evidence Based Depression Screening and Treatment protocol* (EBDST) im Hinblick auf die Früherkennung und Behandlung einer PSD zu untersuchen und Zusammenhänge zwischen EBDST Interventionen, Diagnose und Schweregrad der PSD aufzuklären.

Tabelle 12

Studie 8 McIntosh (2017)

Inhalt	Details
Autoren	McIntosh
Titel	A depression screening protocol for patients with stroke: improvement project
Erscheinungsjahr	2017
Land	USA
Setting	Spital Stroke Unit
Sample	n=79
Design	retrospektive Studie mit Patientendaten
Ausschlusskriterien	Patient_innen unter 18 Jahren Medizinische Instabilität Aphasie Demenz komatöse Patient_innen Patient_innen, welche nicht Englisch sprechen oder verstehen konnten
Screeninginstrumente	PHQ-9
Limitationen	sehr kurze Implementierungsphase des EBDST von 2 Monaten wöchentlicher Wechsel des ärztlichen Dienstes die Art und Weise der Pflegefachperson die Fragen zu stellen Patient_innen, die möglicherweise als aphasisch eingestuft wurden, obwohl sie dysarthrisch waren
Kommunikation/Kognition	Aphasie und Demenz waren Ausschlusskriterien dieser Studie
Evidenzlevel (DiCenso et al. 2009)	Stufe 6, Originalstudie

Das EBDST wurde mit Forschenden in interprofessioneller Zusammenarbeit unter Berücksichtigung aktueller Richtlinien und Literatur entwickelt. Verwendet wurde ein bereits validiertes Screeninginstrument, der PHQ-9. Pflegefachpersonen durchliefen eine Schulung, welche ein Handout beinhaltete. Dieses enthielt Informationen zur Definition,

Ursachen, Risikofaktoren und Folgen einer PSD, aber auch Informationen für Patient_innen für die Entlassung, wie unter anderem verfügbare Ressourcen. Die Ergebnisse der Messung sollten im interprofessionellen Team besprochen werden, um den Fortschritt zu überprüfen und Änderungen am Pflegeplan vornehmen zu können. Nach einem positiven Screening wurden alle relevanten Risikofaktoren und eine Laboruntersuchung zum Ausschluss anderer Ursachen erhoben. Auf dieser Grundlage sollte dann ein Behandlungsplan für den Betroffenen entwickelt werden.

79 Patient_innen wurden innerhalb der ersten sieben Tage nach Aufnahme auf die Stroke Unit gescreent. Davon wurden 38 Patient_innen (48 %) als depressiv identifiziert (PHQ-9 Cut-off Wert >4). Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer Depression in der Vorgeschichte und dem Depressionsgrad ($\chi^2 = 17.09$, $p = .002$). Patient_innen, welche positiv getestet wurden, erhielten mit grösserer Wahrscheinlichkeit eine Informationsbroschüre ($\chi^2 = 30.0$, $p = .000$) und vor Entlassung eine entsprechende medizinische Behandlung ($\chi^2 = 5.57$, $p = .018$). Darüber hinaus verbesserte sich die Dokumentation der Screeningresultate in der Patientenakte ($\chi^2 = 9.19$, $p = .002$). Bei Personen, welche später in der Implementationsphase gescreent wurden, konnte ein höherer Schweregrad der Depression nachgewiesen werden. Die Implementation des EBDST verbesserte die Früherkennung und Behandlung der PSD nach akutem Stroke. Pflegefachpersonen spielen somit eine wichtige Rolle bei der Patientenversorgung und bei der Beurteilung und Identifizierung von Depressionen nach einem Stroke. Es liegt in ihrer Verantwortung, den ärztlichen Dienst über Veränderungen des Zustandes des/der Patient_in zu informieren.

McIntosh (2017) hebt hervor, dass ein Screening allein nicht ausreicht, um die Gesundheit der Betroffenen zu verbessern. Durch die Implementierung eines systematischen Depressions-Screening-Protokolls und dessen Verknüpfung im interprofessionellen Team könnte man das psychische Wohlbefinden der Betroffenen verbessern.

In der folgenden Darstellung (Tabelle 13) werden die psychometrischen Eigenschaften und der klinische Nutzen der gefundenen Screeninginstrumente dargestellt.

Tabelle 13*psychometrische Eigenschaften der Screeninginstrumente*

Screeninginstrument	Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Schweregrad der Depression	Zeitpunkt nach Stroke	Quelle	Clinical utility score*	Dauer (min.)
PHQ-9 (Spitzer, Kroenke, & Williams, 1999)	69-85	63-78	Schwer	3 Wochen	Turner et al. (2012)	6	3-5
	100	86	Schwer	60 Tage	de Man-van Ginkel et al. (2012b)		
	80	78	Schwer	7 Wochen	de Man van Ginkel et al. (2012a)		
	91	89	Schwer	1-2 Monate	Williams et al. (2005)		
PHQ-2 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2003)	69-77	63-83	Schwer	3 Wochen	Turner et al. (2012)	6	<2
	100	77	Schwer	60 Tage	de Man-van Ginkel et al. (2012b)		
	75	76	Schwer	7 Wochen	de Man-van Ginkel et al. (2012a)		
	83	84	Schwer	1-2 Monate	Williams et al. (2005)		

Fortsetzung Tabelle 13 psychometrische Eigenschaften der Screeninginstrumente

Screeninginstrument	Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Schweregrad der Depression	Zeitpunkt nach Stroke	Quelle	Clinical utility score	Dauer (min.)
GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986)	84	77	Jede Episode	1 Monat	Lee et al. (2008)	6	5
	46	90	Schwer und leicht	8 Tage – 12 Monate	Roger & Johnson-Greene (2009)		
	89	73	Jede Episode	14 Wochen	Tang et al. (2004a)		
GDS (Yesavage et al., 1983)	88	64	Jede Episode	4 – 30 Monate	Agrell & Dehlin (1989)	5	8-10
	69-80	61-75	Leicht	17-704 Tage	Sivrioglu et al. (2009)		
	84	50-66	Schwer	4 Monate	Johnson et al. (1995)		
Yale Question (Lachs et al., 1990; Mahoney et al., 1994)	86	78	Jede	2 Wochen	Watkins et al. (2001a)	6	<5
	86	84	Jede	2 Wochen	Watkins et al. (2007a)		
	95	89	Jede	3 Monate	ebd.		
SADQ-H (Lincoln et al., 2000)	100	81	Jede	2-4 Wochen	Bennet et al. (2006)	6	<5

Fortsetzung Tabelle 13 psychometrische Eigenschaften der Screeninginstrumente

Screeninginstrument	Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Schweregrad der Depression	Zeitpunkt nach Stroke	Quelle	Clinical utility score	Dauer (min.)
SADQ-H10 (Lincoln et al., 2000)	100	78	Jede	2-4 Wochen	Bennet et al. (2006)	6	<5
	70	69	Jede	≈ bis 28 Tage	Hacker, Stark & Thomas (2010)		
SoDS (Hammond, O'Keeffe, & Barer, 2000)	70	56	Jede	2 Wochen	Watkins et al. (2001b)	6	<5
	64	61	Unklar	Akutphase	Pflegefachperson Lightbody et al. (2007b)		
	90	35			Caregiver Lightbody et al. (2007b)		
CGI (Guy, 1976)	80	54	Schwer	2 Wochen	Berg et al. (2009)	-	30
	80	79		2 Wochen	ebd. Pflegefachperson		
	100	84		2 Wochen	ebd. Psychologie & Neurologie		
	100	82		2 Monate	ebd. Psychologie & Neurologie		
	100	86		6 Monate	ebd. Psychologie & Neurologie		
	93	86		12 Monate	ebd. Psychologie & Neurologie		
	44-78	55-70		18 Monate	ebd. Psychologie & Neurologie		
				18 Monate	ebd. Caregiver		

Fortsetzung Tabelle 13 psychometrische Eigenschaften der Screeninginstrumente

Screeninginstrument	Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Schweregrad der Depression	Zeitpunkt nach Stroke	Quelle	Clinical utility score	Dauer (min.)
BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)	80-100	46-88	Schwer	2 Wochen	Berg et al. (2009)	2	<10
	43-100	60-89		2 Monate	ebd.		
	29-100	66-93		6 Monate	ebd.		
	63-100	68-91		12 Monate	ebd.		
	50-100	64-93	18 Monate	ebd.			
	80	61	Schwer	1 Monat	Aben et al. (2002)		
	92	84	Schwer	2 Wochen	Kang et al. (2012)		
96	84		2 Monate	ebd.			
CES-D (Radloff, 1977)	86	90	Schwer oder leicht	1-132 Wochen	Parikh et al. (1989)	4	<15
	60	76	Schwer oder leicht	≈ 8 Tage	Roger & Johnson-Greene (2009)		
	100	100	Jede	7-10 Tage	Shinar et al. (1986)		
VAMS (Stern, 1997)	20	84	Schwer	2 Monate	Berg et al. (2009)	3	<5
	40	89		6 Monate	ebd.		
	0	93		12 Monate	ebd.		
	60	87		18 Monate	ebd.		

Fortsetzung Tabelle 13 psychometrische Eigenschaften der Screeninginstrumente

Screeninginstrument	Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Schweregrad der Depression	Zeitpunkt nach Stroke	Quelle	Clinical utility score	Dauer (min.)
BASDEC (Adshead, Cody, & Pitt, 1992)	100	95	Schwer	16-113 Tage	Healey et al. (2008)	3	3-4
	70	69	Jede	1 Woche – 2 Jahre	Hacker et al. (2010)		
HADS (Zigmond & Snaith, 1983)	73	82	Schwer	1 Monat	Aben et al. (2002)	3	2-6
	73	79	Leicht	1 Monat	ebd.		
	100	100	Schwer	6 Wochen	Crabtree et al. (2012)		
	86	69	Schwer	16-113 Tage	Healey et al. (2008)		
	62	69	Leicht	16-113 Tage	ebd.		
	80	79	Jede	6 Monate	O`Rourke et al. (1998)		
	82	88	Jede	Bis 23 Tage	Tang et al. (2004b)		
	82-88	53-58	Jede	3-4 Wochen	Tang et al. (2004c)		
	62-92	68-83	Schwer	3 Wochen	Turner et al. (2012)		
	94	32	Schwer	4 Monate	Johnson et al. (1995)		
	83-93	76-81	Schwer	2 Wochen bis 12 Monate	Kang et al. (2012)		
	58-84	66-94	Jede	4 Monate	Sagen et al. (2009)		

Fortsetzung Tabelle 13 psychometrische Eigenschaften der Screeninginstrumente

Screeninginstrument	Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Schweregrad der Depression	Zeitpunkt nach Stroke	Quelle	Clinical utility score	Dauer (min.)
HRSD (Hamilton, 1960)	60-80	73-96	Schwer	2 Wochen	Berg et al. (2009)	-	-
	71-100	82-99		2 Monate	ebd.		
	25-63	83-99		6 Monate	ebd.		
	38-88	85-97		12 Monate	ebd.		
	54-85	89-96		18 Monate	ebd.		
DISC (Turner-Stokes, Kalmus, Hirani, & Clegg, 2005)	60	87	Schwer und leicht	Median: 12 Wochen	Turner-Stokes et al. (2005)	-	-
MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979)	100	65	Jede	14 Tage bis 6 Monate	Lightbody et al. (2007a)	-	20
GHQ-28 (Goldberg & Williams, 1988)	89	75	Jede	4 Monate	Johnson et al. (1995) Lincoln et al. (2003)	3	<5
ADRS (Benaim, Cailly, Perennou, & Pelissier, 2004)	88	64	Jede	60+-45 Tage	Benaim et al. (2004)	3	-

Anmerkung. In den Studien wurden teilweise verschiedene Cut-off Werte verwendet.

*Der Clinical utility score (die klinische Nützlichkeit) wurde anhand folgender Kriterien berechnet: Zeit für die Durchführung und Bewertung des Instruments, Kosten, Bedarf an Schulung zur Durchführung und Bewertung des Instruments.

4.2 Interventionen

Anhand der Literaturrecherche und einer Handsuche, wurde eine Übersichtsarbeit und ein Fachartikel zu nicht-pharmakologischen Interventionen gefunden (de Man-van Ginkel, Gooskens, Schuurmans, Lindeman, & Hafsteinsdottir, 2010; Hamid & MacKenzie, 2017).

Darüber hinaus wurde eine Studie eingeschlossen, welche die Selbstwirksamkeit bei Patient_innen mit PSD untersuchte (Volz, Voelke, & Werheid, 2019).

Während der Recherche und einer eingehenden Prüfung der Studie fiel auf, dass die Förderung der Selbstwirksamkeit eine grosse Rolle bei der Bewältigung einer PSD spielt und häufig Bestandteil einiger Interventionen ist, weswegen diese Studie als einzelner Punkt im Abschnitt Interventionen aufgezeigt wird.

Im Folgenden werden das Review und der Fachartikel erläutert.

Die systematische Übersichtsarbeit, « A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses »

von de Man-van Ginkel et al. (2010), wurde nach der Cochrane-Methode (Grimshaw et al., 2003) und den Quorum-Standards (Moher et al., 1999) durchgeführt.

Ziel dieser Suche war es, alle relevanten Studien zu nicht-pharmakologischen Interventionen zu identifizieren, welche durch Pflegefachpersonen angewendet werden können.

Eingeschlossen wurden publizierte Studien im Zeitraum von Juli 1993 bis Juni 2008, mit Strokepatient_innen und Pflegefachpersonen oder andere Professionen, die an der Versorgung von Stroke-Betroffenen beteiligt sind. Des Weiteren wurden randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), experimentelle Studien, Beobachtungsstudien und qualitative Studien berücksichtigt. Der Effekt der Interventionen, wurde anhand des Auftretens einer Depression oder durch die Bestimmung des Schweregrades der Depression gemessen.

Die Interventionen mussten im Zusammenhang mit der Pflege stehen, konnten aber auch durch andere Professionen durchgeführt werden. Es wurden insgesamt 15 relevante Artikel eingeschlossen. Diese 15 Studien unterschieden sich in ihrer methodischen Qualität, Design, Phase nach dem Stroke, untersuchtem Ziel und den Charakteristika der Patient_innen.

Die Qualität wurde mit jeweils einem Punkt für jedes der folgenden sechs Kriterien bewertet: gut beschriebenes, angemessenes Design; geeignete Patientenauswahl und Behandlungszuweisung; valide PSD-Bewertung; klar beschriebene, angemessene Analyse; plausible und klinisch relevante Ergebnisse.

Zehn dieser Studien wiesen die höchste Qualität auf (Werte von 5 oder 6), während fünf mittlerer Qualität waren (Wert von 3 oder 4). Die Rolle der Pflege wurde in zwei qualitativen Studien untersucht. Insgesamt wurden fünf geeignete pflegerische Interventionen zur Behandlung einer PSD gefunden:

Dazu zählten das Bereitstellen von Informationen, die motivierende Gesprächsführung, die Life-Reviews-Therapy, Unterstützungsprogramme sowie die Förderung der körperlichen Aktivität (Davis, 2004; Lai et al., 2006; Watkins et al., 2007b; Williams et al., 2007).

Hamid & MacKenzie (2017) beleuchten in ihrem Artikel «Early Intervention in Patients with Poststroke Depression» viele Aspekte der PSD, von der Entstehung einer PSD, den Risikofaktoren und Screeninginstrumenten bis hin zu den therapeutischen Interventionen.

Sie empfehlen motivierende Gesprächsführung, die Life-Review-Therapy, Unterstützungsprogramme und körperliche Aktivität. Darüber hinaus beschreiben sie die Wichtigkeit der Abklärung der sozialen Situation.

In Tabelle 14 werden alle signifikanten Interventionen zur Beantwortung der Fragestellung aufgeführt.

Das Bereitstellen von Informationen, eine motivierende Gesprächsführung, die Life-Review-Therapy, Unterstützungsprogramme und körperliche Aktivität wurden jeweils durch beide Autoren beschrieben und daher zuerst genannt (de Man-van Ginkel et al., 2010; Hamid & MacKenzie, 2017). Im weiteren Schritt werden die Interventionen einzeln erläutert. Soziale Unterstützung und Förderung der Selbstwirksamkeit wurden aufgrund ihrer Bedeutung ebenfalls aufgeführt.

Tabelle 14*Auflistung der gefundenen Studien zu Interventionen*

Intervention	Autor	Design	Sample	Setting	Berufsgruppe	Ergebnis
Bereitstellen von Informationen	Forster et al., 2012	Review n=2289	21 Studien	Alle	Pflegefachpersonen	Signifikanter Effekt Patientenwissen (SMD 0.29, 95 % KI 0.12 to 0.46, $p<0.001$) Patientenzufriedenheit (OR 2.07, 95 % KI 1.33 to 3.23, $p=0.001$) Signifikanter Effekt auf Depressions-score (MD-0.52, 95 % KI -0.93 to -0.10, $p=0.01$)
Motivierende Gesprächsführung	Watkins et al., 2007b	RCT	n=411	Akut und Rehabilitation	Therapeuten	Signifikanter Effekt auf die Stimmung (OR: 1.60, 95 % KI:1.04 to 2.46, $p= 0.03$)
Life- Review- Therapy	Davis, 2004	Pilotstudie post-test only Design	n=14	Rehabilitation	Pflegefachpersonen	Signifikanter Effekt auf Schwere der Depression ($p<0.01$) und Lebenszufriedenheit
Unterstützungs- programm Psychoziale Verhaltens- Intervention	Mitchell et al., 2009	RCT	n=101	Akut bis ambulant	Pflegefachpersonen	Signifikanter Effekt auf depressive Symptome kurz nach der Intervention ($p<0.001$) nach 12 Monaten ($p=0.05$)

Fortsetzung Tabelle 14 Auflistung der gefundenen Studien zu Interventionen

Intervention	Autor	Design	Sample	Setting	Berufsgruppe	Ergebnis
Unterstützungsprogramm Care Management	Williams et al., 2007	RCT	n=188	Akut und Rehabilitation	Pflegefachpersonen	Signifikanter Effekt auf Schwere der Depression im Vergleich zur Kontrollgruppe HRSD Mean (SD) in Interventionsgruppe 10.6 vs. Kontrollgruppe 13.9 (p=0.004) PHQ-9 Mean (SD) Interventionsgruppe 6.0 vs. Kontrollgruppe 9.4 (p<0.001) Weniger depressive Patient_innen in der Interventionsgruppe HRSD: 61 % vs. 77 % (p=0.01) PHQ-9: 52 % vs. 73 % (p=0.002)
Körperliche Aktivität	Aaron et al., 2016	Querschnittstudie retrospektiv	n=175	-	-	moderate körperliche Aktivität =74 % geringere Wahrscheinlichkeit depressive Symptome (p<0.0001); 89 % weniger Hauptsymptome einer Depression(p=0.0003)

4.2.1 Bereitstellen von Informationen

Das Bereitstellen von Informationen wurde im Vergleich zu den anderen Interventionen am meisten erforscht.

Eine zeitnahe und geeignete Informationsabgabe ist notwendig, um Patient_innen und deren Betreuungspersonen in die Entscheidungsfindung zu integrieren und sie auf die langfristigen Auswirkungen vorzubereiten.

Darüber hinaus ist es unerlässlich, um Symptome einer Depression rechtzeitig zu erkennen, adäquat darauf zu reagieren und auf wirksame Therapien zugreifen zu können.

Ziel dieser Intervention ist eine patientenzentrierte Schulung zur Unterstützung der Fähigkeiten des Betroffenen und dessen Angehörigen/Betreuungspersonen, um sie auf das Leben mit einer stroke-bedingten Beeinträchtigung vorzubereiten.

Eine Metaanalyse von Smith et al. (2008) untersuchte 17 Studien (n=1773 Patient_innen, n=1058 Betreuungspersonen) und zeigten einen kleinen signifikanten Effekt auf die Stimmung der Patient_innen (Smith et al., 2008).

Ein späteres Update dieser Metaanalyse durch Forster et al. (2012) unterstützt dieses Ergebnis. Diese Metaanalyse enthielt 21 Studien (n=2289 Patient_innen und n=1290 Betreuungspersonen) und untersuchte die Auswirkung der Informationsabgabe auf die Anzahl und den Schweregrad der Depression (Forster et al., 2012).

Forster et al. (2012) haben dabei zwischen passiver und aktiver Informationsabgabe unterschieden.

Die Intervention der Informationsabgabe kann in verschiedenen Formen stattfinden, dazu gehören Broschüren; mündliche Weitergabe; Vorlesungen oder Unterrichtsstunden. Laut den untersuchten Studien sollte allerdings mindestens eine der folgenden Informationen beinhaltet sein: Ursachen und Art des Strokes; Management und Erholung nach einem Stroke; Prävention oder Reduzierung des Risikos für einen erneuten Stroke; Informationen zu Ressourcen oder Diensten. Untersucht wurde dann die jeweilige Intervention im Vergleich zur Standardversorgung. Die Informationsabgabe geschah durch Pflegefachpersonal.

Die Metaanalyse zeigte dabei einen signifikanten Effekt in Bezug auf das Patientenwissen (standardised mean difference (SMD) 0.29, 95 % KI 0.12 to 0.46,

$p < 0.001$) und deren Betreuungspersonen (SMD 0.74, 95 % KI 0.06 to 1.43, $P = 0.03$) und Patientenzufriedenheit (Odds Ratio (OR) 2.07, 95 % KI 1.33 to 3.23, $p = 0.001$). Die Reduktion des Depressionsergebnisses war gering (Mean Difference (MD) -0.52, 95 % KI -0.93 to -0.10, $p = 0.01$).

Die gefundenen Ergebnisse zeigen nur geringe Evidenz, dass sich eine Intervention ausschliesslich durch reine Informationsabgabe positiv auf die Depression auswirkt. Die Abgabe von Merkblättern und Broschüren allein ist ebenfalls wenig effektiv. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass die aktive Informationsbereitstellung wirksamer ist als die passive.

Die Autoren erwähnen, dass die Resultate aufgrund uneinheitlicher Messmethoden in den Studien mit Vorsicht zu betrachten sind.

4.2.2 Motivierende Gesprächsführung

Laut Watkins et al. (2007b) könnten die negativen Folgen von PSD auf Schwierigkeiten bei der Anpassung an die Auswirkungen des Strokes zurückzuführen sein.

Die motivierende Gesprächsführung wurde dabei ursprünglich für Menschen mit Sucht entwickelt. Sie beruht auf Gesprächen, welche Betroffene in deren Verhaltensänderung unterstützen soll. Ziel dabei ist es frühzeitig zu intervenieren, um die Motivation und das Engagement zur Anpassung an die Situation zu stärken. Dabei werden persönliche und realistische Ziele identifiziert, um ein Gefühl der Selbstwirksamkeit und Optimismus zu entwickeln.

Die interviewende Person stellt dabei offene Fragen, hört aufmerksam zu und berät mit Erlaubnis des/der Patient_in. Diese Intervention erfordert Training, kann aber bereits innerhalb der ersten Woche nach einem Stroke beginnen.

Watkins et al. (2007b) hat dies in einer RCT ($n = 411$) vier Wochen nach einem Stroke untersucht. Die interviewenden Personen erhielten eine Schulung über vier Tage, gefolgt von bis zu zehn Trainingseinheiten, bis sie mit der Technik vertraut waren. Die Sitzungen dauerten jeweils 30 bis 60 Minuten und fanden wöchentlich statt (Watkins et al., 2007b). Es zeigte sich ein signifikanter Effekt der motivierenden Gesprächsführung auf die Stimmung im Vergleich zur üblichen Pflege (OR: 1.60, 95 % KI: 1.04 to 2.46, $p = 0.03$). Dabei wiesen 81 von 207 (39,1 %) Patient_innen aus der Kontrollgruppe und 100 von 204 (49 %) aus der Interventionsgruppe nach drei Monaten eine normale Stimmung auf.

Ein signifikanter Effekt auf die körperliche Funktion konnte nicht nachgewiesen werden (Watkins et al., 2007b). Allerdings gab es weniger Todesfälle in der Interventionsgruppe. Die Effektivität dieser Intervention setzt dabei bereits nach nur vier Sitzungen ein.

4.2.3 Life-Review-Therapy

«Lebensrückblick»

Dieser Ansatz wurde erstmals in den sechziger Jahren von Butler beschrieben (Butler, 1963). Diesen Rückblick auf das Leben bezeichnet er als einen natürlichen Prozess älterer Menschen, sich an frühere Erlebnisse zu erinnern, diese zu bewerten mit dem Ziel ein tieferes Selbstverständnis zu erreichen. Dabei werden sich die im Laufe des Lebens erworbenen Kenntnisse und Erkenntnisse zunutze gemacht, um mit aktuellen Problemen fertig zu werden.

In einer kleinen Pilotstudie (n=14) von Davis (2004) wurde die Auswirkung einer Life-Review-Therapie auf den Schweregrad der PSD untersucht. Die Studie wurde im Rehabilitationssetting durch Pflegefachpersonen durchgeführt. In der Interventionsgruppe besprach eine geschulte Pflegefachperson in drei individuellen Einzelsitzungen die Erfahrungen der Teilnehmenden, fokussierend auf einen Lebensabschnitt, von der Kindheit über Adoleszenz, Familie bis hin zum Erwachsenenalter reichend. In der Kontrollgruppe hingegen haben die Teilnehmenden die Zeit individuell verbracht, ohne therapeutische Intention.

Mittels One-Way ANOVA konnte ein signifikant geringerer Schweregrad der Depression ($p < .01$) sowie eine grössere Lebenszufriedenheit ($p < 0.01$) festgestellt werden (Davis, 2004).

4.2.4 Unterstützungsprogramme

Verschiedene Studien haben den Effekt von Unterstützungsprogrammen untersucht. Diese unterscheiden sich allerdings stark in ihren Inhalten, Zielen und Resultaten. Hamid und MacKenzie. (2017) beschreiben in ihrem Artikel die psychosoziale Verhaltensintervention.

Mitchell et al. (2009) konnten in einer RCT (n=101) aufzeigen, dass eine psychosoziale Verhaltensintervention mit dem Fokus auf Problemlösungstechniken in Verbindung mit Antidepressiva wirksam sein kann. So zeigte sich kurz- ($p < 0.001$) wie auch langfristig

(12 Monate nach Intervention $p= 0.05$) bei der Interventionsgruppe ein Rückgang der depressiven Symptome (Mitchell et al., 2009). Alle Teilnehmenden erhielten Informationen über Stroke und Depression. Die Interventionsgruppe hatte über acht Monate verteilt neun Treffen mit der Pflegefachperson. Diese Treffen beinhalteten individuelle Problemlösungsstrategien und Möglichkeiten negative Denkmuster zu erkennen und zu überwinden (Mitchell et al., 2008; Mitchell et al., 2009). Diese Studie zeigt die Wichtigkeit, depressive Symptome zu erkennen und eine Strategie zur Änderung von negativen Denkmustern zu entwickeln. Pflegefachpersonen können dazu beitragen, dem Patienten und dessen Betreuungsperson zu helfen wirksame Methoden zur Kontrolle zu entwickeln, mit dem Ziel, ihre Funktionsfähigkeit auszubauen und ihre soziale Interaktion maximal innerhalb ihrer Fähigkeiten teilzunehmen.

De Man-van Ginkel et al. (2010) gehen in ihrem Review auf ein Unterstützungsprogramm durch Pflegefachpersonen ein.

Im Rahmen einer RCT ($n=188$) wurde der Effekt eines 12-monatigen «Care Managements» zur Behandlung der PSD untersucht (Williams et al., 2007). Das Screening auf Depression wurde anhand des PHQ-9 vorgenommen. Das Ziel dieses Programmes war die Aktivierung der Betroffenen zur Erkennung von Depressionssymptomen, Akzeptanz der Behandlung, die Einleitung der Behandlung mit einem Antidepressivum sowie dessen Überwachung der Wirksamkeit und die Anpassung. Die Aktivierung bestand aus einer 20-minütigen strukturierten, psychoedukativen Sitzung. Diese Sitzung beinhaltete Informationen bezogen auf PSD, Behandlungsrichtlinien, insbesondere mit Fokus auf das Gefühl der Stigmatisierung durch die Diagnose und der Stärkung der Verbindung zwischen Symptomen und Behandlung. Die Gabe des Antidepressivums erfolgte nach einem Medikationsalgorithmus. Dieser sah vor, die Dosis nach vier Wochen zu erhöhen, wenn sich die depressiven Symptome nicht besserten. Ausserdem konnte das Präparat bei störenden Nebenwirkungen gewechselt werden. Die Überwachung der antidepressiven Therapie beinhaltet zudem zweimal im Monat ein Telefonat durch das Pflegefachpersonal zum Erfassen depressiver Symptome, der Nebenwirkungen und der Einhaltung der Einnahme. Die Interventionsgruppe zeigte signifikant bessere Ergebnisse bezogen auf die Schwere der Depression im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die

Remissionsrate in der Interventionsgruppe betrug 39 Prozent ($p=0.01$) im Vergleich zur Kontrollgruppe mit 23 Prozent (Williams et al., 2007).

4.2.5 Körperliche Aktivität

Das Ausmass der physischen Einschränkungen nach einem Stroke, gemessen an der Abhängigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens, ist ein prädiktiver Faktor für die Entstehung einer PSD.

Hornnes et al. (2010) konnten feststellen, dass eine Reduktion körperlicher Aktivität das Risiko für eine Depression sowie für einen weiteren Stroke erhöht. Reduzierte körperliche Aktivität steht darüber hinaus in Verbindung mit einem Verlust der Leistungsfähigkeit, Muskelschwund, sozialer Isolation und höherem Risiko für Herzerkrankungen (Hornnes et al., 2010).

Die moderate körperliche Aktivität wird bei Erwachsenen mit Behinderung mit 150 Minuten moderater körperlicher Bewegung in der Woche definiert; 75 Minuten intensive aerobe Aktivität oder einer Kombination aus beidem (Hamid & MacKenzie, 2017).

Es wurde festgestellt, dass strukturiertes Training helfen kann, depressive Symptome nach einem Stroke zu lindern, und es zu einer Verbesserung der Lebensqualität führt (Aaron, Gregory, & Simpson, 2016; Adamson, Ensari, & Motl, 2015). Aaron et al. (2016) fanden heraus ($n=175$), dass moderate körperliche Aktivität die Wahrscheinlichkeit des Auftretens depressiver Symptome allgemein um 74 Prozent ($p<.0001$) und Hauptsymptome einer Depression um 89 Prozent ($p=.0003$) senkt. Darüber hinaus kann dadurch ein Auftreten oder ein Wiederauftreten von meist chronischen Krankheiten verhindert werden (Hamid & MacKenzie, 2017).

Pflegefachpersonen können körperliche Aktivität fördern, indem sie auf ihre Bedeutung für die Heilung hinweisen.

4.2.6 Soziale Unterstützung

Die soziale Unterstützung steht stark in Verbindung mit der Entwicklung und dem Schweregrad der Depression nach einem Stroke. Demzufolge stellt mangelnde soziale Unterstützung ein Risiko dar, um eine PSD zu erleiden (Ayerbe et al., 2013a).

Im Review von Hamid & MacKenzie (2017) wird dies ebenfalls thematisiert. Sie beschreiben Fragen, welche es vor der Entlassung zu klären gilt, um frühzeitig Unterstützung für den Stroke-Betroffenen zu organisieren.

Es wird empfohlen gemeinsam im interprofessionellen Team die Lebenssituation und den Bedarf zu beurteilen und Stroke-Betroffene zu ermutigen verfügbare Ressourcen zu nutzen. Die Evidenz im Sinne von Forschung geht aus dem Artikel nicht hervor. Faktoren, welche es vor Entlassung zu klären gilt, werden in der Übersicht 1 aufgezeigt.

Übersicht 1

Faktoren zur Nachsorge

home accessibility, including bathroom access and setup

scheduling of primary caregivers

financial concerns

meal preparation

assistance with medication administration

physician appointments

management of chronic conditions (such as hypertension and diabetes) that may have precipitated the stroke

strategies for maximizing functional independence

plans for maintaining social interaction with friends for both patient and caregiver

respite care for caregivers

Quelle: Hamid und MacKenzie 2017

4.2.7 Förderung der Selbstwirksamkeit

Der Glaube, die Kontrolle über das eigene Funktionieren zu haben, spielt generell eine entscheidende Rolle bei der Anpassung an herausfordernde Situationen (Bandura, 1997).

Volz, Voelke und Werheid (2019) stellen anhand einer Querschnittsanalyse (n=303) fest, dass die Abnahme der generellen Selbstwirksamkeit (GS) eine entscheidende Rolle bei der Entstehung einer Depression nach einem Stroke spielt. Dies bestätigte frühere

Forschung, die den negativen Effekt auf das emotionale Wohlbefinden nachwies, sobald die Selbstwirksamkeit abnahm (Seligman, 1975). Es zeigte sich, dass die Auswirkungen der Selbstwirksamkeit auf die Depression stärker waren als umgekehrt.

Insbesondere sechs Monate nach dem Ereignis war die Abnahme am stärksten.

Begründet wird dies damit, dass Betroffene in dieser Zeit wieder in ihr normales Umfeld zurückkehren und nun ihr Leben mit den bestehenden Beeinträchtigungen meistern müssen. Nach einer Zeit intensiven Trainings und Rehabilitation könnten sie sich nun allein fühlen.

Volz et al. (2019) legen nahe, dass die Selbstwirksamkeit der Stroke-Betroffenen direkt oder über Selbstmanagementprogramme verbessert werden sollte.

Konkret empfehlen sie, dass Patient_innen insbesondere in den ersten sechs Monaten nach Stroke in ihrem Wiedereingliederungsprozess mittels Unterstützungsprogrammen, welche auf Selbstwirksamkeit basieren, begleitet werden sollten. Der beste Weg zur Förderung der Selbstwirksamkeit ist jedoch nicht klar (Jones & Riazi, 2011).

5 Diskussion

Zuerst werden die Ergebnisse aus den Studien zu den Erfassungsmöglichkeiten diskutiert. Danach wird auf die Ergebnisse der pflegerischen Interventionen eingegangen.

5.1 Screening

Die untersuchten Studien sind allesamt, bis auf das Review von Burton und Tyson (2015), Originalstudien und konnten zur Beantwortung der Fragestellung beitragen. Allerdings unterscheiden sie sich stark in ihrem Design und ihren Zielen.

Die Stichprobengrößen variieren ebenfalls und sind nicht immer repräsentativ. Teilweise ist dies begründet durch hohe Dropouts bedingt durch die Entlassung vor der Erhebung (n=62, Lightbody et al., 2007a) oder da sie, wie im Fall von de Man van Ginkel et al. (2012a), die Einschlusskriterien nicht erfüllten (n=96). Teilweise wurden in den Studien verschiedene Cut-off Werte verwendet, wie auch Burton und Tyson (2015) feststellten, weswegen sich die Ergebnisse unterscheiden können. Viele Screeninginstrumente erfassen zudem verschiedene Schweregrade einer Depression (siehe Tabelle 13). Dies könnte dazu führen, dass Patient_innen mit einer leichten Depression nicht erfasst werden.

De man van Ginkel et al. (2012b) empfehlen daher die Durchführung des PHQ-2 bei allen Patient_innen und bei einem positiven Resultat ergänzend die Durchführung des PHQ-9. Burton und Tyson (2015) empfehlen darüber hinaus das GDS-15, da dieses eine leichte Depression erfassen kann.

Gurr (2011) empfiehlt einen Pfad und die Kombination verschiedener Instrumente, dies, um möglichst alle Patient_innen auf eine PSD zu screenen. Insgesamt gelang dies bei 88,9 % der Patient_innen. Allerdings wurden die Ergebnisse nur bei einem Fünftel der Patient_innen in den multidisziplinären Sitzungen besprochen. Die Gründe dafür sind unklar.

Die Kombination aus PHQ-2 und PHQ-9 wird durch Burton und Tyson (2015) und de Man-van Ginkel et al. (2012a) aufgrund seiner Validität und Anwendbarkeit in der Stroke-Population ohne kommunikative Einschränkungen empfohlen. Ebenfalls ist die Dauer der Durchführung des PHQ-9 akzeptabel, obwohl dessen Erhebung in der Studie von de

Man-van Ginkel et al. (2012a) doppelt so lange dauerte wie in der Untersuchung von Spitzer, Kroenke und Williams (1999). Ein möglicher Grund könnte laut de Man-van Ginkel et al. (2012a) bei den kognitiven Einschränkungen nach einem Stroke zu finden sein.

Als Referenztest wird häufig der Goldstandard, ein strukturiertes klinisches Interview durch den psychiatrischen Dienst eingesetzt. Aufgrund unterschiedlicher Diagnosekriterien kann es auch hier zu Abweichungen der diagnostischen Genauigkeit kommen. Auch wurden die Screeninginstrumente in den vorliegenden Studien nicht immer durch Pflegefachpersonen durchgeführt.

Die Einschlusskriterien bezogen auf die Studienteilnehmer variieren sehr stark und erschweren so die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der Stroke-Betroffenen. Andererseits könnte dies auch eine Stärke darstellen, da es die Realität der Population abbildet.

Die körperlichen und die kognitiven Einschränkungen bei der Erfassung spielen ebenfalls eine wichtige Rolle nach einem Stroke und könnten dazu führen, dass die Betroffenen nicht adäquat an den Screenings teilnehmen können, die Fragen nicht verstehen oder langandauernde Interviews eine Belastung darstellen (de Man-van Ginkel et al., 2012b).

Insbesondere die körperlichen Einschränkungen der Teilnehmenden sind in den Studien häufig nicht detailliert beschrieben.

Berg et al. (2009) betonen, dass sich die Symptome, welche eine Depression charakterisieren, zwischen der subakuten und chronischen Zeit nach Stroke verändern und nehmen Bezug auf Paradiso, Ohkubo und Robinson (1997). Da die verschiedenen Screeninginstrumente auf verschiedenen Symptomen einer Depression basieren, stellt dies einen wichtigen Punkt dar. Es zeigt, wie wichtig es ist, das Screening anhand der Ressourcen der Patient_in auszuwählen.

Weiterhin ist zu klären, ob der Einbezug somatischer Items bei der Erfassung aussagekräftig ist, wie im Review von Burton und Tyson (2015) beschrieben. Dies sei besonders umstritten, da körperliche Symptome wie Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme nach einem Stroke häufig und unabhängig von emotionalen Problemen auftreten können. Daher werden diese Items in einigen Screeninginstrumenten ausgeschlossen.

Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass somatische Symptome zu den Unterscheidungsmerkmalen zwischen Stroke-Betroffenen mit und ohne Depression gehören (de Coster, Leentjens, Lodder, & Verhey, 2005, zitiert nach Burton & Tyson, 2015). Dahingehend gibt es noch weiteren Forschungsbedarf.

In einigen Studien aus dem englischsprachigen Raum wurden «Carer» oder «Caregiver» miteinbezogen, doch wurde dazu keine genaue Begriffserklärung gegeben. Es wurde ebenfalls keine genaue Beschreibung der Zusammensetzung des «Stroke-Team» in der Studie von Gurr (2011) gegeben. Dies ermöglicht keine exakte deutsche Übersetzung und Interpretation dieser Berufs- oder Personengruppe.

Es war zudem nicht immer zu entnehmen, um welche Version des Screenings es sich handelt, wie am Beispiel der HRSD bei Berg et al. (2009) zu sehen. Auch ist nicht immer beschrieben, ob die Untersucher_innen ein Training durchlaufen haben.

Auch bei dem Einbezug von Betreuungspersonen/Carepersonen unterscheiden sich die Ergebnisse. Lightbody et al. (2007b) empfehlen den Einbezug dieser bei der Anwendung der SoDS. Berg et al. (2009) wiederum hat aufgezeigt, dass diese den Betroffenen depressiver einschätzten. Einen Einfluss scheint dabei die eigene Stimmung der Betreuungsperson zu haben.

Im Review von Burton und Tyson (2015) wurde die MADRS und das GMS nicht eingeschlossen, da diese, wie sie begründen, nicht als Screeninginstrumente, sondern als diagnostisches Instrument konzipiert wurden. Auch bewerten diese das BDI als klinisch wenig nützlich, wobei Berg et al. (2009) dieses für die Praxis in ihrer Studie empfehlen.

5.2 Interventionen

Bezugnehmend auf de Man-van Ginkel et al. (2010) konnte aufgrund der grossen methodischen Unterschiede der Studien keine Metaanalyse durchgeführt werden. Gründe dafür waren, dass sich die eingeschlossenen Studien in ihrer Qualität, dem Design, dem Zeitpunkt nach dem Stroke, dem untersuchten Ziel und den Patienteneigenschaften stark unterscheiden. Ebenfalls wurden verschiedene Instrumente zur Erfassung einer PSD verwendet. Dies kann die Interpretation der Studien beeinflussen und lässt dementsprechend keinen aussagekräftigen Vergleich der Ergebnisse der Studien zu. Aus diesem Grund wurden die Interventionen durch die

Forschenden narrativ dargestellt. Grundsätzlich waren die jeweiligen Forschungsdesigns geeignet, um die betreffende Forschungsfrage zu beantworten.

Die einzelnen Interventionen wurden im Review wie auch im Artikel von Hamid und MacKenzie (2017) nur oberflächlich beschrieben.

Interventionen wie das Bereitstellen von Informationen, motivierende Gesprächsführung, Life-Review-Therapy und körperliche Aktivität wurden durch beide Autoren genannt und als wirksam erachtet. Allerdings gibt es grosse Unterschiede bei den Stichprobengrößen, wie am Beispiel der Life-Review-Therapy zu sehen ist. Die Inhalte der beschriebenen Unterstützungsprogramme, des «Care Managements» und der psychosozialen Verhaltensintervention decken sich in einigen Punkten wie in der unterstützenden Gabe von Antidepressiva.

Das Setting der Studien reicht von akut bis Rehabilitation. Daher gilt es vor der Einführung der Interventionen zu klären, ob diese bezogen auf die Rahmenbedingungen im jeweiligen Bereich anwendbar sind.

Einige Interventionen wurden durch Personen anderer Disziplinen durchgeführt (Tabelle 14), allerdings können diese laut De Man-van Ginkel et al. (2010) und Bezug nehmend auf die Definition «Intervention» nach Bulecheck et al. (2016) auf den Pflegekontext übertragen werden (Bulecheck et al., 2016; de Man-van Ginkel et al., 2010).

Das Bereitstellen von Informationen ist die am meisten erforschte Intervention.

Die gefundenen Ergebnisse der Studien zeigen jedoch nur einen geringen Effekt in Bezug auf eine Verbesserung der Depressions-Werte.

Allerdings hat sich gezeigt, dass sich das Wissen über die Erkrankung verbessert und die Patientenzufriedenheit erhöht. Der beste Weg zur Bereitstellung und der Informationsabgabe ist nicht geklärt, da sich die Studien inhaltlich unterscheiden. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass die aktive Informationsabgabe effektiver ist als die passive.

Die Studie von Watkins et al. (2007b) zur motivierenden Gesprächsführung war die erste, welche im akuten Setting nach einem Stroke durchgeführt wurde, und zeigt aufgrund ihrer Stichprobengröße und ihrer Qualität starke Evidenz.

Watkins et al. (2007b) deuten an, dass der frühe Einsatz der motivierenden Gesprächsführung Stimmungsproblemen vorbeugen kann. Ebenfalls scheinen die

Anzahl und die Häufigkeit der Sitzungen zum Erfolg beizutragen, da ein Effekt bereits nach nur vier Sitzungen zu verzeichnen war. Überraschenderweise wurde kein Effekt auf die körperliche Funktion nachgewiesen, obwohl man vermuten könnte, dass dies mit der Stimmung im Zusammenhang stehen könnte.

Trotz der gefundenen Wirksamkeit der Life-Review-Therapy, ist die Intervention aufgrund der kleinen Stichprobengrösse (n=14) und der mässigen methodischen Qualität schwach, wie de Man-van Ginkel et al. (2010) schreiben.

In der Studie von Volz, Voelkle und Werheid (2019) zur Selbstwirksamkeit wird nicht erklärt, welche Intervention angewendet wurde, um die globale Selbstwirksamkeit (GS) der Betroffenen zu fördern. Es wurde lediglich beschrieben, dass die GS anhand der General-Self-Efficacy Scale gemessen wurde und dass die Förderung der wahrgenommenen Kontrolle der Patient_innen dazu beiträgt, die PSD zu verringern und zu verhindern. Somit ist es schwierig zu sagen, ob die Ergebnisse die gleichen wären, wenn eine andere Methode verwendet würde. Es ist ebenfalls schwierig abzuleiten, welche Kompetenzen für die Intervention zur Förderung der GS benötigt werden. Die Teilnehmenden wurden vor Ort und nach der Entlassung telefonisch anhand validierter Instrumente befragt. Fraglich ist, weshalb die Befragung am Telefon und nicht persönlich stattgefunden hat. Die Befragung am Telefon könnte die Ergebnisse verzerrt haben. Weitere Forschung der gefundenen Interventionen mit grösseren Stichproben und Langzeitauswirkungen ist notwendig, um das Management von PSD und dessen Wirksamkeit zu untersuchen.

6 Theorie-Praxis-Transfer

Der Theorie-Praxis-Transfer wird nach Rycroft-Malone et al. (2004) beschrieben. Für eine bessere Übersicht werden Screeninginstrumente und Interventionen für jede Ebene teilweise getrennt betrachtet.

6.1 Ergebnisse der Pflegeforschung

Screeninginstrumente

Aus den vorliegenden Studien gehen verschiedene Möglichkeiten zur Erfassung einer PSD bei Patient_innen ohne Aphasie durch Pflegefachpersonen im Akutspital hervor. Aufgrund der starken Unterschiede innerhalb der Population (körperliche, kognitive, kommunikative Einschränkungen) und der Heterogenität der Studien ist es nicht möglich, eine endgültige Empfehlung für die Erfassung einer PSD durch Pflegefachpersonen in der Schweiz abzugeben. Trotzdem können Empfehlungen der Forschenden der vorliegenden Studien sowie eine Möglichkeit, diese in den schweizerischen Kontext zu übertragen, vorgestellt werden. Der PHQ-2 in Kombination mit dem PHQ-9 sowie die GDS-15 weisen hohe psychometrische Eigenschaften und klinische Nützlichkeit auf (de Man-van Ginkel et al., 2012a; Sheikh & Yesavage, 1986). Laut Gurr (2011) ist die *Yale Question* einfach und schnell erfasst. Diese könnte als Einstiegsfrage dienen, um psychologische Bedürfnisse aufzudecken. Gurr (2011) empfiehlt die Anwendung eines patientenzentrierten Pfades, der sich aus einer Kombination verschiedener Screeninginstrumente zusammensetzt und das gesamte interprofessionelle Team miteinbezieht. Ein Ziel ist es dabei möglichst viele Patient_innen zu erfassen. McIntosh (2017) empfiehlt ebenfalls ein strukturiertes Vorgehen unter Einbezug des interprofessionellen Teams.

Für das Schweizer Gesundheitswesen würde dies bedeuten, in einem ersten Schritt eine Guideline für die Erfassung einer PSD im Akutspital herauszugeben und zu entscheiden, welche Screeninginstrumente sich für das Akutspital eignen. Auch der Zeitpunkt der Erfassung sollte dabei festgelegt werden. In Bezug auf die schwerwiegenden Komplikationen einer PSD, ist eine frühzeitige Diagnostik von grosser Bedeutung (Hellmann-Regen et al., 2014). Eine genaue und einheitliche zeitliche Empfehlung

existiert bisher allerdings nicht (Salter et al., 2018). McIntosh (2017) empfiehlt ein Screening am zweiten oder dritten Tag nach Aufnahme. Im Hinblick auf die Rezidivrate und um keine Depression zu verpassen, kann es sinnvoll sein, ein Screening zu verschiedenen Zeitpunkten oder bei Übergang in ein anderes Setting durchzuführen (Salter et al., 2018). Es gilt allerdings vorab das Screening anhand der Ressourcen des/der Patient_in auszuwählen.

Interventionen

Ein wichtiger Faktor, um einer PSD entgegenzuwirken, ist die Förderung der Selbstwirksamkeit. Die gefundenen Studien enthielten allerdings kaum Informationen zur konkreten Umsetzung in Bezug auf die Förderung und Stärkung des Glaubens an die eigenen Fähigkeiten der Betroffenen.

Sie ist in verschiedenen Studien enthalten, wie beispielsweise die Intervention der motivierenden Gesprächsführung zeigt (Watkins et al., 2007b).

Laut Watkins et al. (2007b) ist die Technik einfach zu erlernen und könnte somit in die tägliche Betreuung integriert werden. Im Hinblick auf die begrenzten zeitlichen Ressourcen kann dies laut Watkins et al. (2007b) ebenfalls im Rahmen eines «normalen» Gespräches stattfinden. Die Unterstützungsprogramme mit regelmässigen Follow-ups zeigen sich ebenfalls sehr nützlich, insbesondere im Hinblick auf die Abnahme der GS nach sechs Monaten und die hohe Rezidivrate.

Die Bereitstellung von Informationen ist ebenso essentiell. Eine Studie von Klinedinst, Clark und Dunbar (2013) hat gezeigt, dass allein die Informationsabgabe über das Krankheitsbild PSD, dessen Symptome und Folgen den Betroffenen und deren Angehörigen helfen kann. Demzufolge konnten sie die Symptome frühzeitig identifizieren und ihrem Hausarzt/-ärztin mitteilen.

Gut informierte und instruierte Personen, könnten demnach eine bessere Kontrolle über die Situation ausüben.

Die meisten Interventionen benötigen die interprofessionelle Zusammenarbeit.

Dementsprechend ist es von Bedeutung, einen strukturierten Plan zu erstellen, mit Inhalt, Ablauf und den daran beteiligten Disziplinen.

Des Weiteren wird empfohlen, den/die Patient_in und deren Betreuungspersonen aktiv einzubeziehen und ein Follow-up zu ermöglichen. Laut dem Gesundheitsministerium in Grossbritannien ist die Informationsabgabe kombiniert mit der richtigen Unterstützung

wichtig für ein besseres Outcome, bessere Pflege und geringere Gesundheitskosten (Jones & Riazi, 2011). Dem/der Patient_in sollten dabei alle wichtigen Daten und Informationen zur Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellt werden, damit diese am Entscheidungsprozess teilnehmen kann. Allerdings gilt es zu beachten, dass sich die Bedürfnisse bezogen auf die Informationen im Laufe der Zeit verändern können. Aus diesem Grund sollten diese auf den Stroke-Betroffenen und deren Angehörige zugeschnitten sein und dementsprechend bereitgestellt werden. Dennoch ist weitere Forschung nötig, um den besten Weg zu finden und um längerfristige Auswirkungen der Intervention zu untersuchen (Johnson & Pearson, 2000).

Grundsätzlich und Bezug nehmend auf die gefundenen Ergebnisse, sollte das Bewusstsein für die Wichtigkeit der Bereitstellung von Informationen (in Bezug auf die Erkrankung und die Therapie von PSD), die soziale Abklärung und Unterstützung sowie die Förderung der körperlichen Aktivität gestärkt werden.

6.2 Expertise der Pflegefachpersonen

Screeninginstrumente und Interventionen

Eine wichtige Grundvoraussetzung für die Erfassung und Behandlung einer PSD ist die Sensibilisierung. Die gefundenen Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass es sich bei der PSD um ein noch unbekanntes Krankheitsbild handelt und es an klinischer Expertise mangelt. Insbesondere im akuten Setting und in der Schweiz existieren kaum Richtlinien. Dies, obwohl ein frühzeitiges Screening mit medizinischer Behandlung und pflegerischen Interventionen empfohlen werden und ein geschultes Pflegefachpersonal ein Screening auf Depression korrekt durchführen und erfassen kann (Lightbody et al., 2007a). Eine erste wichtige Grundlage stellt daher die Sensibilisierung dar, mit dem Ziel ein vertieftes Wissen über die Symptomatik der Betroffenen und deren Auswirkungen auf ihre Gesundheit zu schaffen.

De Man-van Ginkel et al. (2010) empfehlen eine Implementierung vom Management der PSD in die Grundausbildung (de Man-van Ginkel et al., 2010). Pflegefachpersonen sollten dabei Symptome und Risiken einer Depression erkennen und beurteilen, um entsprechend handeln zu können. Dies könnte beispielsweise anhand von Weiterbildungen oder Fortbildungen stattfinden und sollten alle an der Betreuung von

Strokepatient_innen verantwortlichen Personen einschliessen. Diese können ähnlich wie bei bereits bestehenden Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegefachpersonen zu anderen Themengebieten aussehen. Beispielsweise können diese in einem Zertifikatslehrgang weiterführendes, fundiertes und praxisorientiertes Fachwissen zur besonderen Pflege nach einem Stroke erlernen. Die ZHAW bietet bereits einen CAS Stroke-Fokus Therapie an. Dieser ist allerdings auf Physio- und Ergotherapeuten ausgerichtet. Die Kalaidos bietet ebenfalls Weiterbildungsmöglichkeiten im Rahmen eines DAS und CAS in Neuro/Stroke für Pflegefachpersonen an. Leider konnten die Lerninhalte nicht vollständig eingesehen werden. Die Empfehlung ist daher, falls noch nicht vorhanden, die Erfassung und die Interventionsmöglichkeiten nach einer PSD in das Curriculum aufzunehmen.

Eine systematisierte Integration von Screeninginstrumenten in die Pflegepraxis wäre ein weiterer Schritt. Diese sollte dabei dringend mit Interventionsempfehlungen verknüpft sein. McIntosh (2017) empfiehlt eine Implementation in die elektronische Dokumentation. In einigen Ländern, wie zum Beispiel England, existieren bereits Richtlinien zur Erfassung einer PSD. Allerdings ist die Compliance bei der Durchführung von Screenings durch Pflegefachpersonen gering, wie Hart und Morris (2008) aufzeigen konnten. Trotz positiver Einstellung gegenüber dem Screening, betrug die Durchführungsrate nur 50 Prozent. Zu den Gründen zählen unter anderem Zeitmangel und Bedenken hinsichtlich des Screenings. Harris und Morris et al. (2008) untersuchten die Einflüsse und fanden heraus, dass es sowohl individuelle als auch organisatorische Faktoren benötigt, um die Durchführung von Screenings zu erhöhen. Dies zeigt, dass Evidenz nicht unmittelbar zu evidenzbasierter Praxis führt.

Individuelle Faktoren beinhalten demnach: das Wissen, die wahrgenommene Kontrolle, Erwartungen anderer, den Glauben an die Effektivität sowie das Bewusstsein für Richtlinien.

Die relevanten organisatorischen Faktoren umfassen: Training, um das Wissen zu fördern, Kenntnisse, Evidenz für die Effektivität, die Bereitstellung von Zeit, die Unterstützung durch das Kollegium und die Integration in die Arbeitsroutine (Hart & Morris, 2008). Sie zeigten zudem auf, dass klare Richtlinien mit einem klaren Assessmentprotokoll die Pflegequalität verbessern können (Hart & Morris, 2008).

Prinzipiell trägt ein Screening allein nicht zu einer Verbesserung des Heilungsprozesses des/der Patient_in bei (McIntosh, 2017). Vielmehr benötigt es einen multiprofessionellen Ansatz mit einem strukturierenden Plan, Interventionen, Follow-ups und einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit (Towfighi et al., 2017).

Im Hinblick auf die hohe Rezidivrate der PSD bedarf es auch langfristig einer regelmässigen klinischen Überwachung der Betroffenen.

6.3 Präferenzen der Pflegeempfangenden

Screeninginstrumente und Interventionen

Die PSD stellt eine schwerwiegende Komplikation nach einem Stroke dar. Eine frühzeitige Erfassung und Behandlung, kann zu einer Verbesserung der Lebensqualität, des Heilungsprozesses sowie der psychosozialen Integration der Betroffenen beitragen und ist somit auch in dessen Interesse. Aus diesem Grund sollten für Stroke-Betroffene alle notwendigen Informationen bereitgestellt werden, um ein Mass an Kontrolle über die Situation zu erlangen (Klinedinst et al., 2013).

Die pflegerischen Interventionen müssen individuell auf die Bedürfnisse und die Fähigkeiten der Betroffenen angepasst werden. Grundsätzlich sollte zudem immer ein Screening mit hoher Sensitivität und Spezifität gewählt werden. Auch um falsch positive Resultate zu vermeiden, welche für den Betroffenen sehr belastend sein könnten. Da es sich bei den gefundenen Studien um quantitative Studien handelt, geht die Situation der Betroffenen und deren Angehörige daraus nicht hervor.

6.4 Lokaler Kontext

Screeninginstrumente und Interventionen

Die gefundenen Studien zur Erfassung einer PSD sind nur bedingt auf den Schweizer Kontext übertragbar, da diese überwiegend aus dem englischsprachigen Raum, Finnland und den Niederlanden stammen.

Allerdings sind Screeninginstrumente wie der PHQ-2, PHQ-9 und die GDS-15 in deutscher Sprache validiert und die Verwendung wäre demzufolge möglich. Auch zeigen sie sich in der klinischen Anwendung als sehr nützlich.

Bezogen auf die Schweiz existieren noch keine einheitlichen Richtlinien zur Erfassung einer PSD im Akutspital. Daher benötigt es neben der Sensibilisierung der Pflegefachpersonen und dem gesamten interprofessionellen Team zunächst ein strukturiertes Vorgehen anhand von Richtlinien und Guidelines zur Erfassung einer PSD. Daneben bedarf es einer Erfassungsmöglichkeit, welche im klinischen Alltag anwendbar ist, weswegen auch hier Rahmenbedingungen wie Zeit, Personalressourcen, Material und Training geschaffen werden sollten.

Es ist anzunehmen, dass sich ein gutes PSD-Management positiv auf die Kosten des Gesundheitssystems auswirken, da schwerwiegende Komplikationen und demzufolge längere Hospitalisationen vermieden werden können. Ein positives Screening auf PSD sollte immer evidenz-basierte Interventionen nach sich ziehen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass diesbezüglich noch ein grosser Forschungsbedarf besteht.

Einen weiteren wichtigen Punkt stellt die Aufenthaltsdauer von häufig unter 14 Tagen im Akutspital dar. Dies führt dazu, dass Betroffene nicht erfasst werden könnten. Hinzu kommt, dass anhand der DSM- Kriterien depressive Symptome über zwei Wochen vorliegen sollten, um als Depression zu gelten.

Dies zeigt ebenfalls auf, dass es dringend Empfehlungen für einen festen Messzeitpunkt zur Erfassung benötigt.

7 Limitationen

Diese Arbeit stellt eine systematisierte Literatursuche dar, weswegen nicht ausgeschlossen werden kann, dass relevante Studien nicht identifiziert wurden. Darüber hinaus konnten keine Studien aus der Schweiz gefunden werden, was eine Vergleichbarkeit mit dem Schweizer Gesundheitssystem nur bedingt zulässt.

Eine weitere Limitation stellt die Suchstrategie dar, da sich die gefundenen Studien zu Interventionen aus einer Suchstrategie ergaben. Zudem waren die in den Studien enthaltenen Screeninginstrumente und Interventionen oft nur oberflächlich beschrieben. Des Weiteren wurden Studien inkludiert, bei denen die Screeninginstrumente und Interventionen nicht durch Pflegefachpersonen getestet wurden. Daher ist schwer zu sagen, ob die Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit identisch sind, wenn das Pflegefachpersonal diese durchführen würde.

Ein Ausschlusskriterium dieser Arbeit waren Patient_innen mit Aphasie. Allerdings wurde diese Patientengruppe in vielen Studien berücksichtigt, weswegen dieses Ausschlusskriterium nicht angewendet werden konnte.

Eine Stärke dieser Arbeit ist der Einbezug von Reviews, um eine Übersicht der wichtigsten Screeninginstrumente und Interventionen zu erhalten.

8 Beantwortung der Fragestellungen

Die Literatur zeigt auf, dass geschulte Pflegefachpersonen eine fundamentale Rolle bei der Erfassung einer PSD spielen.

Es konnten zudem validierte Screeninginstrumente gefunden werden, welche durch Pflegefachpersonen durchgeführt werden können. Auch wurden nicht-pharmakologische Interventionen identifiziert, welche einen signifikanten Effekt auf die Stimmung zeigten.

Da in der Schweiz noch keine einheitlichen Richtlinien zu Erfassung einer PSD bestehen, können die gefundenen Studien allerdings nur bedingt auf den Schweizer Kontext übertragen werden. Hinzu kommt die Heterogenität der Studien im Hinblick auf Setting, Population und die Methodik was keine abschliessende Beantwortung der Fragestellung zulässt. Weitere Forschung ist daher dringend erforderlich um den

bestmöglichen Zeitpunkt, das optimale Screeninginstrument sowie eine ideale Behandlungsstrategie zu bestimmen.

8.1 Implikation für die Praxis

Im Hinblick auf die hohe Prävalenz, der schwerwiegenden Konsequenzen einer PSD und den damit verbundenen Kosten für das Gesundheitssystem in der Schweiz, ist eine Richtlinie zur Erfassung und Behandlung dieser zwingend erforderlich. Diese Richtlinie könnte durch Fachgruppen erstellt und evaluiert sowie mittels Awareness Campaigns, Poster oder durch Publikationen in Pflegezeitschriften veröffentlicht werden.

Die Sensibilisierung der Pflegefachpersonen auf das Krankheitsbild der PSD und deren Erfassungs- und Behandlungsmöglichkeiten könnte durch die Verankerung dieser Thematik in der Grundausbildung und gezielte Fortbildungen gesichert werden.

8.2 Implikation für die Forschung

Die gefundenen Ergebnisse legen nahe, dass weitere Forschung in der Schweiz oder im deutschsprachigen Raum notwendig ist, um aussagekräftige Empfehlungen für die Praxis abgeben zu können. Um der Entstehung einer PSD rechtzeitig entgegenzuwirken und das Krankheitsbild besser verstehen zu können, benötigt es weitere Forschung bezüglich der Pathophysiologie und der gesundheitlichen Folgen. Auch bedarf es Untersuchungen über die Auswirkungen eines PSD Management auf das Gesundheitssystem.

Des Weiteren benötigt es Längsschnittstudien zum Erfassen einer PSD mittels Screeninginstrumenten, insbesondere im Hinblick auf den optimalen Zeitpunkt, die Häufigkeit und die Methode. Auch benötigt es weitere RCTs mit grösseren Stichproben, um die Wirksamkeit und die langfristigen Auswirkungen der Interventionen zu evaluieren. Um die Sicht der Betroffenen besser zu verstehen und zu erheben, wäre zudem mehr qualitative Forschung angezeigt.

Literaturverzeichnis

- Aaron, S. E., Gregory, C. M., & Simpson, A. N. (2016). Lower Odds of Poststroke Symptoms of Depression When Physical Activity Guidelines Met: National Health and Nutrition Examination Survey 2011–2012. *Journal of physical activity & health*, 13(8), 903–909. <https://doi.org/10.1123/jpah.2015-0446>
- Aben, I., Verhey, F., Lousberg, R., Lodder, J., & Honig, A. (2002). Validity of the Beck Depression Inventory, Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as Screening Instruments for Depression in Stroke Patients. *Psychosomatics*, 43(5), 386-393. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.5.386>
- Adamson, B. C., Ensari, I., & Motl, R. W. (2015). Effect of exercise on depressive symptoms in adults with neurologic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(7), 1329–1338. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2015.01.005>
- Adshead, F., Cody, D. D., & Pitt, B. (1992). BASDEC: A novel screening instrument for depression in elderly medical inpatients. *305(6850)*, 397. <https://doi.org/10.1136/bmj.305.6850.397>
- Agrell, B., & Dehlin, O. (1989). Comparison of six depression rating scales in geriatric stroke patients. *Stroke*, 20(9), 1190-1194. <https://doi.org/10.1161/01.STR.20.9.1190>
- Ahn, D.-H., Lee, Y.-J., Jeong, J.-H., Kim, Y.-R., & Park, J.-B. (2015). The Effect of Post-Stroke Depression on Rehabilitation Outcome and the Impact of Caregiver Type as a Factor of Post-Stroke Depression. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 39(1), 74–80. <https://doi.org/10.5535/arm.2015.39.1.74>
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (2. Aufl.). Falkai, P., Wittchen, H.-U., Döpfner, M., Gaebel, W., Maier, W., Rief, W., Saß, H., & Zaudig, M., (Hrsg.). Göttingen: Hogrefe.
- Ayerbe, L., Ayis, S., Rudd, A. G., Heuschmann, P. U., & Wolfe, C. D.A. (2011). Natural History, Predictors, and Associations of Depression 5 Years After Stroke. 42(7), 1907–1911. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.110.605808>
- Ayerbe, L., Ayis, S., Wolfe, C. D. A., & Rudd, A. G. (2013a). Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: Systematic review and meta-analysis. *The*

British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science, 202(1), 14–21. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107664>

Ayerbe, L., Ayis, S., Crichton, S., Wolfe, C. D. A., & Rudd, A. G. (2013b). The natural history of depression up to 15 years after stroke: The South London Stroke Register. 44(4), 1105–1110.

<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.679340>

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. (Bd. 1. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier.

Bartoli, F., Lillia, N., Lax, A., Crocamo, C., Mantero, V., Carrà, G., Agostoni, E., & Clerici, M. (2013). Depression after Stroke and Risk of Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke Research and Treatment*.

<https://doi.org/10.1155/2013/862978>

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>

Benaim, C., Cailly, B., Perennou, D., & Pelissier, J. (2004). Validation of the aphasic depression rating scale. 35(7), 1692-1696.

<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000130591.95710.20>

Benaim, C., Froger, J., Cazottes, C., Gueben, D., Porte, M., Desnuelle, C., & Pelissier, J. Y. (2007). Use of the Faces Pain Scale by left and right hemispheric stroke patients. 128(1-2), 52-58. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.08.029>

Bennett, H. E., & Lincoln, N. B. (2006). Potential screening measures for depression and anxiety after stroke. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 13(9), 401-406. <https://doi.org/10.12968/ijtr.2006.13.9.21784>

Berg, A., Lönnqvist, J., Palomäki, H., & Kaste, M. (2009). Assessment of depression after stroke: A comparison of different screening instruments. 40(2), 523–529. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.527705>

Broderick, J., Connolly, S., Feldmann, E., Hanley, D., Kase, C., Krieger, D., Mayberg, M., Morgenstern, L., Ogilvy, C. S., Vespa, P., & Zuccarello, M. (2007). *Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage in Adults*. 116(16). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.183689>

- Brola, W., Czernicki, J., & Szafranec, L. (1999). Examination of the quality of life in post stroke patients. *56*(2), 152–156.
- Brott, T., Thalinger, K., & Hertzberg, V. (1986). Hypertension as a risk factor for spontaneous intracerebral hemorrhage. *Stroke*, *17*(6), 1078–1083. <https://doi.org/10.1161/01.str.17.6.1078>
- Bulecheck, G. M., Butcher, H. K., McCloskey-Dochtermann, J., & Wagner, C. M. (2016). *Pflegeinterventionsklassifikation (NIC)*. (6th Edition). Bern: Hogrefe.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *Pflegeforschung verstehen und anwenden*. München: Urban & Fischer/ Elsevier.
- Burton, C. R., Fisher, A., & Green, T. L. (2009). The organisational context of nursing care in stroke units: A case study approach. In: *International Journal of Nursing Studies* *46*(1), 85–94. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.001>
- Burton, L.-J., & Tyson, S. (2015). Screening for mood disorders after stroke: A systematic review of psychometric properties and clinical utility. *Psychological Medicine*, *45*(1), 29–49. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000336>
- Butler, R. N. (1963). The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged. *26*(1), 65–76. <https://doi.org/10.1080/00332747.1963.11023339>
- Carson, A. J., MacHale, S., Allen, K., Lawrie, S. M., Dennis, M., House, A., & Sharpe, M. (2000). Depression after stroke and lesion location: A systematic review. *Lancet*, *356*(9224), 122–126. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02448-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02448-X)
- Cassier-Woidasky, A.-K., Nahrwold, J., & Glahn, J. (2014). *Pflege von Patienten mit Schlaganfall: (Bd. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Clinical Guidelines for Stroke Management. (2017) Melbourne, Australia. Abgerufen von: <https://app.magicapp.org/app#/guideline/3976>
- Copeland, J. R., Dewey, M. E., Wood, N., Searle, R., Davidson, I. A., & McWilliam, C. (1987). Range of mental illness among the elderly in the community: Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *The British Journal of Psychiatry*, *150*, 815–823. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.815>

- Crabtree, A., Brookes, R., & Moynihan, B. (2012). Evaluating the use of a self-administered screening tool for depression after stroke: 122. *International Journal of Stroke*, 7.
- Davis, M. C. (2004). Life Review Therapy as an Intervention to Manage Depression and Enhance Life Satisfaction in Individuals with Right Hemisphere Cerebral Vascular Accidents. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(5), 503–515. <https://doi.org/10.1080/01612840490443455>
- CASP. Team. *CASP - Critical Appraisal Skills Programme*. Abgerufen am October 6, 2019, from <https://casp-uk.net/team/>
- de Coster, L., Leentjens, A. F. G., Lodder, J., & Verhey, F. R. J. (2005). The sensitivity of somatic symptoms in post-stroke depression: A discriminant analytic approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(4), 358–362. <https://doi.org/10.1002/gps.1290>
- de Man-van Ginkel, J. M. D. M., Gooskens, F., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2010). A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 19(23–24), 3274–3290. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03402.x>
- de Man-van Ginkel, J. M., Gooskens, F., Schepers, V. P. M., Schuurmans, M. J., Lindeman, E., & Hafsteinsdóttir, T. B. (2012a). Screening for poststroke depression using the patient health questionnaire. *Nursing Research*, 61(5), 333–341. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e31825d9e9e>
- de Man-van Ginkel, J. M., Hafsteinsdóttir, T., Lindeman, E., Burger, H., Grobbee, D., & Schuurmans, M. (2012b). An efficient way to detect poststroke depression by subsequent administration of a 9-item and a 2-item Patient Health Questionnaire. 43(3), 854–856. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.640276>
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie. (2012). Abgerufen von: <https://www.dgn.org/presse/pressemitteilungen/2214-zunehmend-mehr-jungemenschen-erleiden-einen-schlaganfall>
- 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. <https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>

- Dohmen, C., Garlip, G., Sitzer, M., Siebler, M., Malevani, J., Kessler, K. R., & Huff, W. (2006). Post-Stroke-Depression. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 74(5), 257–262. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915623>
- Duncan, P. W., Zorowitz, R., Bates, B., Choi, J. Y., Glasberg, J. J., Graham, G. D., Katz, R. C., Lamberty, K., & Reker, D. (2005). Management of Adult Stroke Rehabilitation Care. *Stroke*, 36(9), e100–e143. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000180861.54180.FF>
- Edwards, D. F., Hahn, M. G., Baum, C. M., Perlmutter, M. S., Sheedy, C., & Dromerick, A. W. (2006). Screening patients with stroke for rehabilitation needs: Validation of the post-stroke rehabilitation guidelines. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 20(1), 42–48. <https://doi.org/10.1177/1545968305283038>
- Fiedler, C., Köhrmann, M., & Kollmar, R. (Hrsg.). (2017). *Pflegewissen Stroke Unit: Für die Fortbildung und die Praxis* (2. Auflage). Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-53625-4>
- Folstein, M. F., Maiberger, R., & McHugh, P. R. (1977). Mood disorder as a specific complication of stroke. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 40(10), 1018–1020.
- Forster, A., Brown, L., Smith, J., House, A., Knapp, P., Wright, J. J., & Young, J. (2012). Information provision for stroke patients and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001919.pub3>
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). User's guide to the General Health Questionnaire. *Windsor*.
- Grimshaw, J., McAuley, L. M., Bero, L. A., Grilli, R., Oxman, A. D., Ramsay, C., Vale, L., & Zwarenstein, M. (2003). Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Quality & Safety in Health Care*, 12(4), 298–303. <https://doi.org/10.1136/qhc.12.4.298>
- Gurr, B. (2011). Stroke mood screening on an inpatient stroke Unit. *British Journal of Nursing*, 20(2), 94–99. <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.2.94>
- Guy, W. (1976) Clinical Global Impressions. In: New Clinical Drug Evaluation Unit (ECDEU) Assessment Manual for Psychopharmacology. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs; 218–222

- Hacker, V. L., Stark, D., & Thomas, S. (2010). Validation of the stroke aphasic depression questionnaire using the brief assessment schedule depression cards in an acute stroke sample. *British journal of clinical psychology*, 49(1), 123-127. <https://doi.org/10.1348/014466509X467440>
- Hackett, M. L., Yapa, C., Parag, V., & Anderson, C. S. (2005). Frequency of Depression After Stroke. 36(6), 1330-1340. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000165928.19135.35>
- Hackett, M. L., Anderson, C. S., House, A., & Halteh, C. (2008a). Interventions for preventing depression after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003689.pub3>
- Hackett, M. L., Anderson, C. S., House, A., & Xia, J. (2008b). Interventions for treating depression after stroke. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003437.pub3>
- Hackett, M. L., & Pickles, K. (2014). Part I: Frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society*. 9(8), 1017–1025. <https://doi.org/10.1111/ijs.12357>
- Hamid, G. M., & MacKenzie, M. A. (2017). CE: Early Intervention in Patients with Poststroke Depression. *The American Journal of Nursing*, 117(7), 32–40. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000520919.26724.9b>
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56–62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
- Hammond, M. F., O'Keeffe, S. T., & Barer, D. H. (2000). Development and validation of a brief observer-rated screening scale for depression in elderly medical patients. *Age and Ageing*, 29(6), 511-515. <https://doi.org/10.1093/ageing/29.6.511>
- Hart, S., & Morris, R. (2008). Screening for depression after stroke: An exploration of professionals' compliance with guidelines. *Clinical Rehabilitation*, 22(1), 60–70. <https://doi.org/10.1177/0269215507079841>
- Healey, A. K., Kneebone, I. I., Carroll, M., & Anderson, S. J. (2008). A preliminary investigation of the reliability and validity of the Brief Assessment Schedule Depression Cards and the Beck Depression Inventory-Fast Screen to screen for

depression in older stroke survivors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(5), 531–536. <https://doi.org/10.1002/gps.1933>

Hellmann-Regen, J., Regen, F., Heuser, I., Endres, M., & Otte, C. (2014). Diagnostik und Therapie der Post-Stroke-Depression. *DNP - Der Neurologe und Psychiater*, 15(5), 61–68. <https://doi.org/10.1007/s15202-014-0753-6>

Hennerici, M. G., & Kern, R. (2017). *S1-Leitlinie Diagnostik akuter zerebrovaskulärer Erkrankungen*. Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Hrsg. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Abgerufen von: <https://www.dgn.org/leitlinien/3409-030-117-diagnostik-akuter-zerebrovaskulaerer-erkrankungen-2017>

Hoffmann, S.O., & Hochapfel G. (2009) *Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. Mit einer Einführung in die Psychodiagnostik und Psychotherapie*. (8. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Stuttgart: Schattauer

Hornnes, N., Larsen, K., & Boysen, G. (2010). Little change of modifiable risk factors 1 year after stroke: A pilot study. *International Journal of Stroke: Official Journal of the International Stroke Society*, 5(3), 157–162. <https://doi.org/10.1111/j.1747-4949.2010.00424.x>

Huff, W., Steckel, R., & Sitzer, M. (2003). "Poststroke Depression". *Der Nervenarzt*, 74(2), 104–114. <https://doi.org/10.1007/s00115-002-1417-x>

Johnson, G., Burvill, P. W., Anderson, C. S., Jamrozik, K., Stewart-Wynne, E. G., & Chakera, T. M. H. (1995). Screening instruments for depression and anxiety following stroke: experience in the Perth community stroke study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(4), 252-257. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09778.x>

Johnson, J., & Pearson, V. (2000). The Effects of a Structured Education Course on Stroke Survivors Living in the Community. *Rehabilitation Nursing*, 25(2), 59–65. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2000.tb01864.x>

Johnson, J. L., Minarik, P. A., Nyström, K. V., Bautista, C., & Gorman, M. J. (2006). Poststroke depression incidence and risk factors: An integrative literature review. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 38(4 Suppl), 316–327. <https://doi.org/10.1097/01376517-200609000-00008>

- Johnson, B. H., Bonafede, M. M., & Watson, C. (2016). Short- and longer-term health-care resource utilization and costs associated with acute ischemic stroke. *ClinicoEconomics and Outcomes Research: CEOR*, 8, 53–61. <https://doi.org/10.2147/CEOR.S95662>
- Johnson, W., Onuma, O., Owolabi, M., & Sachdev, S. (2016). Stroke: A global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(9), 634-634A. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.181636>
- Jones, F., & Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after stroke: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 33(10), 797–810 <https://doi.org/10.3109/09638288.2010.511415>
- Kang, H.-J., Stewart, R., Kim, J.- M., Jang, J.-E., Kim, S.-Y., Bae, K.-Y., Kim, S.-W., Shin, I.-S., Park, M.-S., Cho, K.-H., & Yoon, J. -S. (2012). Comparative validity of depression assessment scales for screening poststroke depression. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 186-191. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.035>
- Kapfhammer, H. P. (2011). Poststroke-Depression: Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf und Ätiopathogenese. *Journal für Neurologie und Psychiatrie*. 12 (3) 254-261
Abgerufen von: <https://www.kup.at/kup/pdf/9942.pdf>
- Kauhanen, M.-L., Korpelainen, J. T., Hiltunen, P., Määttä, R., Mononen, H., Brusin, E., Sotaniemi, K. A., & Myllylä, V. V. (2000). Aphasia, Depression, and Non-Verbal Cognitive Impairment in Ischaemic Stroke. *Cerebrovascular Diseases*, 10(6), 455–461. <https://doi.org/10.1159/000016107>
- Klinedinst, N. J., Clark, P. C., & Dunbar, S. B. (2013). Older Adult Stroke Survivors Discussing Post-Stroke Depressive Symptoms with a Healthcare Provider: A Preliminary Analysis. *Rehabilitation Psychology*, 58(3), 263–271. <https://doi.org/10.1037/a0033005>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284–1292. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
- Kronenberg, G., Katchanov, J., & Endres, M. (2006). [post-stroke depression: Clinical aspects, epidemiology, therapy, and pathophysiology]. *Der Nervenarzt*, 77(10), 1176, 1179–1182, 1184–1185. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2130-y>

- Lachs, M. S., Feinstein, A. R., Cooney, L. M., Drickamer, M. A., Marottoli, R. A., Pannill, F. C., & Tinetti, M. E. (1990). A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Annals of internal medicine*, *112*(9), 699-706.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-112-9-699>
- Lai, S.-M., Studenski, S., Richards, L., Perera, S., Reker, D., Rigler, S., & Duncan, P. W. (2006). Therapeutic exercise and depressive symptoms after stroke. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(2), 240–247. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00573.x>
- Lee, A. C. K., Tang, S. W., Yu, G. K. K., & Cheung, R. T. F. (2008). The smiley as a simple screening tool for depression after stroke: a preliminary study. *International journal of nursing studies*, *45*(7), 1081-1089.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.05.008>
- Lightbody, C. E., Baldwin, R., Connolly, M., Gibbon, B., Jawaid, N., Leathley, M., Sutton, C., & Watkins, C. L. (2007a). Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection. *Journal of Advanced Nursing*, *57*(5), 505–512. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04135.x>
- Lightbody, C. E., Auton, M., Baldwin, R., Gibbon, B., Hamer, S., Leathley, M. J., Sutton, C., & Watkins, C. L. (2007b). The use of nurses' and carers' observations in the identification of poststroke depression. *Journal of Advanced Nursing*, *60*(6), 595–604. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04508.x>
- Lincoln, N.B, Sutcliffe, L.M, Unsworth, G (2000). Validation of the Stroke Aphasic Depression Questionnaire (SADQ) for use with patients in hospital. *Clinical Neuropsychological Assessment* *1*, 88–96.
- Lincoln, N. B., Nicholl, C. R., Flannaghan, T., Leonard, M., & Van der Gucht, E. (2003). The validity of questionnaire measures for assessing depression after stroke. *Clinical Rehabilitation*, *17*(8), 840-846. <https://doi.org/10.1191/0269215503cr687oa>
- LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2005). *Pflegeforschung: Methoden - Bewertung - Anwendung* (2. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag/Elsevier.
- Mahoney, J., Drinka, T. J., Abler, R., Gunter-Hunt, G., Matthews, C., Gravenstein, S., & Carnes, M. (1994). Screening for depression: Single question versus GDS. *Journal of the American Geriatrics Society*, *42*(9), 1006–1008.<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1994.tb06597.x>

- McIntosh, C. (2017). A Depression Screening Protocol for Patients with Acute Stroke: A Quality Improvement Project. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 49(1), 39-48.
<https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000231>
- Miller, E. L., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R. D., Bakas, T., Clark, P., & Billinger, S. A. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient. *41*(10), 2402–2448.
<https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3181e7512b>
- Mitchell, P. H., Teri, L., Veith, R., Buzaitis, A., Tirschwell, D., Becker, K., Fruin, M., Kohen, R., & Cain, K. C. (2008). Living Well with Stroke: Design and Methods for a Randomized-Controlled Trial of a Psychosocial-Behavioral Intervention for Post-Stroke Depression. *Journal of stroke and cerebrovascular disease: the official journal of National Stroke Association*, 17(3), 109–115.
<https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2007.12.002>
- Mitchell, P. H., Veith, R. C., Becker, K. J., Buzaitis, A., Cain, K. C., Fruin, M., Tirschwell, D., & Teri L. (2009). Brief Psychosocial–Behavioral Intervention With Antidepressant Reduces Poststroke Depression Significantly More Than Usual Care With Antidepressant. *40*(9), 3073–3078.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.109.549808>
- Moher, D., Cook, D. J., Eastwood, S., Olkin, I., Rennie, D., & Stroup, D. F. (1999). Improving the quality of reports of meta-analyses of randomised controlled trials: The QUOROM statement. Quality of Reporting of Meta-analyses. *Lancet*. 354(9193), 1896–1900. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(99\)04149-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(99)04149-5)
- Montgomery, S. A., & Åsberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British journal of psychiatry*, 134(4), 382-389.
<https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
- Morris, P. L., Robinson, R. G., Andrzejewski, P., Samuels, J., & Price, T. R. (1993). Association of depression with 10-year poststroke mortality. *The American Journal of Psychiatry*, 150(1), 124–129. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.1.124>
- O'Rourke, S., MacHale, S., Signorini, D., & Dennis, M. (1998). Detecting psychiatric morbidity after stroke: comparison of the GHQ and the HAD Scale. *29*(5), 980-985.
<https://doi.org/10.1161/01.STR.29.5.980>

- Paradiso, S., Ohkubo, T., & Robinson, R. G. (1997). Vegetative and psychological symptoms associated with depressed mood over the first two years after stroke. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(2), 137–157. <https://doi.org/10.2190/BWJA-KQP3-7VUY-D06T>
- Paradiso, S., & Robinson, R. G. (1998). Gender Differences in Poststroke Depression. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(1), 41–47. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.1.41>
- Parikh, R. M., Eden, D. T., Price, T. R., & Robinson, R. G. (1989). The sensitivity and specificity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in screening for post-stroke depression. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 18(2), 169–181. <https://doi.org/10.2190/BH75-EUYA-4FM1-J7QA>
- Pedersen, P. M., Jørgensen, H. S., Nakayama, H., Raaschou, H. O., & Olsen, T. S. (1995). Aphasia in acute stroke: Incidence, determinants, and recovery. *Annals of Neurology*, 38(4), 659–666. <https://doi.org/10.1002/ana.410380416>
- Pompili, M., Venturini, P., Campi, S., Seretti, M. E., Montebovi, F., Lamis, D. A., Serafini, G., Amore, M., & Girardi, P. (2012). Do Stroke Patients have an Increased Risk of Developing Suicidal Ideation or Dying by Suicide? An Overview of the Current Literature. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 18(9), 711–721. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2012.00364.x>
- Qureshi, A. I., Tuhim, S., Broderick, J. P., Batjer, H. H., Hondo, H., & Hanley, D. F. (2001). Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *New England Journal of Medicine*, 344(19), 1450–1460. <https://doi.org/10.1056/NEJM200105103441907>
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, 385–401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
- Reuschenbach, B. (2011). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. Bern: Huber.
- Robinson, R. G., & Jorge, R. E. (2015). Post-Stroke Depression: A Review. *American Journal of Psychiatry*, 173(3), 221–231. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15030363>

- Roger, P. R., & Johnson-Greene, D. (2009). Comparison of assessment measures for post-stroke depression. *The Clinical Neuropsychologist*, 23(5), 780-793.
<https://doi.org/10.1080/13854040802691135>
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03068.x>
- Sagen, U., Vik, T. G., Moum, T., Mørland, T., Finset, A., & Dammen, T. (2009). Screening for anxiety and depression after stroke: Comparison of the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale. *Journal of psychosomatic research*, 67(4), 325-332.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.03.007>
- Salter, K., Mehta, S., Wiener, J., Cotoi, A., Teasell, R., Foley, N., & Speechley, M. (2018). *Post-Stroke Depression and Mood Disorders*. 84. Abgerufen von: <https://pdfs.semanticscholar.org/8ef8/74ab5b93a99350ef67c8009b70f863653b65.pdf>
- Schmidt, R. (2010). Depressive Störungen nach Schlaganfall. *Psychiatrie & Neurologie*, 3. Abgerufen von: [https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2010/01-02/Depressive Störungen nach Schlaganfall.pdf](https://www.rosenfluh.ch/media/psychiatrie-neurologie/2010/01-02/Depressive%20Stoerungen%20nach%20Schlaganfall.pdf)
- Schweizerische Herzstiftung. Hirnschlagkampagne— (o. J.). Abgerufen von: <https://www.swissheart.ch/ueber-uns/kampagnen/hirnschlagkampagne.html>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W.H. Freeman
- Sentinel Stroke National Audit Programme (2016), *National clinical guideline for stroke* Abgerufen von: <https://www.strokeaudit.org/Guideline/Full-Guideline.aspx>
- Sharp, R. (2015). The Hamilton Rating Scale for Depression. *Occupational Medicine*, 65(4), 340–340. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv043>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Shinar, D., Gross, C. R., Price, T. R., Banko, M., Bolduc, P. L., & Robinson, R. G. (1986). Screening for depression in stroke patients: the reliability and validity of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. 17(2), 241-245.
<https://doi.org/10.1161/01.STR.17.2.241>

- Sivrioglu, E. Y., Sivrioglu, K., Ertan, T., Ertan, F. S., Cankurtaran, E., Aki, O., Uluduz, D., Ince, B., & Kirli, S. (2009). Reliability and validity of the Geriatric Depression Scale in detection of poststroke minor depression. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 31(8), 999-1006. <https://doi.org/10.1080/13803390902776878>
- Slezak, A., Arnold, M., Galimanis, A., Meli, D., Mattle, H., Mordasini, P., Bassetti, C., Gralla, J., Liesiriva, K., & Fischer, U. (2014). Transiente ischämische Attacke (TIA) – ein Notfall! *Schweizerisches Medizin-Forum*, 14, 333–33. <https://doi.org/10.4414/smf.2014.01903>
- Smith, J., Forster, A., House, A., Knapp, P., Wright, J., & Young, J. (2008). Information provision for stroke patients and their caregivers. The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001919.pub2>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., & Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*, 282(18), 1737–1744. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Stern, R. A. P. (1997). *VAMS: Visual analog mood scales: professional manual*. Psychological Assessment Resources. <https://trove.nla.gov.au/version/36111655>
- Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group, Clinical Guidelines for Stroke Management 2010. Wellington, New Zealand. Abgerufen von <https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-clinical-guidelines-stroke-management-2010>
- Tang, W. K., Chan, S. S., Chiu, H. F., Wong, K. S., Kwok, T. C., Mok, V., & Ungvari, G. S. (2004a). Can the Geriatric Depression Scale detect poststroke depression in Chinese elderly? *Journal of affective disorders*, 81(2), 153-156. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00163-0](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00163-0)
- Tang, W. K., Ungvari, G. S., Chiu, H. F., & Sze, K. H. (2004b). Detecting depression in Chinese stroke patients: a pilot study comparing four screening instruments. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 34(2), 155-163. <https://doi.org/10.2190/9YJ9-NNXA-RJCY-2DYP>
- Tang, W. K., Ungvari, G. S., Chiu, H. F. K., Sze, K. H., Chan Shiu Yu, A., & Lai Fong Leung, T. (2004c). Screening post-stroke depression in Chinese older adults using the

hospital anxiety and depression scale. *Aging & mental health*, 8(5), 397-399.
<https://doi.org/10.1080/13607860410001725027>

Thrift, A. G., Donnan, G. A., & McNeil, J. J. (1995). Epidemiology of intracerebral hemorrhage. *Epidemiologic Reviews*, 17(2), 361–381. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036199>

Towfighi, A., Ovbiagele, B., El Husseini, N., Hackett, M. L., Jorge, R. E., Kissela, B. M., Mitchell, P. H., Skolarus, L. E., Whooley, M. A., & Williams, L. S. (2017). Poststroke Depression: A Scientific Statement for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 48(2), e30–e43.
<https://doi.org/10.1161/STR.000000000000113>

Turner, A., Hambridge, J., White, J., Carter, G., Clover, K., Nelson, L., & Hackett, M. (2012). Depression screening in stroke: a comparison of alternative measures with the structured diagnostic interview for the diagnostic and statistical manual of mental disorders, (major depressive episode) as criterion standard. 43(4), 1000-1005.
<https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.643296>

Turner-Stokes, L., Kalmus, M., Hirani, D., & Clegg, F. (2005). The Depression Intensity Scale Circles (DISCs): A first evaluation of a simple assessment tool for depression in the context of brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76(9), 1273–1278. <https://doi.org/10.1136/jnnp.2004.050096>

Volz, M., Voelkle, M. C., & Werheid, K. (2019). General self-efficacy as a driving factor of post-stroke depression: A longitudinal study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 29(9), 1426–1438. <https://doi.org/10.1080/09602011.2017.1418392>

Watkins, C.L., Daniels, L., Jack, C., Dickinson, H., & van den Broek, M. (2001a). Accuracy of a single question in screening for depression in a cohort of patients after stroke: Comparative study. 323(7322), 1159.
<https://doi.org/10.1136/bmj.323.7322.1159>

Watkins, C. L., Leathley, M. J, Daniels, L., Dickinson, H., Lightbody, C.E, Van den Broek, M.D, & Jack, C. (2001b). The signs of depression scale in stroke: How useful are nurses' observations? *Clinical Rehabilitation*, 15(4).

Watkins, C. L., Lightbody, C. E., Sutton, C. J., Holcroft, L., Jack, C. I., Dickinson, H. A., van den Broek, M. D., Leathley, M. J. (2007a). Evaluation of a single-item screening tool for depression after stroke: a cohort study. *Clinical rehabilitation*, 21(9), 846-852.

<https://doi.org/10.1177/0269215507079846>

Watkins, C. L., Auton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I.A., Lightbody, C. E., Sutton, C. J., van den Broek, M. D., & Leathley, M. J. (2007b). Motivational Interviewing Early After Acute Stroke. *Stroke*, 38(3), 1004–1009.

<https://doi.org/10.1161/01.STR.0000258114.28006.d7>

Wei, N., Yong, W., Li, X., Zhou, Y., Deng, M., Zhu, H., & Jin, H. (2015). Post-stroke depression and lesion location: A systematic review. *Journal of Neurology*, 262(1), 81–90. <https://doi.org/10.1007/s00415-014-7534-1>

Williams, L. S., Brizendine, E. J., Plue, L., Bakas, T., Tu, W., Hendrie, H., & Kroenke, K. (2005). Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. 36(3), 635-638. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000155688.18207.33>

Williams L. S., Kroenke K., Bakas T., Plue L. D., Brizendine E., Tu W., & Hendrie H. (2007). Care Management of Poststroke Depression. 38(3), 998–1003. <https://doi.org/10.1161/01.STR.0000257319.14023.61>

Wipprecht, M., & Grötzbach, H. (2013). Poststroke Depression bei Aphasie: Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten. Abgerufen von: https://www.hippocampus.de/media/316/cms_532189c83982e.pdf

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research*, 17(1), 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1</i> EBN-Modell nach Rycroft-Malone et al. (2004)	16
<i>Abbildung 2</i> 6S- Pyramide nach DiCenso et al. (2009).....	20
<i>Abbildung 3</i> Flowchart der Literaturrecherche	21
Übersicht 1 <i>Faktoren zur Nachsorge</i>	60

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Keywords</i>	18
Tabelle 2 <i>Suchstrategie in den Datenbanken</i>	18
Tabelle 3 <i>Ein- und Ausschlusskriterien</i>	19
Tabelle 4 <i>Übersichtstabelle der untersuchten Studien</i>	23
Tabelle 5 <i>Studie 1 Lightbody et al. (2007a)</i>	25
Tabelle 6 <i>Studie 2 Lightbody et al. (2007b)</i>	28
Tabelle 7 <i>Studie 3 Berg et al. (2009)</i>	30
Tabelle 8 <i>Studie 4 Gurr (2011)</i>	33
Tabelle 9 <i>Studie 5 de Man-van Ginkel et al. (2012a)</i>	36
Tabelle 10 <i>Studie 6 De Man-van Ginkel et al. (2012b)</i>	38
Tabelle 11 <i>Studie 7 Burton & Tyson (2015)</i>	40
Tabelle 12 <i>Studie 8 McIntosh (2017)</i>	43
Tabelle 13 <i>psychometrische Eigenschaften der Screeninginstrumente</i>	45
Tabelle 14 <i>Auflistung der gefunden Studien zu Interventionen</i>	53
Tabelle 15 <i>Screeninginstrumente</i>	92

Wortzahl

Abstract: 192 Wörter

Bachelorarbeit (ohne Titelblatt, Inhaltsverzeichnis, Abstract, Tabellen, Abbildungen, Verzeichnisse, Eigenständigkeitserklärung, Danksagung und Anhang): 11998

Danksagung

Einen herzlichen Dank richten wir an unsere Begleitperson Frau Doris Ruhmann. Ihre umfangreiche Unterstützung, Beratung und motivierenden Worte während unserem Arbeitsprozess, haben uns sehr voran gebracht. Dadurch konnten wir wichtige neue Erkenntnisse und einen grossen persönlichen Lernfortschritt erzielen.

Weiter bedanken wir uns bei [REDACTED] für ihre Unterstützung, die Beratung und ihr wertvolles Feedback sowie an Freunde und Familie für den Beistand und die Geduld während dem Schreibprozess der gesamten Bachelorarbeit.

Eigenständigkeitserklärung

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

Winterthur, April 2020



Manuela Schmidt



Mariarosa Russo

Anhang

Tabelle 15

Screeninginstrumente

Screeninginstrument & Art	Details
PHQ-2 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2003)	Der Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) ist eine Kurzform des PHQ-9 und umfasst die ersten beiden Fragen des PHQ-9.
PHQ-9 (Spitzer et al., 1999)	Der PHQ-9 umfasst neun Fragen und gibt Auskunft über das Vorliegen und den Schweregrad depressiver Symptome und basiert auf Selbstangaben des/der Patient_in. Jede Frage des PHQ-9 erfasst dabei eines der neun Kriterien des DSM IV für die Diagnostik einer Major Depression. Der Summenwert dieses Screenings kann interpretiert werden und dient ebenfalls der Bestimmung des Schweregrades. Aus diesem Grund ist es geeignet für eine Verlaufsdagnostik. Die Summe der Punktwerte variiert von null bis 27. Ein Wert unter fünf kann mit dem Fehlen depressiver Symptome interpretiert werden. Ein Punktwert von über zehn und höher ist bei Patient_innen mit einer Major Depression zu erwarten.
Art der Erfassung	Befragung
GDS (Yesavage et al., 1983)	Bei der GDS werden Fragen mit "ja" oder "nein" beantwortet. Es wurden Ja- und Nein-Fragen bevorzugt, um sicherzustellen, dass die Skala für hochbetagte oder kognitiv beeinträchtigte Personen einfach zu verstehen ist.
GDS-15 (Sheikh & Yesavage, 1986)	GDS-15 ist mit 15-items und eine Kurzform des GDS-30 item. Die GDS-15 ist ins Deutsche übersetzt sowie validiert worden. Das GDS-15 kann mildere Symptome einer Depression identifizieren und ist ebenso in der klinischen Praxis anwendbar.
Art der Erfassung	Befragung

Fortsetzung Tabelle 15 Screeninginstrumente

Screeninginstrument & Art	Details
Yale Question (Lachs et al., 1990; Mahoney et al., 1994)	Yale Question (Mahoney et al., 1994; Lachs et al., 1990). Diese lautet: «Have you ever felt anxious or depressed earlier in your life?» und «Do you feel anxious or depressed now as a result of your stroke?» Die Antworten können Probleme sichtbar machen, die eine tiefere Untersuchung der Neuropsychologie erfordern.
Art der Erfassung	Befragung
CGI (Guy, 1976)	Mittels der CGI wird der klinische Gesamteindruck des/der Patient_in durch eine Fachperson erfasst. Die CGI ist ein klassisches Instrument für eine globale Beurteilung eines/einer Patient_in. Sie enthält drei wichtige Aspekte: den Schweregrad der Erkrankung, die gesamte Verbesserung und die Wirksamkeit durch die therapeutischen Interventionen. Die Verbesserung und die Wirksamkeit der therapeutischen Interventionen wird anhand des Anfangszustandes des Patient_in gemessen. Die CGI wird in der klinischen Forschung und insbesondere in klinischen Studien zu psychotropen Behandlungen, bei bipolaren Störungen, Depressionen, Angstzuständen oder Schizophrenie verwendet. Sie besteht aus sieben Stufen, von eins, erscheint nicht krank, bis sieben, erscheint schwer krank.
Art der Erfassung	Fremdbeurteilung
MADRS (Montgomery & Åsberg, 1979)	Die MADRS ist ein diagnostischer Fragebogen mit zehn Items, den/die Psychiater_innen zur Messung des Schweregrades depressiver Episoden bei Patient_innen mit Stimmungsstörungen verwenden. Sie wurde 1979 als Ergänzung zur Hamilton-Rating-Skala für Depressionen (HAMD) entwickelt. Ein höherer MADRS-Score zeigt eine schwerere Depression an. Der Fragebogen enthält Fragen zu den folgenden Symptomen: sichtbare Traurigkeit, angegebene Traurigkeit, innere Anspannung, verminderter Schlaf, verminderter Appetit, Konzentrationsschwierigkeiten, Erschöpfung, Unfähigkeit zu fühlen, pessimistische Gedanken und Selbstmordgedanken.
Art der Erfassung	Befragung und Beobachtung

Fortsetzung Tabelle 15 Screeninginstrumente

Screeninginstrument & Art	Details
SODS (Hammond, O'Keeffe, & Barer, 2000)	Dieses Instrument beinhalten eine Sechs-Punkte-Skala, die mit Ja und Nein beantwortet wird. Der maximal erreichbare Score ist sechs, wobei ein höherer Score mehr depressive Symptome anzeigt. Die SODS wurde unter Verwendung von beobachtbarem Verhalten aus den DSM III Kriterien für Depressionen konstruiert. Es kombiniert Items, die aus pflegerischen und medizinischen Angaben zur Beschreibung von Patient_innen mit Depressionen abgeleitet wurden. Die Items der SODS umfassen: sehen traurig aus, weinen, sind unruhig oder lethargisch, zeigen mangelnde Initiative und sozialen Rückzug.
Art der Erfassung	Befragung
GMS (Copeland, Dewey, Wood, Searle, Davidson, & McWilliam, 1987)	Dies ist ein Instrument, welches bereits bei älteren Menschen validiert wurde. Die Durchführung des GMS benötigt Schulungen und wird aufgrund seiner Länge und Durchführungszeit hauptsächlich als Forschungsinstrument genutzt. Es ist ein strukturiertes Interview, wodurch der/die Interviewende versucht die Symptome des/der Betroffenen rückblickend auf die letzten vier Wochen (für manche Symptome 2 Wochen) zu evaluieren.
Art der Erfassung	Befragung
BDI (Beck et al., 1961)	Das BDI ist ein Selbsterfassungsinstrument zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression, in Anlehnung an die DSM-Kriterien. Dabei werden 21 Gruppen von Aussagen typischer depressiver Symptome mit je vier Antwortmöglichkeiten in aufsteigender Schwere angegeben. Der/Die Beurteilte muss die Aussagen Bezug nehmend auf die letzten zwei Wochen beurteilen. Der Summenwert gibt dabei die Schwere der Depression wieder.
Art der Erfassung	Befragung

Fortsetzung Tabelle 15 Screeninginstrumente

Screeninginstrument & Art	Details
HRSD (Hamilton, 1960)	Die Hamilton Rating Scale for Depression wird unterschiedlich abgekürzt: HAMD, HAM-D, HRSD, HDRS oder HDS. Die HRSD ermittelt ebenfalls den Schweregrad der Depression. Da verschiedene Versionen existieren, welche entweder 17 oder 21 Items beinhalten, ist es wichtig die verwendete Version anzugeben (Hamilton, 1960; Sharp, 2015). Aus der vorliegenden Studie geht dies nicht hervor.
Art der Erfassung	Fremdbeurteilung
VAMS (Stern, 1997)	Visual Analog Mood Scale. In der Studie von Berg et al. (2009), wurde den Teilnehmenden eine 100mm lange Skala mit einem fröhlichen und einem traurigen Gesicht gezeigt. Diese wurden aufgefordert ihre Stimmung auf der verbundenen Linie zu markieren. Laut Berg et al (2009) wurde der/die Patient_in als depressiv eingestuft, wenn die Beurteilung näher am negativen Endpunkt ($\geq 50\text{mm}$) markiert wurde.
Art der Erfassung	Befragung
HADS (Zigmond & Snaith, 1983)	Die HADS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument und umfasst 14 Fragen mit jeweils vier Antwortalternativen. Dies ermöglicht es Ängste und depressive Symptome im Kontext einer körperlichen Erkrankung zu erfassen.
Art der Erfassung	Befragung
DISC (Turner-Stokes, Kalmus, Hirani, & Clegg, 2005).	Besteht aus sechs verschiedenen Kreisen mit zunehmenden grauen Schattierungen (Ordinalskala) von unten nach oben. Vom untersten Kreis bis zum obersten nimmt die Schattierung zu und stellt die Schwere der Depression dar. Dieses Screening ist geeignet für Patient_innen mit kommunikativen und kognitiven Einschränkungen.
Art der Erfassung	Befragung

Fortsetzung Tabelle 15 Screeninginstrumente

Screeninginstrument & Art	Details
BASDEC (Adshead et al., 1992)	Es besteht aus 19 Karten mit Aussagen, die auf eine depressive Verstimmung hinweisen können. Sie werden nacheinander vorgelegt, um entsprechend der vorhandenen Gefühle der Probanden als wahr oder falsch beantwortet zu werden.
Art der Erfassung	Befragung
CES-D (Radloff, 1977)	Dies ist eine Skala zur Messung der depressiven Symptomatik in der Allgemeinbevölkerung. Sie umfasst 20 Items, die sechs Skalen umfassen, die die wichtigsten Facetten der Depression widerspiegeln: depressive Stimmung, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit, Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit, psychomotorische Retardierung, Appetitlosigkeit und Schlafstörungen.
Art der Erfassung	Befragung
SADQ-H, SADQ-H10 (Lincoln et al., 2000)	Dieser Fragebogen wurde entwickelt, um die depressive Stimmung von Strokepatient_innen mit Aphasie zu erfassen. Es handelt sich um einen 21 Punkte umfassenden Fragebogen, der auf der Grundlage von beobachtbaren Verhaltensweisen entwickelt wurde, die vermutlich mit einer depressiven Stimmung in Verbindung gebracht werden. Er wird von der Betreuungsperson des Patient_in in dessen/deren Namen ausgefüllt. Es wurde eine verkürzte Version des SADQ entwickelt (SADQ-10), die aus 10 Fragen besteht. Es wurde auch eine überarbeitete Version der Skala für Strokepatient_innen im Spital entwickelt, die von Pflegefachpersonen ausgefüllt wird (SADQ-H10).
Art der Erfassung	Befragung und Fremdbeurteilung
ADRS (Benaim et al., 2004)	Eine Pflegefachperson bewertet das Verhalten des Patienten auf der Grundlage von Beobachtung und/oder Befragung anhand von neun Items. Die Items werden zwischen 0 und 6 Punkten bewertet und ergeben zusammengenommen eine Punktzahl von bis zu 32 Punkten. Einschließlich somatischer Symptome.
Art der Erfassung	Beobachtung

Fortsetzung Tabelle 15 *Screeninginstrumente*

Screeninginstrument & Art	Details
GHQ-28 (Goldberg & Williams, 1988)	Die Patient_innen wählen eine von vier Aussagen für 28 Punkte zu den Symptomen der Belastung in den letzten 2 Wochen, die auf einer Dreipunktskala bewertet werden, was insgesamt maximal 84 Punkte ergibt. Alternativ dazu kann eine binäre Methode ("überhaupt nicht" = 0, "mehr als üblich" = 1) mit maximal 28 Punkten verwendet werden. Einschließlich somatischer Symptome.
Art der Erfassung	Befragung

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-2)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert _____ = Addition _____ + _____ + _____
der Spaltensummen

Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu erledigen, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert

Geriatric Depression Scale (GDS)

Nach Sheikh und Yesavage 1986

Die Geriatric Depression Scale nach Sheikh und Yesavage 1986 umfasst in der Kurzform 15 Fragen. Die kognitive Situation sollte vorher mit Hilfe des Uhrtests oder des Mini Mental Status abgeklärt werden, um beurteilen zu können, ob die Anwendung der Geriatric Depression Scale (GDS) noch notwendig ist. GDS dient oftmals der Erstbeurteilung eines Patienten.

GDS erlaubt die frühzeitige Erkennung einer möglichen Depression alternder Patienten. Es empfiehlt sich, den GDS vor invasiven und irreversiblen Therapiemaßnahmen anzuwenden. GDS kann in der Anamnese, zu Verlaufsbeobachtungen und Vergleichsuntersuchungen eingesetzt werden. Sie erlaubt reproduzierbare Erkenntnisse über den psychischen Zustand alternder Patienten. Sie ersetzt nicht die fachärztliche Diagnose.

Gezählt wird die Anzahl Kreuze in Feldern mit Punkt. Die maximale Punktzahl ist 15.

Geriatric Depression Scale (GDS)

Nach Sheikh und Yesavage 1986

		Ja	Nein
1.	Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		.
2.	Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	.	
3.	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	.	
4.	Ist Ihnen oft langweilig?	.	
5.	Sind Sie meistens guter Laune?		.
6.	Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?	.	
7.	Sind Sie meistens zufrieden?		.
8.	Fühlen Sie sich hilflos?	.	
9.	Sind Sie lieber zu Hause statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	.	
10.	Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	.	
11.	Finden Sie es wunderbar jetzt zu leben?		.
12.	Finden Sie sich so, wie Sie jetzt sind, eher wertlos?	.	
13.	Fühlen Sie sich energiegeladener?		.
14.	Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	.	
15.	Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	.	

Beurteilung:

0-5 Punkte: unauffällig

5-10 Punkte: leichte bis mäßige Depression

10-15 Punkte: schwere Depression

_____ Punkte

AICA Hilfstabellen

Zur Zusammenfassung und systematischen Würdigung (critical appraisal) eines Forschungsartikels.

Referenz: C. Elizabeth Lightbody, Robert Baldwin, Martin Connolly, Bernard Gibbon, Naila Jawaid, Michael Leathley, Chris Sutton & Caroline L. Watkins

Zusammenfassung der Studie: Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection (2007)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Depressionen nach einem Stroke beeinträchtigen die Genesung und die Rehabilitation, und es gibt einige Hinweise darauf, dass sie das Risiko eines zukünftigen Strokes erhöhen können. Die frühzeitige Erkennung und Behandlung von Depressionen können daher die Ergebnisse verbessern. In jüngster Zeit hat sich gezeigt, dass durch motivierende Interviews Depressionen frühzeitig nach einem Stroke sowohl verhindert als auch behandelt werden können. Pflegefachpersonen stehen in täglichem Kontakt mit den Patient_innen und können eine aktive Rolle bei der Erkennung und Behandlung von Depressionen spielen. Aufgrund der großen Anzahl von Patient_innen, die nach einem Stroke ins Spital eingeliefert werden, ist eine Beurteilung durch einen entsprechend ausgebildeten Psychiater_in in der Praxis schwierig. Ein alternativer Ansatz zur Identifizierung der Patient_innen mit Depression könnte darin bestehen, ein validiertes diagnostisches Instrument einzusetzen. Der Mangel an zuverlässigen und validen Diagnoseinstrumenten erschwert jedoch die Erkennung von</p>	<p>Design Im Jahr 2002 wurde eine Querschnittsstudie mit einer Stichprobe von Stroke-Betroffene in einem Zentrum in Großbritannien durchgeführt.</p> <p>Stichprobe An der Studie konnten alle Personen teilnehmen, die innerhalb von 6 Monaten in ein Krankenhaus eingeliefert wurden und 14 Tage nach dem Stroke im Krankenhaus waren. Patient_innen wurden ausgeschlossen, wenn sie bewusstlos, medizinisch instabil oder nicht willens waren, an der Studie teilzunehmen.</p> <p>Datenerhebung Ein Mitglied des klinischen Teams begegnete den Patient_innen mit akutem Stroke zwischen 14 und 28 Tagen nach dem Stroke. Dem/der Patient_in/Betreuer_in wurde der Entwurf des Projekts erläutert und es wurden Informationsblätter zur Verfügung gestellt. Die Forschungspflegefachperson (beantwortete alle Fragen und schrieb, die Zustimmung wurde von denjenigen eingeholt, die zur Teilnahme bereit waren. Bei Personen mit schweren kognitiven und kommunikativen Problemen wurde die Zustimmung der Angehörigen/Betreuer_innen eingeholt.</p> <p>Alle eingewilligten Patient_innen wurden von der Forschungspflegefachperson beurteilt. Es wurden demographische Daten (z.B. Alter und Geschlecht) sowie Art und Schwere des Strokes erhoben. Kognitions- und Kommunikationsprobleme wurden mit Hilfe des Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) und des Frenchay Aphasia Screening Test (FAST), nicht als Methode zum Ausschluss von Patient_innen, sondern zur Beschreibung der</p>	<p>36 Patient_innen willigten ein, aber nur n=28 wurden sowohl von der Pflegefachperson als auch vom Psychiater_in gesehen und in diese Analyse einbezogen. Der Grund dafür, dass die Patient_innen nicht sowohl von der Pflegefachperson als auch vom Psychiater_in gesehen wurden, war die Tatsache, dass der Patient aus dem Krankenhaus entlassen wurde, bevor er von dem einen oder dem anderen gesehen werden konnte. Das Medianalter betrug 72 Jahre und es gab 14 (50%) Männer. Der mediane FAST-Score betrug 19 (IQR 11-26), und nur fünf Patient_innen (18%) hatten eine normale Kommunikation. Nur sieben (25%) Patient_innen erreichten 10 oder mehr Punkte beim RBMT und hatten daher eine normale Gedächtnisfunktion (Median 9, IQR 4- 16). Die Mehrheit hatte Anomalien sowohl in der Kommunikation als auch in der Gedächtnisfunktion 19 (68%).</p> <p>Nach dem PCD wurden 7 (25%) Patient_innen als depressiv eingestuft. Die GMS wurde bei allen Patient_innen [die HAS mit 7 (25%) Patient_innen] und die MADRS bei 24 (86%) Patient_innen durchgeführt. Die GMS und die MADRS klassifizierten 12/28 (43%) bzw. 13/24 (54%) Patient_innen als depressiv [der Medianwert der MADRS lag bei 6 (IQR 2-12)]. Aufgrund der geringen Anzahl war es nicht möglich, die Leistung dieser Instrumente bei Personen mit und ohne</p>	<p>In dieser Studie betrug die Prävalenz der depressiven Störung bei einer umfassenden Beurteilung durch einen entsprechend ausgebildeten Psychiater_in 25%. Weitere 18% der Patient_innen hatten eine unterschwellige Depression. Die Fähigkeit der GMS, diese Fälle zu erkennen, war nur fair. In dieser Studie schnitt der MADRS recht gut ab und war im Vergleich zum "Goldstandard" PCD etwas effizienter als der GMS. Die MADRS kann daher ein nützliches Beurteilungsinstrument für Depressionen nach einem Stroke sein, aber es sind weitere Studien mit größeren Stichproben erforderlich, bevor man zu dem Schluss kommt, dass die MADRS dem GMS bei der Erkennung von Depressionen nach einem Stroke vorzuziehen ist. Sechs Patient_innen, bei denen keine Depression diagnostiziert wurde, wurden mit dem MADRS positiv gescreent. Da es den Ärzten oft nicht gelingt, die Depression nach einem Stroke zu erkennen, kann ein relativ einfaches Hilfsmittel wie die MADRS die Erkennung in dieser Patientengruppe erheblich verbessern. Es ist klar, dass Patient_innen nach einem Stroke die meiste Zeit in der direkten Betreuung durch das Pflegepersonal verbringen. Eine pflegerische Beurteilung der Depression, die von einer entsprechend ausgebildeten Pflegefachperson unter Verwendung des MADRS durchgeführt wird, könnte die Objektivität der Beurteilung verbessern und zu verbesserten Interventionen hinsichtlich der Aktualität und/oder der Bedingungen führen. Viele Pflegefachpersonen berichten, dass Patient_innen, die nach einem Stroke depressiv sind, nicht die vom Rehabilitationsprogramm erwarteten Gewinne erzielen (Paolucci et al. 1999). Aufgrund anderer Symptome des Strokes ist es jedoch sehr schwierig zu bestimmen, welche Patient_innen eine Depression haben und welche nicht. Die Zeit, die für die Durchführung des MADRS benötigt wird, hat wahrscheinlich keinen großen Einfluss auf die Arbeitsbelastung des</p>

<p>Depressionen nach einem Stroke. Eine kurze klinische Beurteilung, die von Pflegefachpersonen, die für die Anwendung des Instruments ausgebildet sind, durchgeführt werden könnte, würde die begrenzten Ressourcen sinnvoll nutzen, ohne das Pflegepersonal zu überlasten.</p> <p>Die spezifischen Forschungsfragen, die behandelt wurden, waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wie verhalten sich die diagnostischen Kategorien der GMS und die klinischen Ratings nach der MADRS im Vergleich zu den Kategorien der klinischen Diagnose eines Psychiaters_in? nach dem Goldstandard, d.h. die klinische Diagnose durch einen Psychiater_in? - Was sind die Empfindlichkeit, Spezifität und Effizienz der GMS und MADRS, die von einer Pflegefachperson verabreicht werden, die im Umgang mit den Instrumenten geschult ist, bei der Erkennung von Depressionen bei Patient_innen nach einem Stroke, verglichen mit dem Goldstandard? - Wie hoch ist der positive und negative Vorhersagewert von GMS und MADRS bei der Identifizierung von Depressionen bei Patient_innen nach einem Stroke? <p>Gestaltung</p>	<p>Charakteristika derjenigen, die an der Studie teilnahmen.</p> <p>Messverfahren Die Geriatric Mental State Examination und die Montgomery-Asperg-Depression Rating Scale wurden zur Beurteilung einer PSD durch Pflegefachpersonen angewendet. Eine psychiatrische klinische Diagnose (PCD), die von einem erfahrenen Psychiater_in erstellt wurde, war der Goldstandard für diese Studie.</p> <p>Datenanalyse Die Forschenden benutzten das SPSS. Für ordinale Daten wurden gegebenenfalls deskriptive Statistiken berechnet.</p> <p>Ethik Die Studie wurde von der lokalen Forschungsethik-Kommission genehmigt. Datenschutzgesetz (1998) wurden Schutzvorkehrungen getroffen, um die Vertraulichkeit der Patient_innen in Bezug auf die auf dem Computer gespeicherten Informationen zu schützen. Potentielle Teilnehmer erhielten sowohl mündliche als auch schriftliche Informationen und wurden darüber informiert, dass die Teilnahme freiwillig war und ihre Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigen würde und dass sie sich jederzeit vorurteilsfrei zurückziehen konnten.</p>	<p>kognitive und Kommunikationsprobleme getrennt zu untersuchen.</p> <p>Von den vier Patient_innen, die die MADRS nicht abgeschlossen haben, bewertete der Psychiater_in einen als "subschwellige Depression" und die anderen als "keine Depression", obwohl die GMS-Bewertung für diese Person und eine weitere als "leichte Depression" eingestuft wurde.</p> <p>Die Übereinstimmung zwischen dem PCD und jedem der GMS- und MADRS-Werte war fair bis moderat (kappa 0,40, 95% CI 0,04-0,67 und kappa 0,60, CI 0,39-0,80, jeweils). Das GMS hat im Vergleich zum PCD eine Sensitivität von 71% (CI 29-96%), eine Spezifität von 67% (CI 43-85%), einen positiven Vorhersagewert von 42% (CI 15-72%) und einen negativen Vorhersagewert von 88% (CI 62-98%) aufwies. Die Gesamteffizienz (der Anteil, der durch den Screeningtest korrekt diagnostiziert wurde) betrug 68% (CI 48-84%).</p> <p>Tabelle 5 zeigt, dass der MADRS eine Sensitivität von 100% (CI 59-100%), eine Spezifität von 65% (CI 38-86%), einen positiven Vorhersagewert von 54% (CI 25-81%) und einen negativen Vorhersagewert von 100% (CI 72-100%) hatte. Die Gesamteffizienz betrug 75% (CI 53-90%)</p>	<p>Pflegepersonals, wenn man sie mit den Gewinnen vergleicht, die sich aus der objektiven Beurteilung des Depressionsgrades des Patient_innen ergeben. Klinische Teams, die mit Patient_innen nach einem Stroke arbeiten, erkennen an, dass eine Beurteilung durch einen Psychiater_in in der gegenwärtigen Ressourcensituation nur in wenigen Fällen wahrscheinlich ist. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass die korrekte Identifizierung von Personen mit Depressionen und der Schwere dieser Depressionen von einer Pflegefachperson vorgenommen werden kann. Die Forschenden haben jedoch nicht weiter untersucht, ob die Anwendung der MADRS eine Behandlung veranlasst hat, und dies ist ein Bereich, der weiter untersucht werden muss.</p> <p>Die diagnostischen Instrumente in dieser Studie wurden von einer Forschungspflegefachperson durchgeführt, die im Umgang mit den Instrumenten geschult ist, was darauf hindeutet, dass der Einsatz solcher Instrumente durch nicht-medizinisches Personal möglich ist. Es ist unklar, ob alle Pflegefachpersonen in der Anwendung dieser Instrumente geschult werden könnten und ob eine bestimmte Menge an Beurteilungen pro Jahr durchgeführt werden muss, um die Kompetenz zu erhalten. Es kann durchaus sein, dass der Einsatz des Instruments in der Praxis Teil der Rollenspezifikation von spezialisierten Pflegefachpersonen oder Pflegeberatern_innen in der Stroke-Versorgung sein könnte.</p> <p>Schlussfolgerung Es wird geschätzt, dass weltweit jährlich 15 Millionen Menschen einen Stroke überleben. Die absolute Zahl der Stroke-Betroffene wird in Zukunft wahrscheinlich steigen, da in den meisten Bevölkerungen die Zahl der Menschen, die bis ins hohe Alter überleben, zunimmt und die Akutbehandlung von Strokes verbessert wird. Depressionen gelten als die häufigste neuropsychiatrische Folge des Strokes, und zahlreiche Studien haben ihre nachteiligen Auswirkungen auf die körperliche Genesung, die Lebensqualität und die Mortalität dokumentiert. Trotzdem bleiben Depressionen nach einem Stroke häufig unentdeckt, was vielleicht auf den Mangel an handfesten Beweisen für die Wirksamkeit von Behandlungen zurückzuführen ist. Neue und sich abzeichnende wirksame Behandlungsmethoden für Depressionen nach einem Stroke, wie z.B. die motivierende Gesprächsführung, machen jedoch eine Früherkennung unerlässlich. Pflegefachpersonen spielen eine entscheidende Rolle bei der Erkennung, Prävention und Behandlung der Depression nach einem Stroke.</p>
--	--	---	--

Würdigung der Studie: Can nurses help identify patients with depression following stroke? A pilot study using two methods of detection (2007)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Diese Studie setzt sich damit auseinander, ob Pflegefachpersonen ebenfalls geeignet sind eine Depression nach einem Stroke zu erkennen. Die Forscher begründen die Dringlichkeit der Thematik anhand der Prävalenzen und psychischen Folgeschäden der Stroke-Betroffene. Auch erwähnen sie, dass ein PCD nicht bei jedem Betroffenen aufgrund der hohen Anzahl durchgeführt werden kann. Somit soll herausgefunden werden, ob Pflegefachpersonen Psychiater_in bei der Diagnosestellung entlasten können. Die Forschenden stellen die Thematik mit vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur dar.</p>	<p>Sie wählten eine Querschnittsstudie. Dieses Design ist in Anbetracht der Forschungsfragen angebracht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sind intern valide, da sie tatsächlich das messen, was sie messen sollen und somit glaubwürdige Ergebnisse liefern. Die externe Validität ist ebenfalls gegeben da sich die Ergebnisse auch außerhalb dieser Forschungsarbeit anwenden lassen Die Stichprobe besteht aus Stroke-Betroffenen mit kognitiven und kommunikativen Einschränkungen. Somit ist diese auf die Gesamtpopulation übertragbar. Die Stichprobengröße wird von den Forschenden als eher klein kritisiert. Alle Daten wurden von einer Forschungspflegefachperson eingeholt. Das PCD diente als Goldstandard. Die gewählten Messinstrumente wurden anhand bereits bestehender Literatur auf ihre Reliabilität und Validität geprüft. Die Verfahren der Datenanalyse werden ausreichend beschrieben um. Der Psychiater_in war gegenüber den Ergebnissen der Screeninginstrumente blind und führte eine strukturierte umfassende psychiatrische Beurteilung auf der Grundlage der üblichen klinischen Praxis durch. Zu den Einschränkungen dieser Studie gehören ihre relativ kleine Stichprobengröße und die Abhängigkeit von den Fähigkeiten eines Psychiater_in für die PCD. Außerdem hat dieselbe Forschungspflegefachperson sowohl die GMS als auch die MADRS durchgeführt. Zu den Stärken der Studie gehört jedoch die Tatsache, dass es nur wenige Ausschlusskriterien gab, so dass die Stichprobe die reale klinische Umgebung widerspiegelte. Darüber hinaus war der "Goldstandard" ein erfahrener Psychiater_in mit spezifischer Ausbildung, was darauf hindeutet, dass andere Psychiater_in wahrscheinlich ähnliche Diagnosen stellen würden. Die MADRS verlangt, dass der Patient bis zu einem gewissen Grad kommunizieren kann, und erfordert eine gewisse Ausbildung in der Durchführung, kann aber sowohl von medizinischem als auch von Pflegepersonal angewendet werden. Sein Hauptvorteil gegenüber dem GMS besteht darin, dass es weniger Schulung erfordert und weniger zeitaufwendig ist (es dauert etwa 20 Minuten gegenüber 60 Minuten).</p>	<p>Die Ergebnisse werden präzise in Textform und in Grafiken dargestellt.</p>	<p>Die Resultate werden von den Forschern diskutiert, auch wird auf die eigene Fragestellung eingegangen. Sie geben ebenfalls Empfehlungen und weiteren Forschungsbedarf an. Es ist wichtig das die Durchführung der Screeninginstrumente durch Pflegefachpersonen in weiteren Studien untersucht werden. Die Stärken und Schwächen wurden aufgewogen. Diese Studie ist für die Pflegepraxis sehr wertvoll, da sie beschreibt, dass Pflegefachpersonen geeignet sind eine PSD anhand der geprüften Instrumente zu erfassen. Es wäre möglich diese Studie in anderen Settings, wie beispielsweise auf Stroke Units oder Rehabilitationseinrichtungen zu wiederholen. Dies könnte aufschlussreiche Ergebnisse liefern.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: Die Ergebnisse könnten von den Forschern abhängig sein, dass die Forschungspflegefachperson beide Instrumente beim gleichen Patient_in getestet hat.

Reliabilität, Zuverlässigkeit: Die verwendeten Messinstrumente wurden nach Objektivität und Validität überprüft. Die Studie könnte durch andere Forschende wiederholt werden.

Validität, Gültigkeit: Das Design ist passend, die Datenanalyse ist nachvollziehbar.

6 S-Evidenzlevel: Stufe 6, es handelt sich um eine Originalstudie die aus dem Journal of advance nursing (JAN), dieses Journal ist peer-reviewed

Referenz: C. Elizabeth Lightbody, Malcolm Auton, Robert Baldwin, Bernard Gibbon, Samantha Hamer, Michael J. Leathley, Chris Sutton & Caroline L. Watkins

Zusammenfassung der Studie: The use of nurses and carers observation in the identification of poststroke depression (2007)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Eine Post-Stroke Depression (PSD) ist häufig und beeinträchtigt die Genesung und Rehabilitation des/der Betroffenen. Besonders problematisch ist die Erkennung von Depressionen bei Patient_innen mit kommunikativen- und kognitiven Beeinträchtigungen. Screening-Instrumente, die sich ausschließlich auf die Beobachtung stützen, könnten in dieser Gruppe von Vorteil sein. Deshalb befasst sich diese Studie mit der Erfassung einer Post-Stroke Depression mittels der Signs of Depression Scale (SODS).</p> <p>Das Ziel dieser Studie ist die Genauigkeit und den Nutzen des SODS zu bestimmen, wenn Pflegefachpersonen oder Betreuungspersonen (Carer) diesen zur Erkennung einer PSD verwenden.</p> <p>Forschungsfragen: - Welche diagnostische Genauigkeit (Sensitivität, Spezifität und Effizienz) hat das SODS bei der Identifizierung von Depressionen bei Patient_innen nach einem Stroke im Vergleich zum Goldstandard - Wie ist die Übereinstimmung der SODS-Ratings, wenn sie von Pflegefachpersonen und Betreuungspersonen unabhängig voneinander bewertet werden?</p>	<p>Es wurde eine Querschnittsstudie zum Methoden-Screening mit einer willkürlichen Stichprobe von Stroke-Betroffene durchgeführt. Die teilnehmenden Patient_innen wurden systematisch ausgewählt. Patient_innen mit einem akuten Stroke, die sich am Tag des Besuches der Forschungspflegefachperson noch im Krankenhaus befanden, wurden in die Studie einbezogen.</p> <p>Nicht eingeschlossen waren Patient_innen: die bewusstlos waren, medizinisch untauglich, nicht zur Teilnahme bereit waren, nicht in der Lage waren eine informierte Einwilligung zu geben und keinen Betreuer_in oder Verwandten hatten, der die Zustimmung geben konnte, oder die entlassen wurden bevor die Beurteilung durch die Pflegefachperson oder den Psychiater_in abgeschlossen werden konnte.</p> <p>Als Bewertungsinstrument für die Studie wurde ein strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (PCD) gewählt. Der PCD-Interviewer wurde ermutigt, alle Informationsquellen für seine Bewertung zu nutzen, wie z.B. klinische Aufzeichnungen, Beobachtungen von Familienmitgliedern und klinischem Personal, sowie den Bericht des Patienten_in und die direkte Beobachtung.</p> <p>Datenerhebung Alle Teilnehmer wurden von der Forschungspflegefachperson beurteilt. Es wurden demographische Daten (einschließlich Alter und Geschlecht) sowie Art und Schwere des Strokes erhoben. Die kognitiven Fähigkeiten wurden mit dem Rivermead Verhaltensspeichertest (RBMT) und die Kommunikationsfähigkeiten mit dem Frenchay Aphasie-Screeningtest (FAST) bewertet.</p> <p>Die für die Pflege jedes Patienten_in verantwortliche Pflegefachperson und ein Betreuer_in (sofern verfügbar) bewerteten unabhängig voneinander die Stimmung des Patienten_in mit Hilfe des SODS. Ein erfahrener Psychiater_in stellte mit Hilfe des SCID für jeden Teilnehmer_in eine Diagnose. Alle Fälle wurden anschließend vom Psychiater_in in Form einer 'Vignette' mit zwei weiteren erfahrenen Psychiater_innen, die keinen Kontakt zu den Teilnehmer_innen hatten, besprochen. Es wurde ein Konsens über das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Depression erreicht, was als unabhängiger Goldstandard angesehen wurde. Pflegefachpersonen und Betreuungspersonen die das SODS bewerteten, waren blind für die Bewertungen des jeweils anderen.</p> <p>Die Daten wurden in SPSSS eingegeben und mit SPSS und STATA ausgewertet. Deskriptive Statistiken wurden für den Case-Mix und die Prävalenz von Depressionen berechnet. Der Grad der Übereinstimmung wurde mit Hilfe des Intra-Klassen-Korrelationskoeffizienten (ICC) gemessen. Für binäre Daten wurde die Übereinstimmung mit der Kappa (j)-Statistik gemessen Die Studie wurde von der lokalen Forschungsethikkommission genehmigt.</p>	<p>Der Psychiater_in stuft 25/71 Patient_innen als depressiv ein. Anhand des empfohlenen Grenzwertes von 2 oder mehr auf der SODS stuften die Pflegefachperson und die Betreuungsperson 27/71 bzw. 18/30 Patient_innen als potentiell depressiv ein. Der Anteil der Patient_innen, die durch Pflegefachpersonen korrekt als depressiv identifiziert wurden (Sensitivität), betrug 64%, und der Anteil der nicht depressiven Patient_innen, die durch den Test korrekt identifiziert wurden (Spezifität), betrug 61%. Während die Betreuungsperson eine Sensitivität von 90% und eine Spezifität von 35% erreichten. Der optimale Schnittpunkt für Betreuungspersonen war mit 4 oder mehr, höher. Die Übereinstimmung zwischen Pflegefachpersonen und Betreuer_innen auf der Skala der Depressionszeichen war fair. Somit ist das SODS an diesem Schnittpunkt weder für das Pflegepersonal noch für die Betreuungspersonen sehr effizient, obwohl die Betreuungspersonen genauer waren, wenn sie eine Depression erkannten. Die einzelnen Items des SODS wurden auch im Vergleich zur Diagnose des/der Psychiater_in untersucht.</p>	<p>Das SODS, wenn es von einer Pflegefachperson fertiggestellt wurde, hat nicht besonders gut funktioniert. Wenn das SODS jedoch von einer Betreuungsperson ausgefüllt wurde, hatte es eine mäßige Sensitivität und hohe Spezifität, was darauf hindeutet, dass es ein gutes Screeninginstrument sein könnte.</p> <p>In dieser Studie gab es keinen klaren optimalen Cut-Point für das SODS, wenn es von einer Pflegekraft bewertet wurde, obwohl der zufriedenstellende, 1/2, mit früheren Studien übereinstimmte.</p> <p>In der klinischen Praxis wird das SODS in der Regel vom Pflegepersonal auf den Stationen durchgeführt, so dass diese Ergebnisse mit den Bewertungen der Pflegefachpersonen enttäuschend sind. Dafür kann es mehrere Gründe geben: Die Ausbildung von Pflegefachpersonen und Betreuungspersonen schließt die psychologische Betreuung ein, und es kann davon ausgegangen werden, dass sich Pflegefachpersonen und Betreuungspersonen in einer idealen Position befinden, um Depressionen nach einem Stroke zu erkennen. Wenn sich die Ausbildung jedoch hauptsächlich auf ein biologisch/medizinisches Modell konzentriert, ist das Pflegepersonal möglicherweise nicht in der Lage, Depressionen nach einem Stroke zu erkennen, bei denen die Symptome der Depression durch die Folgen des Strokes überdeckt werden können.</p> <p>In anderen Studien wurde festgestellt, dass das Pflegepersonal Depressionen nur schlecht erkennt.</p>

Würdigung der Studie: The use of nurses and carers observation in the identification of poststroke depression (2007)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Autoren_innen befassen sich mit der Genauigkeit und Effizienz der SODS, durchgeführt von Betreuungspersonen und Pflegefachpersonen und vergleichen die Ergebnisse. Dies ist im stationären Alltag sehr wichtig, da Betreuungspersonen und Pflegefachpersonen als Ressource zur Erfassung einer PSD beitragen können.</p> <p>Die Forschungsfragen wurden sehr klar und präzise definiert. Sie machen Hypothesen anhand von anderen Studien und stützen ihre Aussagen mit der vorhandenen Evidenzlage.</p>	<p>Da die Forschenden die Genauigkeit und Effizienz eines Messinstrumentes bei einer bestimmten Population messen möchten ist das gewählte Studiendesign angemessen. Auch die Auswahl der Stichprobe und die Kriterien zum Einschluss können auf die Gesamtpopulation übertragen werden. Denn diese Studie schliesst auch alle Patient_innen mit Kommunikations- und Gedächtniseinschränkungen mit ein, die eine häufige Folge eines Strokes sind und eine Depression begünstigen. Die Daten wurden bei allen Teilnehmer_innen gleich erhoben. Die statistischen Verfahren werden genau benannt und für den Leser erläutert. Auch die Messinstrumente (SODS, FAST, RBMT) werden auf Reliabilität und Validität überprüft und nachvollziehbar erläutert. Mögliche Verzerrungen und Cutoffs wurden berücksichtigt.</p> <p>Ethische Überlegungen Potenzielle Teilnehmer_innen (Patient_innen und Betreuer_innen) wurden sowohl mündlich als auch schriftlich informiert, dass die Teilnahme freiwillig ist und ihre Krankenhausversorgung nicht beeinträchtigt und dass sie sich jederzeit vorurteilsfrei zurückziehen können. Das Datenschutzgesetz (Her Majesty's Stationery Office 1998) wurde zum Schutz der Vertraulichkeit der Patient_innen angewendet. Die Daten der Patient_innen wurden anhand von Studiennummern identifiziert, unabhängig davon, ob sie in Papier- oder elektronischem Format vorlagen.</p>	<p>Die Ergebnisse sind sehr präzise dargestellt. Grafiken sind vorhanden.</p> <p>Obwohl 71 Patient_innen an der Studie teilnahmen, konnten nur 30 pflegerische SODS-Bewertungen erzielt werden.</p>	<p>Die signifikanten Resultate der Studie werden diskutiert. Sie geben nachvollziehbare mögliche Gründe für die Ergebnisse, Beispielsweise die schlechte Erkennung von beobachtbaren Anzeichen einer Depression durch das Pflegepersonal. Zum einen beschreiben sie, dass zeitliche Beschränkungen das Pflegepersonal davon abhalten könnte, eingehende emotionale Gespräche mit den Patient_innen zu führen, weil sie keine Fragen oder Bedenken äußern wollen, für die sie keine Zeit haben. Auch könnte die Genauigkeit der Berichterstattung des SODS durch die strengen Forschungskriterien beeinträchtigt worden sein.</p> <p>Sie sagen aus, dass im Gegensatz zu anderen Studien, die SODS-Bewertung im Rahmen einer Forschungsstudie und nicht im Rahmen der Routineversorgung durchgeführt wurde. Somit vergleichen sie die meisten Ergebnisse mit vorhandener Literatur.</p> <p>Die Stärken und Schwächen der Studie wurden aufgewogen. Die Ergebnisse können zwar in die Praxis umgesetzt werden, jedoch wird das von den Autor_innen nicht ohne weitere Forschung empfohlen. Da sich gezeigt hat, dass das Pflegepersonal aus verschiedenen in der Studie beschriebenen Gründen bei der Erfassung mittels der SODS schlecht abgeschnitten hat. Trotzdem ist es möglich die Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen, beispielsweise in einem Altersheim, da Betreuungspersonen besser abgeschnitten hatten.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität:

Die Ergebnisse sind aufgrund des Designs nicht von anderen Einflüssen abhängig. Die Teilnehmer_innen wurden systematisch ausgewählt. Pflegefachperson und Betreuer_in waren blind für die Bewertungen des anderen. Die Ergebnisse wurden mit einem psychiatrischen Befund verglichen. Dies ist der Goldstandard.

Reliabilität, Zuverlässigkeit:

Die verwendeten Messinstrumente wurden nach Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft. Die Studie könnte durch andere Forschende wiederholt werden.

Validität, Gültigkeit:

Das Design ist passend, die Datenanalyse nachvollziehbar.

6 S-Evidenzlevel:

Stufe 6, es handelt sich um eine Originalstudie, die im Journal of Advanced Nursing veröffentlicht wurde, dieses ist peer-reviewed

Referenz: Anu Berg, Lic Psych; Jouko Lönnqvist, MD; Heikki Palomäki, MD; Markku Kaste, MD

Zusammenfassung der Studie: Assessment of Depression after Stroke a comparison of different screening instruments (2009)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In der vorliegenden Studie geht es um Assessmentinstrumente zur Erfassung einer Depression bei Stroke-Betroffenen. Sie beschreiben, dass etwa ein Drittel der Stroke-Betroffenen von einer Post-Stroke Depression betroffen sind.</p> <p>Das Hauptthema der Studie ist die Frage, wie man eine Depression nach einem Stroke zuverlässig erkennen und diagnostizieren kann.</p> <p>Sie beschreiben das eine Vielzahl von selbstbewerteten Stimmungsskalen wie beispielsweise die Beck Depression Inventory, nicht für Patient_innen mit einem Stroke konzipiert sind. Da diese in der Regel eine Vielzahl von körperlichen und kognitiven Beeinträchtigungen haben, kann es zu Schwierigkeiten bei der Verwendung dieser Instrumente führen. Auch vegetative Symptome eines Strokes wie Müdigkeit etc. können auch auf eine Depression hinweisen. Eine Aphasie kann es sogar unmöglich machen, eine Depression auf normale Weise zu beurteilen.</p> <p>Deswegen werden mehrere Instrumente untersucht, die häufig bei der Beurteilung von Post-Stroke Depressionen verwendet werden. Auch ihre Messeigenschaften werden kritisch überprüft.</p>	<p>Die Studie zeigt ein quantitatives Forschungsdesign auf. Die Forschenden verglichen das Beck Depression Inventory (BDI), die Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) und die Visual Analogue Mood Scale (VAMS). Die Bewertung fand durch die Bevollmächtigten und den klinischen Gesamteindruck des Pflege- und Studienpersonals statt. Sie verwendeten diese anhand des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, bei der Beurteilung von Depressionen nach Stroke in einer Follow-up-Studie mit 100 Patient_innen.</p> <p>Die Patient_innen wurden nach 2 Wochen und nach 2, 6, 12 und 18 Monaten nach dem Stroke untersucht. Es wurden Patient_innen mit einem ischämischen Stroke in die Studie einbezogen.</p> <p>Patient_innen im Alter >70 Jahren, Alkoholabhängigkeit, Demenz, Psychose, aktueller Antidepressiva Behandlung oder schwerer Begleiterkrankung wurden ausgeschlossen. Das Durchschnittsalter der Patient_innen lag bei 55,2 Jahren und 68 der Patient_innen waren männlich.</p> <p>Die Schwere des Strokes wurde mit der Scandiinavian Stroke Scale (SSS) gemessen und die kognitiven Funktionen mit einer umfassenden neuropsychologischen Testbatterie einschließlich eines Albert Tests und Fingerklopfens gefolgt von einer Aphasie mit der Western Aphasia Battery.</p> <p>Die Depression wurde mit dem DSM-III-R2 von einem/einer Neurologe_in diagnostiziert.</p> <p>Die Patient_innen absolvierten das Selbstbewertungsinstrument BDI, das HRSD wurde vom/von Neuropsychologe_in als Beobachtungsinstrument eingesetzt.</p> <p>Der/die Neurologe_in, Neuropsychologe_in und die Pflegefachperson bewerteten den Patienten_in mit einem Clinical Global Impression (CGI); in weiteren Analysen verwendeten Sie den Mittelwert dieser CGI-Bewertungen.</p> <p>In der Akutphase bewertete eine Pflegefachperson auf der Station, die den Patienten_in betreut, mittels CGI während der klinischen Routinearbeit. Nach 6 Monaten und nach 18 Monaten wurden die Betreuer_in gebeten, die Stimmung der Patienten_in durch den Abschluss des BDI zu beurteilen. Die Stimmung der Pflegefachpersonen wurde mit dem BDI in der Akutphase, nach 6 Monaten und nach 18 Monaten bewertet.</p> <p>Die internen Konsistenzen des BDI und des HRSD werden mit Cronbachs alpha gemessen. Die Einweg-Varianzanalyse wird verwendet, um verschiedene Symptome zwischen verschiedenen Patientengruppen zu vergleichen.</p>	<p>Von den 100 Patient_innen, die in die Studie einbezogen wurden, setzten 100 die Studie nach 2 Monaten, 96 nach 6 Monaten, 93 nach 12 Monaten und 92 nach 18 Monaten fort. Von allen Patient_innen in der Akutphase konnten etwa 90% mit dem DSM-III-R, BDI und HRSD beurteilt werden. Das CGI erreichte die höchste Anwendbarkeit und die VAMS die niedrigste. Im Follow-up reichten die Raten von 92% bis 96% bei DSM-III-R, BDI und HRSD bis 99% bis 100% beim CGI.</p> <p>Die Durchführbarkeitsraten aller untersuchten Bewertungsinstrumente waren ziemlich ähnlich, aber die Prävalenzraten unterschieden sich je nach Bewertungsinstrument, von den niedrigsten Raten mit einem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition bis hin zu 3-fach mit der Pflegebewertung. Die Sensitivität und Spezifität gegenüber den Kriterien des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders war mit dem Clinical Global Impression, Beck Depression Inventory und der Hamilton Rating Scale for Depression akzeptabel, meist im Bereich von 0,70 bis 1,00. Die Pflegebewertungen waren höher als die Patientenbewertungen (P 0,001) und korrelierten mit dem eigenen Beck Depression Inventory (0,60 bis 0,61, P 0,001) des Pflegepersonals. Die</p>	<p>Zusammenfassend lässt sich sagen, dass selbstbewertende Instrumente wie der BDI nützlich sind, um Depressionen bei Patient_innen mit Stroke zu erkennen. Der BDI benötigt keine psychiatrischen Fachkräfte oder speziell ausgebildetes Personal und ist in seiner Sensibilität zufriedenstellend.</p> <p>Das CGI der Fachleute lieferte eine recht zufriedenstellende Screening-Anleitung für die weitere Beurteilung. Die Pflegefachpersonen identifizierten die meisten Patient_innen mit Depressionen, aber ihre Einschätzung war schlecht in der Spezifität. Es sind weitere Untersuchungen zur beobachteten und CGI-basierten Bewertung erforderlich, anstatt sich auf VAMS- und Proxy-Ratings (Bevollmächtigte) zu stützen.</p> <p>Die VAMS zeigte im ersten Jahr nach dem Stroke und insbesondere bei Patient_innen mit Aphasie und kognitiver Beeinträchtigung eine unzureichende Empfindlichkeit und/oder Spezifität. Bevollmächtigte bewerten die Depressionen der Patient_innen oft als schwerer als die der Patient_innen selbst, und ihre Bewertungen scheinen von ihrer eigenen Depression beeinflusst zu werden.</p> <p>Verschiedene Bewertungsmethoden können auf etwas unterschiedlichen Symptomen beruhen, was auch ein wichtiger Punkt sein kann, da sich die Symptome einer charakteristischen Depression während des Übergangs von der akuten Phase zu einer chronischen Nachbehandlungsphase ändern können.</p>

	<p>Basierend auf den Ergebnissen für die einzelnen Positionen des BDI, wurde ein Diskriminanzmodell berechnet, das vorhersagt, ob Patienten nach den verschiedenen verwendeten Bewertungsmethoden als depressiv oder nicht depressiv eingestuft werden. Dann wurden Korrelationskoeffizienten mit der Diskriminanzfunktion für jeden der einzelnen Positionen ermittelt. Spearman-Korrelationen, multiple lineare Regressionsanalyse und logistische Regressionsanalyse wurden auch verwendet, um einige Unterschiede zu modellieren. In allen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von 0,05 verwendet. Die Daten wurden mit dem SPSS Statistikpaket (SPSS, Inc., Chicago, Ill.) analysiert.</p> <p>Die Forschenden haben die Patient_innen mit ihren Pflegekräften in 2 Gruppen eingeteilt und die Variablen von Patient_in und Pflegekräften zwischen diesen Gruppen mit t-Tests verglichen. In der ersten Gruppe wurden die Patient_innen von Pflegekräften (BDI 10) als depressiv bewertet, aber nicht von den Forschenden (mittleres CGI nicht mehr als grenzwertig), während in der anderen Gruppe die Forschenden, aber nicht die Pflegekräfte, die Patient_innen als depressiv eingestuft haben. In der ersten Gruppe hatten die Betreuer_innen sowohl nach 6 Monaten als auch nach 18 Monaten höhere BDI's als in der zweiten Gruppe. Dies konnte mit der logistischen Regressionsanalyse bestätigt werden. Modelle mit Patienten-BDI, Pflegepersonal-BDI und SSS als Covarianz waren signifikant und der Pflegedienst BDI war der einzige unabhängige Signifikanzprädiktor.</p> <p>Land: Finnland (Helsinki)</p>	<p>Visual Analogue Mood Scale war kein empfindliches Instrument (Empfindlichkeit 0,20 bis 0,60) und korrelierte im ersten Jahr nach dem Stroke nicht mit dem Beck Depression Inventory.</p> <p>Bewertungen von Bevollmächtigten_innen sollten mit Vorsicht verwendet werden, und die Verwendung der Visual Analogue Mood Scale bei Patient_innen mit Aphasie und anderen kognitiven Beeinträchtigungen kann nicht empfohlen werden.</p>	
--	---	---	--

Würdigung der Studie: Assessment of Depression after Stroke a comparison of different screening instruments (2009)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Berg et al. setzten sich mit verschiedenen Assessmentinstrumenten zur Erfassung einer PSD auseinander. Sie beschreiben die Thematik anhand vorhandener Literatur. Auch die Dringlichkeit der Bearbeitung dieser Fragestellung wird anhand von demografischen Daten und Zahlen belegt.</p> <p>Da Patient_innen häufig in der Akutphase eines Strokes an einer Depression erliden, ist das Thema der Studie für Pflegefachpersonen von hoher Relevanz.</p>	<p>Da sie verschiedene Assessmentinstrumente miteinander vergleichen werden, ist ein quantitativer Forschungsdesign berechtigt. Die interne und externe Validität wurde überprüft. Interne Konsistenz BDI und HRSD wurde mittels Cronbachs Alpha erhoben Die Studie verwendet sinnvolle Statistische Methoden, um die Messverfahren zu überprüfen Signifikanzniveau von 0.05 Verschiedene Symptome zwischen den Patientengruppen wurden mittels One way Varianz- Analyse verglichen Allerdings wurde keine Interrater Reliabilität gemessen</p> <p>Die Forschenden haben gezielt Patientengruppen ausgeschlossen und dies begründet. Daher können die Ergebnisse nur auf Strok-Betroffene übertragen werden, die unter siebzig Jahre alt sind und vor dem Ereignis keine psychiatrischen Erkrankungen aufweisen.</p> <p>Die Stichprobengröße von 100 Teilnehmern, wird von den Autoren_innen selbst im Diskussionsteil als eher klein beschrieben. Von den 100 Patient_innen, die in die Studie einbezogen wurden, setzten 100 die Studie nach 2 Monaten, 96 nach 6 Monaten, 93 nach 12 Monaten und 92 nach 18 Monaten fort.</p> <p>Eine ethische Auseinandersetzung findet in der gesamten Studie nicht statt.</p> <p>Die Studie ist Teil einer Medikamentenstudie zur Behandlung einer PSD.</p>	<p>Die Ergebnisse werden genau beschrieben und in Tabellen grafisch dargestellt.</p>	<p>Alle Ergebnisse werden von den Autor_innen diskutiert. Schwächen und Stärken der Studie werden aufgezeigt, beispielsweise die Stichprobengröße sowie die Auswahl der Patient_innen. Auch diskutieren sie, weshalb die Ergebnisse Pflegefachpersonen oder Stellvertreter der Patient_innen viel höher waren als die der Patient_innen selbst. Grund dafür könnte ein Wunsch nach mehr Zuwendung für den Patient_innen seitens der Angehörigen sein.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität:

Die Ergebnisse sind von dem Forschungsteam unabhängig, da die Werte der Assessments mit einem psychiatrischen Befund verglichen wurden. Die Auswertung der Angehörigen könnte Einfluss auf das Ergebnis des Assessment haben, die die Depression immer höher einschätzten als die Betroffenen selbst.

Da diese Studie Teil eines Medikamentenstudie ist, könnte sich die Prävalenz über die Zeit verändern

Reliabilität, Zuverlässigkeit:

Die Assessmentinstrumente wurden von den Forschenden überprüft. Es ist durchaus möglich diese in einem anderen Setting zu wiederholen. Interrater Reliabilität nicht untersucht, weswegen sich die Durchführung evtl. unterscheiden kann.

Validität, Gültigkeit:

Da die Forschenden die Ergebnisse des Messinstrumentes mit einem psychiatrischen Befund verglichen haben, ist dies gegeben.

6 S-Evidenzlevel:

Stufe 6, da es sich um eine Originalstudie aus dem Journal American Heart Association handelt, dieses ist peer-reviewed

Referenz: Birgit Gurr

Zusammenfassung der Studie: Stroke mood screening on an inpatient stroke unit (2011)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Diese Studie beschreibt die Entwicklung und Evaluierung eines Stimmungs-Screening-Pfades (SSP) auf einer Stroke Unit im Krankenhaus, der nach den Kriterien der nationalen Stroke-Richtlinien, insbesondere dem National Stroke Sentinel Audit evaluiert wird.</p> <p>Das Ziel dieser Studie ist eine Pfad vorzustellen, welcher für Fachkräfte im Gesundheitswesen am besten geeignet ist, Betroffene in ihrer jeweiligen Phase der Rehabilitation zu screenen. Auch werden die kognitiven und sprachlichen Fähigkeiten der Betroffenen durch eine Auswahl an Stimmungs-messinstrumenten berücksichtigt. Nach Angaben der Stroke Association erleiden in Großbritannien jährlich etwa 150.000 Menschen einen Stroke, was 1,5-2,1% der Gesamtbevölkerung entspricht. Depressionen nach einem Stroke sind in hohem Maße mit schlechten kognitiven Fähigkeiten, Dysphasie, geringer Teilnahme an den täglichen Aktivitäten und sozialer Isolation verbunden. Dieser Artikel beschreibt die Implementierung und Evaluierung eines Stimmungs-Screening-Pfades zur Identifizierung von Patient_innen mit psychischen Problemen, um die Entwicklung von chronischen Problemen zu verhindern.</p>	<p>Das Studiendesign ist eine pro- und retrospektive Kohortenstudie. Insgesamt wurden 271 Patient_innen (36,42% der Aufnahmen im Jahr 2009) mit der Diagnose Stroke in die aufgenommen. Davon wurden 55 Akten (im Rückblick untersucht (Auswertungsstichprobe). Die restlichen 216 Patientenakten wurden in Echtzeit während des Krankenhausaufenthaltes analysiert.</p> <p>Die Auswertung umfasste Patient_innen mit allen Arten von Stroke-Diagnosen und allen Schweregraden des Strokes (ausser TIA). Es wurde eine Frequenzanalyse durchgeführt, um festzustellen, wie der SSP im Vergleich zu den klinischen Standards, die ein Screening aller Stroke-Betroffene auf psychische Belastung erfordert, aussieht. Der Pfad besteht aus einer Reihe von Stufen, die sich nach dem Rehabilitationsweg des Betroffenen richten. Jede Phase ist mit einer bestimmten Art von Stimmungsscreening verbunden.</p> <p>Erste Stufe Unmittelbar nach der Aufnahme ermittelt das Pflegefachpersonal anhand der Dokumentation, ob psychologische Bedürfnisse berücksichtigt wurden. Wenn dies der Fall war, mussten die Pflegefachpersonen angeben welche Interventionen ergriffen wurden.</p> <p>Zweite Stufe Ergotherapeut_innen stellen die adaptierten Yale-Fragen: "Haben Sie sich früher in Ihrem Leben schon einmal ängstlich oder depressiv gefühlt?"; "Fühlen Sie sich jetzt ängstlich oder depressiv aufgrund Ihres Strokes?" Die Antworten auf die oben genannten Fragen können den Therapeut_innen auf Probleme aufmerksam machen, die eine tiefere Untersuchung der Neuropsychologie erfordert.</p> <p>Dritte Stufe Das Stroke-Team bietet psychosoziale Gruppeninterventionen an. Als formale Stimmungsgrundlagen für die Gruppenteilnehmer_innen werden die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), die Brief Assessment Schedule Depression Cards (BASDEC) und die Depression Intensity Scale Circle (DISC) eingesetzt.</p> <p>Vierte Stufe Der/die Neuropsychologe_in der Einheit wird hinzugezogen, wenn Patient_innen mit psychologischen Bedürfnissen, die bereits früher auf dem Pfad identifiziert wurden, vorhanden sind.</p> <p>Fünfte Stufe Die Ergebnisse der Stimmungs-Screening-Verfahren werden in den wöchentlichen multidisziplinären Sitzungen zwischen den Fachkräften ausgetauscht. Die Behandlungen umfassen Kombinationen aus antidepressiven Medikamenten, psychosozialen Gruppeninterventionen, kognitiver Rehabilitation und individueller Psychotherapie.</p>	<p>Ein Screening wurde bei 241 (88,9% der Auswertungsstichprobe) Patient_innen mit einer der im Pfad beschriebenen Methoden durchgeführt.</p> <p>Bei 198 Patient_innen (73,1% der Auswertungsstichprobe) wurde die adaptierte Yale Frage gestellt. Neunzehn Patient_innen (7% der Stichprobe) gaben an, dass sie in der Vergangenheit eine Depression hatten, und neun Patient_innen (3,3 % der Stichprobe) berichteten über frühere Ängste. Depressionen als Folge ihres Strokes wurde von 15 Patient_innen (5,5% der Stichprobe) und Angstzustände von 16 Patient_innen (5,9%) angegeben.</p> <p>Patient_innen, die an beiden Interventionen teilnahmen, wurden nur einmal gescreent.</p> <p>Insgesamt wurden 34 Patient_innen (12,5%) mit dem HADS untersucht. Einundzwanzig Patient_innen erreichten auf der Angst-Subskala eine Punktzahl von 4 und mehr (7,7% der Auswertungsstichprobe). 27 Patient_innen erreichten auf der Depressions-Subskala eine Punktzahl von 4 und mehr (10% der Auswertungs-stichprobe).</p> <p>Weitere vier Patient_innen erhielten die BASDEC und sieben schlossen die DISC ab.</p> <p>Achtunddreißig (18,6%) nahmen an einer oder beiden psychosozialen Gruppen teil. Einundzwanzig (10,3%) nahmen an individuellen psychologischen Stimmungsanalysen teil, gefolgt von neuropsychologischen Interventionen.</p>	<p>Mit dem SMS konnte das Rehabilitationsteam Stimmungsstörungen bereits in einem sehr frühen Stadium nach der Aufnahme des Patienten_in erkannt werden. Gute Kommunikationswege zwischen den Rehabilitations-mitarbeitern und einfache Überweisungen in die Neuropsychologie, ermöglichten schnelle und effiziente Reaktionen auf aufkommende Stimmungsstörungen. Dieser Stimmungs-Screening-Pfad unterscheidet sich von den Pfaden und Protokollen, die von einigen anderen Diensten verwendet werden, dadurch, dass er die Reise des Patienten_in durch das Rehabilitationsprogramm begleitet. Folglich ist dieser Weg sowohl patienten- als auch personalzentriert. Ein kleiner Prozentsatz der Patient_innen, die in diese Auswertung einbezogen wurden, zeigten Symptome von Angst und Depression, entweder auf der HADS oder der angepassten Yale Frage. Dieses Ergebnis entspricht dem unteren Ende der von Johnson et al (2006) angegebenen Inzidenzrate. Es könnte auch die Hypothese aufgestellt werden, dass der relativ geringe Prozentsatz an Angst- und Depressionssymptomen auf das schnelle Ansprechen der Behandlung von Stimmungsstörungen nach einem Stroke zurückzuführen ist. Es könnte möglich sein, dass die "Echtzeit"-Daten vollständiger waren als die retrospektiven Daten, die sich auf die Einträge in den Krankenakten in Papierform stützten.</p>

Würdigung der Studie: Stroke mood screening on an inpatient stroke unit (2011)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Entwicklung und Evaluierung eines Stimmung-Screening-Pfades als Basismassnahme auf einer Stroke Unit ist eine praxisrelevantes Thema. Dies begründet die Autorin mit vorhandener Literatur sowie mit demografischen Daten aus England.</p> <p>Da das Pflegepersonal häufig nicht ausreichend mit der Thematik PSD und dessen Screening sensibilisiert ist, kann ein Pfad das Pflegepersonal dabei unterstützen eine PSD rechtzeitig zu erkennen. Deswegen sind die Entwicklung und Evaluierung eines Pfades sehr hilfreich.</p> <p>Die wichtige Hypothese dieser Studie ist, dass die Anwendung der Diagnostic and Statistical Manual Fourth Edition (DSM-IV) zur Erfassung einer PSD nicht die geeignetste Art und Weise ist, da die PSD keiner DSM-IV Depressionsdiagnose entspricht.</p>	<p>Die Forscherin wählte eine retro- und prospektive Kohortenstudiendesign. Dies ermöglichte ihr zum einen besonders viele Patientenakten zu bearbeiten und mit einander zu vergleichen. Zum anderen hatten alle Patient_innen die gleichen Merkmale.</p> <p>Die Auswahl der Screening-Maßnahmen (Messinstrumente) erfolgte auf der Grundlage ihrer Validität für Stroke-Betroffene, ihrer Praktikabilität in der Anwendung und ihrer Zugänglichkeit unter Berücksichtigung der Fähigkeiten und Behinderungen der Patient_innen. Dadurch, dass auch Patient_innen miteingeschlossen wurden, die sehr krank waren oder Sprachstörungen hatten, können die Ergebnisse auf die Gesamtpopulation der Stroke-Betroffenen übertragen werden.</p> <p>Insgesamt 107 Patient_innen (39,5% der Auswertungsstichprobe) wurden vom Pflegepersonal gescreent und die Ergebnisse in der Patientenakte dokumentiert. 45 Fälle waren unklar. In 48 Fällen wurden die Registrierungsformulare nicht ausgefüllt. In allen anderen Fällen fehlten Daten.</p> <p>Die Forscherin geht in der Studie nicht darauf ein, welche statistischen Verfahren sie zur Datenanalyse verwendet hat. Auch ethische Aspekte wurden nicht ausformuliert.</p>	<p>Die Ergebnisse sind logisch nachvollziehbar. Sie wurden durch Grafiken dargestellt und vor allem im Diskussionsteil genauer beschrieben.</p>	<p>Die Forscherin diskutiert die Resultate ausführlich. Beispielsweise beschreibt sie, dass es wahrscheinlich ist, dass Patient_innen gescreent werden, bevor sich Stimmungssymptome entwickeln.</p> <p>Sie vergleicht die Resultate der HADS und der angepassten Yale Frage mit vorhandener Literatur von Johnsons et al (2006) und bestätigt somit seine angegebene Inzidenzrate.</p> <p>Stärken und Schwächen werden bei den methodischen Überlegungen und bei den Schlussfolgerungen etwas erläutert.</p> <p>Die Studie ist sehr sinnvoll, da es einen einfachen evidenzbasierten Pfad aufweist, den Pflegefachpersonen bei der Behandlung von Stroke-Betroffenen verwenden können, um eine PSD rechtzeitig zu erkennen. Ausserdem geht dieser gleichzeitig auf Ängste ein, die aufgrund des Strokes aufgetreten sind. Auch werden ab der dritten Stufe Interventionen aufgezeigt, die Depression zu behandeln.</p> <p>Die Studie kann durchaus in andere Settings übertragen werden und ist pflegepraxisorientiert.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität:

Reliabilität, Zuverlässigkeit:

Validität, Gültigkeit:

6 S-Evidenzlevel:

Die Ergebnisse sind aufgrund des Designs nicht von anderen Einflüssen abhängig

Die verwendeten Messinstrumente wurden nach Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft. Die Studie könnte durch andere Forschende wiederholt werden.

Das Design ist passend, zur Datenanalyse werden keine Angaben gemacht.

Stufe 6, es handelt sich um eine Originalstudie, die im British Journal of Nursing veröffentlicht wurde, dieser ist peer-reviewed

Zusammenfassung der Studie: Screening for Poststroke Depression using the Patient health questionnaire (2012)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>PSD wird häufig nicht erkannt</p> <p>Strukturierte Screenings könne Pflegefachpersonen helfen, Symptome einer Depression nach einem Stroke zu erkennen</p> <p>Ziel: die Reliabilität, die Validität und die klinische Anwendung des PHQ 2 und 9 zu untersuchen</p> <p>Resultate werden mit dem Geriatric depression scale 15 verglichen</p> <p>Das Screening von Depressionen nach Stroke wird als wichtige Aufgabe der Pflegefachpersonen angesehen (de Man-van Ginkel et al., 2010). Die Wahrscheinlichkeit ist grösser, dass eher ein kurzes und nützliches Instrument verwendet wird</p>	<p>Design: Quantitative, observational, longitudinal study</p> <p>Setting: in Zwei Spitälern (Universität und ein allgemeines Spital), sowie in einer Rehabilitation in den Niederlanden</p> <p>Sample: Stroke-Betroffene hospitalisiert mit intracerebraler Blutung oder ischämischen Infarkt, ohne Kommunikationsprobleme n=55 (n=30 Spital; n= 25 Rehabilitation)</p> <p>Pflegefachpersonen n= 43 (im Spital n= 34; n=9 Rehabilitation)</p> <p>Ausgeschlossen: Patient_innen mit schweren kognitiven Einschränkungen, gemessen mit MMS (Minimal mental scale Folstein & Mc Hugh 1975)</p> <p>Patient_innen mit Kommunikationsstörungen basierend auf klinischer Beurteilung (Frenchay Aphasia- Screening-Test, Enderby & Cow, 1996)</p> <p>Andere psychiatrische Komorbidität als affektive Störung, gemäss Anamnese oder Patientendokumentation</p> <p>Vorhandensein einer depression Störung zu Beginn des Strokes</p> <p>- Voraussichtliche Entlassung oder Tod innerhalb der ersten 14d</p> <p>Zu krank um zu partizipieren</p> <p>Ethik: die ethische Genehmigung wurde von der Ethikkommission des Universitätsklinikums Utrecht und den anderen teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen eingeholt</p> <p>Datenerhebung: Depression wurde mittels PHQ 2 und PHQ 9 gemessen</p> <p>Items wurden mittels einer 4 Punkte Likert Skala bewertet</p> <p>Punktzahl reicht von 0(Symptom nicht vorhanden) bis 3 (alle Symptome fast täglich vorhanden)</p> <p>PHQ 2 betrifft nur die ersten zwei Fragen</p> <p>Für das PHQ 9 werden die einzelnen Beratungspunkte summiert (0= keine Depression, 27= alle Symptome treten fast täglich auf)</p>	<p>157 Patient_innen wurden aufgenommen, 96 haben Einschlusskriterien nicht erfüllt, 6 Patient_innen gingen verloren, bevor die Daten erhoben werden konnten</p> <p>Baismerkmale der Teilnehmer unterscheiden sich geringfügig in Bezug auf Alter, Lokalisation und Zeit</p> <p>PHQ 9 wurde für 53 der 55 Patient_innen abgeschlossen</p> <p>PHQ9-> 26% hatten eine schwere Depression</p> <p>In der Rehabilitation-> leichte oder mittelschwere Depression</p> <p>Spital-> mittelschwere bis schwere Depression</p> <p>Reliabilität</p> <p>Die Validität von PHQ-2 und PHQ-9 gegenüber dem GDS-15 zeigte Pearson-Korrelationen von 0,7 (p <0,01) bzw. 0,8 (p <0,01). Beim Screening auf Major Depression lag der optimale Cutoff-Wert für PHQ-9 bei 10, was eine Sensitivität von 100%, 95% CI [100%, 100%], eine Spezifität von 86%, 95% CI [72%, 100%], ein positiver vorhergesagter Wert von 50%, 95% CI [9%, 90%] und ein negativer vorhergesagter Wert von 100%, 95% CI [100%, 100%]. Der optimale Cutoff-Wert für das PHQ-2 war 2, mit einer Sensitivität von 100%, 95% CI [100%, 100%], einer Spezifität von 77%, 95% CI [60%, 95%], was positiv vorhergesagt wurde Wert von 38%, 95% CI [4%, 71%] und ein negativer vorhergesagter Wert von 100%, 95% CI [100%, 100%]</p> <p>Die Rangkorrelation nach Spearman wurde verwendet und auf der Summenpunktzahlebene berechnet, um die Zuverlässigkeit des erneuten Tests zu berechnen, wobei ein Wert von 0,75 erhalten wurde (p <0,001). Die mittlere Zeit zwischen diesen Messungen betrug 2,1 Tage (SD = 0,3). Die interne Konsistenz des PHQ-9 war stark (insgesamt Cronbachs & agr; = 0,79) und für das PHQ-2 ausreichend (insgesamt Cronbachs & agr; = 0,68).</p> <p>Validität und diagnostische Genauigkeit</p> <p>Die Validität von PHQ-2 und PHQ-9 gegenüber dem GDS-15 zeigte Pearson-Korrelationen von 0,7 (p <0,01) bzw. 0,8 (p <0,01).</p> <p>Klinische Anwendbarkeit</p> <p>Der klinische Fragebogen wurde von 43 Pflegefachpersonen 90 Mal ausgefüllt. Die durchschnittliche Zeit bei der Durchführung des PHQ 9 war 10,7 Minuten (SD = 5,8), fast alle Pflegefachpersonen hielten dies für eine akzeptable Zeitspanne (93-100%). Als benutzerfreundlich empfunden. Je häufiger sie es verabreichten, desto einfacher war es (81% -100%)</p>	<p>Diskussion</p> <p>Durchführung des PHQ 9 dauerte doppelt so lange, als in anderen Studien untersucht (Spitzer, Kroenke & Williams, 1999)</p> <p>→ möglicher Grund könnten kognitive Probleme der Patient_innen sein</p> <p>Screening auf PSD durch ausgebildete Pflegefachpersonen führt zu einer korrekten Identifizierung (Lightbody et al., 2007)</p> <p>Dieses Ergebnis wird durch Edwards et al 2006 belegt</p> <p>Die Teilnehmenden Pflegefachpersonen waren ausgebildete Pflegefachpersonen mit und ohne Bachelorabschluss</p> <p>→ unklar ob das Bildungsniveau die Ergebnisse bei der Erfassung des PHQ 9 beeinflusst</p> <p>Zuverlässigkeit des PHQ-9-Test-Retest war in dieser Studie etwas geringer als in anderen Studien (Kroenke et al., 2001; Lowe et al., 2004). Dies könnte auf Unterschiede in der Depressionsprävalenz zurückzuführen sein, die früh in der akuten Phase nach einem Stroke zunimmt (Nys et al., 2005). Daher kann sich die Prävalenz der Symptome über die Messzeitpunkte unterscheiden, wodurch die Stärke der Korrelation verringert wird, was die Beziehungsergebnisse der Studie möglicherweise unterschätzen kann.</p> <p>Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Kleine Stichprobe und Teststichprobengrösse - Verwendung des GDS 15 als Referenztest - nur 8,4% der niederländischen Stroke-Betroffenen werden in Rehab eingeliefert - nur Patient_innen ohne Kognitive Einschränkungen oder Probleme bei der Kommunikation <p>→ Eingeschränkte Generalisierbarkeit</p>

	<p>Summenscore kann verwendet werden, um den Schweregrad einer Depression zu bestimmen 0-4 indicates no depression 5-9 mild depression 10-14 moderate depression 15-19 moderately severe depression 20-27 severe depression</p> <p>PHQ2 = ein Summenwert von 0-6</p> <p>Referenztest Obwohl es keine allgemein anerkannte diagnostische Definition von PSD gibt, wird das Handbuch zur Diagnostik und Statistik von psychischen Störungen IV verwendet (Salter et al, 2007; Turner, Stokes & Hassan ,2002) Zur Diagnostik erfordert es ein psychiatrisches Interview. Dieses wird aber als zu belastend für die Patient_innen angesehen → daher wurde die Geriatric Depression scale (GDS-15) verwendet Durchführung: clinical nurse specialist in psychiatric nursing Warum GDS -15→ Goldstandart</p> <p>Fragebogen zur klinischen Anwendbarkeit Aspekte wie Schulungsanforderungen Zeitaufwand zur Erhebung Kriterien von Harris und Warren (1995) und Salter et al. (2005) wurden verwendet Ein zwei Stufen Verfahren basierend auf der Methode von Lynn (1986) zur Erstellung des Fragebogens und zur Bestimmung der inhaltlichen Gültigkeit mit einer Delphi-Umfrage von einem Expertengremium aus 4 Pflegeforschern Bestehend aus 16Items</p>	<p>81% -100%stellten fest, dass das PHQ-9 relevante Informationen für die multidisziplinäre Versorgung ihrer Patient_innen lieferte 71% -88% waren der Meinung, dass die Scores eindeutig Patient_innen identifizierten, die von Follow-up-Maßnahmen profitieren. 65 Prozent der waren der Meinung, dass die Fragen klar waren. 25 % der Pflegefachpersonen hatten Schwierigkeiten, Fragen zu Schuldgefühlen, Wertlosigkeit und Gedanken an Tod oder Selbstmord zu stellen. Trotzdem erkannten sie die Wichtigkeit. In 80% -100% der Messungen wurden keine verbalen oder nonverbalen Reaktionen der Patient_innen hinsichtlich der für die Verabreichung des PHQ-9 erforderlichen Zeit beobachtet. In Bezug auf die Akzeptanz der Fragen beobachteten sie bei 86 bis 91% der Messungen keine verbalen oder nonverbalen Reaktionen der Patient_innen, außer ihren tatsächlichen Antworten. Die wenigen Reaktionen betrafen den Punkt Tod oder Selbstmord; Einige Patient_innen empfanden diese Frage als zu stark, andere gaben an, dass sie die Gelegenheit hatten, mit der Pflegefachperson über ihre Gefühle zu sprechen.</p> <p>Die aktuelle Studie vermittelt einen ersten Eindruck von der diagnostischen Genauigkeit des PHQ-2 und des PHQ-9, die zeigen, dass sie vielversprechende Post-Stroke-Depressions-Screening-Instrumente sind. Ihre Kürze macht sie besonders attraktiv für den Einsatz in der klinischen Praxis, die häufig mit konkurrierenden Anforderungen beschäftigt ist (Kroenke et al., 2003). Der klinische Nutzen des PHQ-9 wurde eingehend untersucht. Obwohl die Verabreichung des PHQ-9 doppelt so lange dauerte wie in einer anderen Studie (Spitzer, Kroenke & Williams, 1999), halten die Pflegefachpersonen und Patient_innen in dieser Studie das PHQ-9 für akzeptabel. Ein möglicher Grund für diesen Unterschied in der Verabreichungszeit könnten die subtilen kognitiven Probleme bei Stroke-Betroffenen sein (Nys et al., 2007). Die für die Verwaltung des PHQ-2 erforderliche Zeit wurde hier nicht gefunden, konnte jedoch nicht angenommen werden. Die Feststellung, dass die Diagnose einer Depression bei älteren Patient_innen schwierig ist (Brown et al., 2003; Teresi et al., 2001). Dies unterstützt jedoch nicht den Vorschlag, dass der PHQ-9 ohne Training durchgeführt werden könnte (Kroenke et al., 2001). Spezielle Schulungen zu den Artikeln und Anweisungen zur Verwaltung können die Übersichtlichkeit der Artikel für Krankenschwestern verbessern. Darüber hinaus zeigte eine der Studien, dass ein Screening auf Post-Stroke-Depression bei Patient_innen durch eine ausgebildete Krankenschwester zu einer korrekten Identifizierung der Depression führte (Lightbody et al., 2007). Dieser Befund wird durch die Ergebnisse von Edwards et al. (2006), in dem die Früherkennung von Depressionen durch Krankenschwestern.</p>	
--	--	--	--

Würdigung der Studie: Screening for Poststroke Depression using the Patient health questionnaire (2012)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Forschungsfrage und das Ziel der Studie wurden in der Einleitung klar definiert. Die Forschungsfrage wurde nicht durch Hypothesen ergänzt. Das Problem wurde im Zusammenhang mit der vorhandenen Literatur erklärt.</p>	<p>Stichprobe Alle Patient_innen, bei denen Kommunikationsprobleme diagnostiziert wurden, wurden ausgeschlossen, obwohl Aphasie eine häufige Komplikation des Strokes ist. Daher ist die Stichprobe nur für Patient_innen ohne Aphasie oder Kommunikationsstörungen repräsentativ. Da es darum geht, herauszufinden, ob ein Stroke eine Depression auslöst, ist es sinnvoll, Patient_innen auszuschließen, bei denen vor dem Stroke eine Depression diagnostiziert wurde.</p> <p>Die Stichprobengröße von insgesamt 55 Teilnehmern ist eher klein und kann daher nicht verallgemeinert werden. Die Daten wurden von insgesamt 53 Teilnehmern ausgewertet, da 2 Teilnehmer bei der Befragung aussortiert werden mussten, weil ein Element der Krankenhaus-Substichprobe fehlte.</p> <p>Die Messinstrumente wurden von den Forschern auf ihre Reliabilität und Validität überprüft. Die Methoden der Datenanalyse sind klar beschrieben, und die statistischen Methoden wurden in sinnvoller Weise angewendet. Die Forscher haben die Interrater-Reliabilität (ICC), die Test-Retest-Reliabilität und die interne Konsistenz getestet.</p> <p>Ethischer Aspekt Die Forscher erhielten die ethische Zustimmung der Ethikkommission des Universitätsklinikums Utrecht und der anderen beteiligten Gesundheitseinrichtungen. Ethische Aspekte wurden berücksichtigt und beobachtet.</p> <p>Die Forschenden haben größtenteils einen Pflegehintergrund.</p>	<p>Die Ergebnisse werden angemessen und verständlich in Tabellen dargestellt.</p>	<p>Die Forscher diskutieren die Gründe für die längere Dauer der Einführung von PHQ 9. Es ist möglich, dass Pflegefachpersonen mit einem Bachelor-Abschluss die Ergebnisse von PHQ9 beeinflusst haben könnten, weil sie die Umsetzung durch den höheren Abschluss besser verstanden haben. Sie diskutieren auch alle anderen Ergebnisse und verweisen auf die vorhandene Literatur. Die Einschränkungen wurden in verständlicher Weise erläutert.</p> <p>Die Studie ist für das Pflegepersonal sehr vorteilhaft, da sie zeigt, dass die Fragebögen zur Patientengesundheit ein praktisches Hilfsmittel sind, das bei Stroke-Betroffenen, die in der Lage sind, angemessen zu kommunizieren, zur Erkennung einer Depression nach einem Stroke eingesetzt wird. Die Stärken und Schwächen wurden zufriedenstellend diskutiert. Es kann durchaus sein, dass die Studie auch in anderen Settings wiederholt werden könnte. Die Ergebnisse könnten Spitäler dazu veranlassen, die PHQ 2 und 9 auf ihren Stationen einzusetzen.</p>

Güte/ Evidenzlage: Objektivität: Die Ergebnisse sind nicht von den Forschern abhängig

Reliabilität, Zuverlässigkeit: Die verwendeten Messinstrumente wurden nach Objektivität und Validität überprüft. Die Studie könnte durch andere Forschende wiederholt werden.

Validität, Gültigkeit: Das Design ist passend, die Datenanalyse ist nachvollziehbar.

6 S-Evidenzlevel: Stufe 6, es handelt sich um eine Originalstudie aus dem Journal Nursing Research, dieses Journal ist peer-reviewed

Referenz: Janneke M. de Man-van Ginkel, RN, MSc; Tho'ra Hafsteinsdo'ttir, RN, PhD; Eline Lindeman, MD, PhD; Huibert Burger, MD, PhD; Diederick Grobbee, MD, PhD; Marieke Schuurmans, RN, PhD

Zusammenfassung der Studie: an Efficient way to detect PSD by subsequent administration of a 9item and 2 item Patient Health Questionnaire (2012)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Autoren_innen beschreiben, dass die Post-Stroke Depression (PSD) eine häufige Komplikation ist, die Rehabilitationsergebnisse und Lebensqualität verschlechtert. Trotzdem wird eine PSD unterdiagnostiziert und unterbehandelt. Es gibt Hinweise, dass dessen Behandlung zu einer Abnahme der Depression und eine verbesserte Funktionsfähigkeit führt. Um die Behandlung zu ermöglichen, ist eine frühzeitige Erkennung der Depression nach einem Stroke unerlässlich. Zur Erkennung einer PSD stellen der 9- teilige PHQ-9 und der PHQ-2 vielversprechende Instrumente dar. Obwohl eine Studie die Leistung des PHQ-9 und des PHQ-2 bei einer ausgewählten Stroke-Population mit Depressionssymptomen untersuchte, wurde keine Studie in der allgemeinen Stroke-Population durchgeführt. In der vorliegenden Studie haben die Autoren den diagnostischen Wert von PHQ-9 und PHQ-2 allein oder in Kombination bei Patient_innen mit akutem Stroke bestimmt, die in der Lage sind, angemessen zu kommunizieren.</p>	<p>Eine prospektive Studie wurde in drei Krankenhäusern durchgeführt. Die ethische Genehmigung wurde vom Medizinisch-Ethischen Komitee des Universitätsklinikums Utrecht und der anderen beteiligten Krankenhäuser eingeholt. Im Jahr 2010 wurden 460 konsekutive Patient_innen, die mit einer klinischen Diagnose Stroke in das Krankenhaus eingeliefert wurden, zur Teilnahme angesprochen.</p> <p>Ausschlusskriterien: schwere kognitive (definiert mittels Mini-Mental State Examination Score) oder kommunikative Störungen (auf der Grundlage des Frenchay Aphasia Screening Test).</p> <p>Als Referenztest wurde eine Depressionsdiagnose mit dem Composite International Diagnostic Interview, einem strukturierten Diagnose-Interview für das DSM- Fourth Edition und ICD 10th Revision psychiatric disorders, durchgeführt, weist eine gute diagnostische Übereinstimmung und Zuverlässigkeit auf. Der/ die Forscher_in wurde in der Verwaltung der Composite International Diagnostic Interview-auto 2.1 Version ausgebildet.</p> <p>Alle Patient_innen mit Stroke, die auf den teilnehmenden Stationen aufgenommen wurden, wurden registriert. Vor der Entlassung überprüfte eine Forschungspflegefachperson, ob der Patient die Einschlusskriterien erfüllte. Wenn dies der Fall war, bat die Pflegefachperson um Einwilligung nach Aufklärung und sammelte die Basisdaten. Nach der Entlassung besuchten die Forschungspflegefachperson und der Forscher_in den Patienten_in 6 bis 8 Wochen nach Stroke-Beginn. Die Pflegefachperson erhob das die PHQ-9, gefolgt von dem Forscher_in, der das DSM Interview führte. Der/ dieForscher_in verliess den Raum, während die Pflegefachperson das PHQ 9 durchführte</p> <p>Analyse Entsprechende Parameter auf der Grundlage einer 2x2 Tabelle wurden berechnet, um die diagnostische Genauigkeit des PHQ für verschiedene Cutoff-Werte zu bestimmen. Als zusammenfassendes Mass für die Diskriminanzleistung wurde unabhängig vom Cutoff-Wert die Fläche unter der Kurve bestimmt.</p> <p>Land: Niederlande</p>	<p>Von 164 Patient_innen wurden bei 20 (12,2%; 95% CI, 7,2-17,2) eine Depression diagnostiziert. Die Trennschärfe des PHQ-9 und PHQ-2 bei schwerer Depression war gut mit einer Fläche unter der Kurve von 0,87 (95% CI, 0,80-0,93) bzw. 0,82 (95% CI, 0,73-0,91). Die Genauigkeit des PHQ-9 war am besten, bei einem Cutoff-Score von ≥ 10 mit einer Sensitivität von 0,80 (95% CI, 0,62- 0,98) und einer Spezifität von 0,78 (95% CI, 0,72- 0,85). Der PHQ-2 zeigte die beste Genauigkeit bei einem Cutoff-Score von ≥ 2 mit einer Sensitivität von 0,75 (95% CI, 0,56-0,94) und einer Spezifität von 0,76 (95% CI, 0,69-0,83).</p>	<p>Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass der diagnostische Wert für PHQ-9 Werte 10 und für PHQ-2 Werte ≥ 2 akzeptabel bis gut war. Die höchste Sensitivität wurde für das PHQ-9 bei Patient_innen mit einem PHQ-2 gefunden. Nur Patient_innen, die angemessen kommunizieren konnten, wurden ausgewählt, weil die Beurteilung der Depression mit dem PHQ-9 und dem Composite International Diagnostic Interview stark von verbaler und kognitiver Kompetenz abhängt. Dies beschränkt die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse auf diese Subpopulation. Die diagnostische Qualität des PHQ-9 war etwas geringer als die von Williams et. al gefundene Leistung. In dieser Studie wurden die Patient_innen jedoch nicht nach Symptomen der Depression ausgewählt, was für die Beurteilung der diagnostischen Genauigkeit eines Tests wesentlich ist. Darüber hinaus wurde die Diagnose Depression blind für die Beurteilung der PHQ-Werte gemacht. Selektierte Patient_innen und nicht verblindete Diagnose können in der Studie von Williams et. al zu optimistischen Ergebnissen geführt haben. Im Vergleich zu den Ergebnissen einer Meta-Analyse des PHQ-9 in verschiedenen Patientengruppen, wurden einige Unterschiede in der Spezifität (0,79 versus 0,92) festgestellt, aber die Sensitivität war vergleichbar. Die niedrigsten Spezifitäten wurden in der Kardiologie, bei Hirnverletzung und Stroke-Populationen gefunden. Interessanterweise war in diesen Studien unklar, ob die Diagnose durch PHQ-9 blind durchgeführt wurden, was möglicherweise zu übermäßig optimistischen Ergebnissen führte.</p>

			<p>Für das Screening von Depressionen bei Stroke-Betroffenen stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Obwohl ihre Leistung in der Stroke-Population ausreichend ist, sind die PHQ-9 und PHQ-2 anderen Instrumenten vorzuziehen, weil sie kurz und einfach zu bedienen sind und für die Patient_innen akzeptabel sind.</p> <p>Um Zeit zu sparen und die Belastung der Patient_innen zu begrenzen, wird empfohlen, das PHQ-2-Screening bei allen Patient_innen und das PHQ-9 nur im Falle eines positiven Ergebnisses des PHQ-2 durchzuführen.</p> <p>Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Ergebnisse dieser prospektiven Studie bei nicht ausgewählten Patient_innen mit Stroke darauf hindeuten, dass die PHQ-9 und PHQ-2 bevorzugte Instrumente für die Früherkennung einer PSD in der täglichen Versorgung von Patient_innen mit Stroke sind.</p>
--	--	--	---

Würdigung der Studie: an Efficient way to detect PSD by subsequent administration of a 9item and 2 item Patient Health Questionnaire (2012)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>In der vorliegenden Studie geht es um die Erfassung einer PSD anhand zweier Assessmentinstrumenten. Sie untersuchen die Patientengesundheitsfragebogen (PHQ-9) und Patientengesundheitsfragebogen (PHQ-2). Sie beschreiben die Thematik der PSD und die Komplikationen, die mit ihr einhergehen. Auch auf die Dringlichkeit der effektiven Erfassung einer PSD durch Pflegefachpersonen wird eingegangen. Sie stützen ihre Aussagen mit vorhandener Literatur.</p>	<p>Die Studie ist eine prospektive Studie, die dazu dient, die Wirksamkeit einer Hypothese, in dem Fall eines Screeninginstrumente zu überprüfen. Somit ist eine experimentelle Studie und weist also ein quantitatives Forschungsdesign auf. Dies ist für die Fragestellung passend ausgewählt. Die Stichprobengröße von 164 Patient_innen ist für die Fragestellung ausreichend.</p> <p>Die Ergebnisse sind nicht auf die Gesamtpopulation Stroke zu übertragen, da Patient_innen mit Sprachstörungen nicht miteinbezogen wurden, obwohl eine Aphasie eine häufige Komplikation nach einem Stroke darstellt und eventuell auch Auslöser einer PSD sein könnte.</p> <p>Dass Patient_innen mit kognitiven Einschränkungen nicht miteinbezogen wurden ist nachvollziehbar und wird begründet. In einer grafischen Darstellung werden weitere Ausschlusskriterien dargestellt.</p> <p>Die Datenerhebung anhand der Fragebögen ist bei den Teilnehmern_innen gleich und logisch nachvollziehbar. Die Erhebung des DSM und PHQ gegenüber ist verblindet, dies vermeidet Bias</p> <p>Es wurden statistische Verfahren verwendet, um die Ergebnisse der Fragebogen auszuwerten, diese wurden nicht begründet.</p> <p>Auf Validität und Reliabilität wurden die Fragebögen PHQ 2 und PHQ 9 von den Forschern nicht überprüft. Sie begründen anhand vorhandener Literatur das die verwendeten PHQ 2 und PHQ 9 gute Instrumente zur Erfassung einer PSD seien.</p> <p>Sie haben die einen Referenztest zur Depressionsdiagnose anhand des Composite International Diagnostic Interview durchgeführt und zudem wurde der/die Forscher in der Verwaltung der Composite International Diagnostic Interview-auto 2.1 Version ausgebildet.</p> <p>Eine ethische Auseinandersetzung hat stattgefunden und das Einverständnis der Ethikkommission wurde eingeholt.</p>	<p>Die Ergebnisse werden präzise dargestellt.</p> <p>Nach der Aufnahme gingen 7 Patient_innen verloren, bevor Daten über Folgedepressionen erhoben wurden. Daher waren die Daten für nur 164 Patient_innen vollständig.</p>	<p>Die Forschenden gehen in der Diskussion auf die Ergebnisse ein. Sie kritisieren auch, dass die Ergebnisse aufgrund der Ausschlusskriterien nicht auf alle Stroke-Betroffene übertragen werden können. Sie vergleichen die Ergebnisse mit einer vorherigen Studie von Williams et. al und aufgezeigt welche neuen Erkenntnisse ihre Studie bietet, da sie die Patient_innen nicht anhand der Symptome ausgewählt haben. Sie ist somit weiter übertragbar als die von Williams et. al.</p> <p>Sie sagen auch, dass es nicht klar ist ob in vorherigen Studien die Forschenden blind geforscht haben. Denn das könnte die Ergebnisse beeinflussen. Sie machen auch eine Aussage über die Anwendbarkeit und Dauer der Fragebögen in der klinischen Praxis.</p> <p>Diese Studie ist sehr sinnvoll, da die Ergebnisse wichtig für die klinische Praxis bei Patient_innen mit Stroke sind. Wichtige Messinstrumente werden überprüft und kritisch bewertet, um die Qualität der Erfassung einer PSD zu verbessern. Auch das Pflegefachpersonen an der Studie beteiligt waren macht sie zu einem sinnvollen Beitrag für die Pflegepraxis.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität:

Reliabilität,Zuverlässigkeit:

Validität, Gültigkeit:

6 S-Evidenzlevel:

Die Ergebnisse sind aufgrund des Designs nicht von anderen Einflüssen abhängig. Die Erhebung der Daten ist bei allen Teilnehmenden gleich. Die verwendeten Messinstrumente wurden nach Objektivität, Reliabilität und Validität überprüft. Die Studie könnte durch andere Forschende wiederholt werden. Das Design ist passend, die Datenanalyse ist nachvollziehbar. Stufe 6, es handelt sich um eine Originalstudie, die in dem Journal American Heart Association veröffentlicht wurde, dieses ist peer-reviewed

Zusammenfassung des Reviews: Screening for mood disorders after stroke: a systematic review of psychometric properties and clinical utility (2015)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Nach einem Stroke wird ein routinemäßiges Stimmungsscreening empfohlen. Mediziner_innen berichten jedoch von Schwierigkeiten bei der Auswahl geeigneter Instrumente aus dem breiten Angebot. Ziel war es, die psychometrischen Eigenschaften und den klinischen Nutzen von Stimmungsscreening-Tools für Stroke-Betroffene systematisch zu überprüfen.</p>	<p>Es wurden elektronische Datenbanken (AMED, EMBASE, CINAHL, Medline und PsycINFO) durchsucht, um Studien zu identifizieren, die die Sensitivität und Spezifität von Stimmungs-Screening-Tools bewerten. Es wurden Instrumente ausgewählt, die bei Stroke-Betroffenen mit identifizierbaren Cut-off-Scores, die auf eine schwere und/oder jegliche Stimmungsstörung in mindestens einer Studie hindeuteten, eine Sensitivität von mindestens 80% und eine Spezifität von 60% aufwiesen. Auch der klinische Nutzen wurde bewertet. Diejenigen mit hohem klinischem Nutzen wurden für eine Empfehlung ausgewählt.</p> <p>Eingeschlossen: Artikel, die die Eigenschaften von Instrumenten zum Stimmungs-Screening bewerteten, sowohl die Sensitivität als auch die Spezifität im Vergleich zu einem Goldstandardmaß berichteten und darauf abzielten, Personen zu identifizieren, die eine weitere Bewertung oder Behandlung benötigten.</p> <p>Ausgeschlossen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Studien zu Instrumenten, die nicht als Screening-Tool konzipiert waren und eine vollständige Beurteilung der Stimmung oder der Diagnose ermöglichen sollten • Instrumente die generische, verwandte Konstrukte wie die Lebensqualität beurteilten • es handelte sich lediglich um die es Validierung einer sprachlichen Übersetzung eines Instruments, Konferenzbeiträge oder Abstracts, bei denen die Daten nicht extrahiert werden konnten • weniger als 50% der Teilnehmer_innen einen Stroke erlitten hatten oder Daten von Personen mit Stroke nicht extrahiert werden konnten <p>Die Forschenden extrahierten unabhängig von den ausgewählten Artikeln, Daten zu den Stichproben und -einstellungen (sofern verfügbar), den Auswahlkriterien, den evaluierten Instrumenten, der Art der bewerteten Störung sowie der Sensitivität und Spezifität.</p> <p>Es wurden Cut-off-Scores für schwere Depressionen und jeden Grad von Depression und Angst identifiziert. Positive (PPV) und negative prädiktive Werte (NPV) bei jedem Cut-off-Score wurden (soweit möglich) aus den verfügbaren Daten berechnet.</p> <p>Die endgültigen Daten wurden im Konsens mit einer dritten Partei besprochen, die gegebenenfalls ein Einigungsgespräch vornimmt. Jeder Cut-off-Score, der in mindestens einer Studie keine Daten lieferte, die diese Kriterien erfüllten, wurde ausgeschlossen, und alle Instrumente, die keine Cut-off-Scores mit ausreichender Sensitivität und Spezifität meldeten, wurden abgelehnt.</p> <p>Werkzeuge, die diese Kriterien erfüllten, wurden dann auf ihren klinischen Nutzen aus den Originalartikeln (soweit möglich), dem Marketingmaterial (einschließlich der Kosten), den Autoren der Instrumente und den Bedienungsanleitungen bewertet.</p>	<p>30 Studien, die 27 Screening-Tools untersuchten, wurden identifiziert, und 16 Tools erfüllten die psychometrischen und klinischen Nutzenkriterien: 10 waren verbale Selbstberichtsinstrumente, 4 waren Beobachtungsinstrumente und 2 enthielten visuelle Hilfsmittel für Personen mit Kommunikationsproblemen. Nur der Fragebogen SADQ-H erfüllte alle psychometrischen und Nutzenkriterien. Der PHQ-9 kann eine schwere Depression erkennen und. Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) war das einzige Instrument, das in der Lage war, Angstzustände genau zu erkennen, allerdings war der klinische Nutzen nicht einheitlich.</p>	<p>Die umfangreichen Suchstrategien identifizierten eine breite Palette von Instrumenten zum Screening auf Stimmungsstörungen nach einem Stroke, aber nur der SADQ-H erfüllte sowohl die psychometrischen als auch die klinischen Nutzenkriterien sowohl für schwere Depressionen als auch für jegliche depressive Störung. Keines der Instrumente die verbale Selbstberichte oder visuelle Hilfsmittel beinhalten, erfüllte alle diese Kriterien.</p> <p>Die HADS, BDI, ADRS, BASDEC, GHQ-28 und das VAMS-"sad item" lieferten alle gute psychometrische Daten sowohl für die schwere Depression als auch für jede depressive Störung, was darauf hindeutet, dass sie Stroke-Betroffene, die wegen der Depression einer weiteren Beurteilung und möglicherweise einer Behandlung bedurften, genau identifizieren konnten. Allerdings sind die BASDEC und der BDI derzeit nicht verfügbar.</p> <p>Zwei Instrumente erfüllten die Kriterien für den klinischen Nutzen und ergaben akzeptable psychometrische Werte bei einem bestimmten Cut-off-Score für entweder eine schwere Depression oder eine depressive Störung:</p> <p>Das GDS-15 kann jede depressive Störung, aber nicht spezifisch eine schwere Depression erkennen und kann daher am besten als Erstuntersuchung verwendet werden, um Personen mit Stroke zu identifizieren, die einer weiteren Untersuchung bedürfen.</p> <p>Das PHQ-9 kann eine schwere Depression erkennen, obwohl die Empfindlichkeit bei der Erkennung milderer Symptome auf 78% sinkt (Williams et al. 2005).</p> <p>Die HADS (sowohl Gesamtbewertung als auch Angst-Subskala) war das einzige wirksame Instrument zur Identifizierung von Angstzuständen, aber sie verursacht einen finanziellen Aufwand.</p> <p>Es gab bisher nur eine systematische Überprüfung von Screeninginstrumenten für Depressionen nach Stroke, die sich nur auf die Erkennung von schweren Depressionen konzentrierte (Meader et al. 2014).</p> <p>Eines der Ziele in dieser Studie (Burton & Tyson, 2014) war es, die Einführung von Screening-Instrumenten zu ermöglichen, indem die optimalen Cut-off-Scores für die Instrumente, die empfohlen werden können, ermittelt werden.</p>




	<p>Ein bereits früher veröffentlichtes Instrument zur Bewertung des klinischen Nutzens von Outcome-Messungen (Connell & Tyson, 2012) wurde von einer Beratungsgruppe von Ergotherapeuten und klinischen Psychologen_innen, die in Stroke-Untersuchungen in einem großen britischen Ballungsgebiet tätig sind, überprüft und angepasst, um ihre Prioritäten bei der Auswahl von Screening-Instrumenten zu berücksichtigen. Diese werden wie folgt zusammengefasst: Da der Zugang zur klinischen Psychologie für die meisten Stroke-Betroffenen begrenzt ist, ist es wichtig, dass die Screening-Tools von jedem Mitglied des multidisziplinären Teams ergänzt werden können, um mittlere bis schwere Schwierigkeiten bei der Weiterleitung zu identifizieren (NSSA, 2008). Dies wird oft zusätzlich zu ihrer herkömmlichen Arbeitsbelastung durchgeführt, so dass die Screening-Tools schnell und einfach zu handhaben sein müssen und nur minimale Schulungsanforderungen erfordern. Und schließlich müssen sie kostengünstig oder vorzugsweise frei verfügbar sein, insbesondere weil im derzeitigen finanziellen Klima ein billigeres Instrument gegenüber einem kostenintensiven gewählt würde, wenn es in Bezug auf die Psychometrie gleich gut abschneiden würde.</p> <p>Die endgültigen Nutzenkriterien und -bewertungen waren: (a) Zeit für die Durchführung und Bewertung der Maßnahme: 45 Minuten (Punktzahl 2); 6-10 Minuten (Punktzahl 1); 511 Minuten (Punktzahl 0). (b) Anfangskosten für den Kauf der Maßnahme (z.B. Starterkit einschließlich Handbuch): 2 = frei verfügbar; 1=Kosten <100£; 0=Kosten 5£100 oder nicht verfügbar. (c) Zusätzliche Kosten pro Formular: 1 = keine zusätzlichen Kosten; 0=zusätzliche Kosten oder nicht verfügbar. (d) Bedarf an Fachausbildung zur Verwaltung und Bewertung der Maßnahme: 1 = keine erneute Fachausbildung erforderlich; 0=Fachausbildung erforderlich.</p> <p>Die Summe dieser Punkte ergibt maximal sechs Punkte, wobei höhere Punktzahlen einen größeren klinischen Nutzen anzeigen. Werkzeuge, die weniger als 6 Punkte erreichten, wurden in dieser Phase abgelehnt.</p>		<p>Dies erwies sich jedoch aufgrund der Heterogenität der Teilnehmercharakteristika, des Studiendesigns und der beobachteten Sensitivitäts- und Spezifitätsschätzungen als unmöglich. Ein Teil der Heterogenität war auf die unterschiedliche Auswahl der Kriterien zurückzuführen, anhand derer die Genauigkeit der Screening-Instrumente beurteilt wurde. Eine halbstrukturierte Befragung durch einen Psychiater_in wird weithin als "Goldstandard"-Referenzkriterium akzeptiert, aber die Verwendung unterschiedlicher Befragungsinstrumente und diagnostischer Kriterien kann zu Abweichungen in der diagnostischen Genauigkeit führen. Die Variabilität und Genauigkeit dieser Instrumente beeinflusst die berichtete Genauigkeit der Screeninginstrumente, an denen sie gemessen werden. Eine Verwendung eines Kriterium würde die Metaanalyse und den Vergleich zwischen den Instrumenten verbessern. Eine Einschränkung der psychiatrischen Befragungs- und Diagnoseinstrumente besteht darin, dass sie für Menschen mit Kommunikations- und kognitiven Schwierigkeiten schwierig auszufüllen sind. In der Folgezeit haben viele Studien andere Screeninginstrumente als Kriteriumsmassstab verwendet (Watkins et al. 2001a,b, 2007; Bennett et al. 2006; Lee et al. 2008; Hacker et al. 2010; de Man-van Ginkel et al. 2012a) oder Menschen mit diesen Problemen ausgeschlossen, was die Annahme zulässt, dass die Ergebnisse von fähigeren Populationen auf Menschen mit Stroke verallgemeinert werden. Es gibt nur wenige Hinweise, die diese Annahme unterstützen oder widerlegen. Kommunikations- und kognitive Probleme sind nach einem Stroke häufig und ihr Ausschluss schränkt die Verallgemeinerbarkeit und die Relevanz der Ergebnisse für die klinische Praxis ein. Es sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich, die pragmatische Stichproben von Menschen mit Stroke in allen Stadien der Genesung und des Überlebens umfassen und bei denen vordefinierte Cut-off-Scores verwendet werden, um die optimalen Schwellenwerte festzulegen, damit Menschen mit schweren und leichten Erkrankungen identifiziert werden können. Die meisten der ausgewählten Instrumente wurden ursprünglich für eine psychiatrische Population entwickelt und dann auf Stroke-Betroffene angewandt, wobei davon ausgegangen wird, dass die Erfahrung von Stimmungsstörungen nach einem Stroke das gleiche Konstrukt wie bei anderen Populationen hat. Obwohl Stroke-Betroffene eine ähnliche Verteilung der Symptom-Scores aufweisen wie Menschen mit anderen körperlichen Erkrankungen (House et al. 1991), können Stimmungsstörungen bei Personen mit zusätzlichen körperlichen oder kognitiven Beeinträchtigungen anders erlebt</p>
--	--	--	---

		<p>werden (Gainotti et al. 1999). Es ist eine Frage der modernen Gesundheitspolitik, dass die Messinstrumente die für die Personen die sie durchführen, die wichtigen und relevanten Themen widerspiegeln sollten (so genannte patientenberichtete Endpunktmessungen) (Darzi, 2008), und dass die Ansichten und das Fachwissen der Dienstleistungsnutzer auf allen Ebenen der Forschung einbezogen werden sollten. Es ist daher seltsam, dass keines der ausgewählten Screeninginstrumente die Perspektive von Stroke-Betroffenen in ihre Konstruktion einbezogen hat und obwohl sie scheinbare Gesichtvalidität haben, ist die inhaltliche Validität für Stroke-Betroffene unbekannt.</p> <p>Die Einbeziehung somatischer Items in die Stimmungsscreening-Instrumente ist besonders umstritten, da diese sich mit den Symptomen des Strokes und/oder den Auswirkungen des Krankenhausaufenthalts überschneiden können. Viele der enthaltenen Elemente bewerten beispielsweise Müdigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme oder veränderte Aktivitäts- oder Schlafmuster, die nach einem Stroke unabhängig von emotionalen Schwierigkeiten oder einem Krankenhausaufenthalt häufig zu Beeinträchtigungen führen. Die Einbeziehung solcher Items würde die Ergebnisse zusammenführen und könnte zu einer unwirksamen klinischen Entscheidungsfindung oder zu ungenauen Forschungsergebnissen führen. Um die verwirrenden Auswirkungen somatischer Items zu vermeiden, schließen einige Screening-Tools diese aus. Die Auswirkungen sind jedoch unklar, da es einige Hinweise darauf gibt, dass somatische Symptome zu den besten Unterscheidungsmerkmalen zwischen Stroke-Betroffenen mit und ohne Depression gehören (de Coster et al. 2005). Es könnte besser sein, die Cut-off-Scores so anzupassen, dass sie die Zunahme der Prävalenz dieser Symptome in der Stroke-Population widerspiegeln.</p> <p>Weitere Forschung ist erforderlich, um das Konstrukt der Depression und Angst nach einem Stroke zu untersuchen und die inhaltliche Validität der Screeninginstrumente für Stroke-Betroffene zu ermitteln.</p> <p>Ein verwandtes Thema ist die Konstruktvalidität der Screening-Tools für Stroke-Betroffene. Die meisten ausgewählten Instrumente wurden mit Hilfe der klassischen Testtheorie entwickelt und werden durch die Summierung der Ergebnisse der verschiedenen Items zu einem "Gesamtergebnis" bewertet. Dies ist ein kontroverser Ansatz; viele Befürworter der Item-Response-Theorie würden dies als unangemessene Verwendung kategorialer Daten ansehen, die zu irreführenden Ergebnissen führen könnte (Tennant & Conaghan, 2007).</p>
--	--	--

			<p>Drei der ausgewählten Instrumente wurden in relativ kleinen Stichproben einer Rasch-Analyse unterzogen: die BDI-II-, GDS- und HADS-Depressions-Subskala. Sie berichten über inkonsistente Ergebnisse hinsichtlich der Eindimensionalität der Instrumente und aller identifizierten redundanten oder ungeordneten Items oder unwirksamen Scoring-Methoden, die nicht in das Modell passten (Pickard et al. 2006; Tang et al. 2007; Siegert et al. 2010). Nur eine der Studien lieferte Daten, um die Daten des Ordinalscorings in Daten auf Intervallebene umzuwandeln, um die Verwendung parametrischer Statistiken und die Berechnung von Änderungsscores zu ermöglichen (Siegert et al. 2010), und es bleibt fraglich, ob dies einen wichtigen Unterschied für die Daten und ihre Darstellung darstellt. Die Weiterentwicklung der Instrumente sollte die Rasch-Analyse umfassen, um eine effektive und effiziente Skalenstruktur zu gewährleisten.</p> <p>Die meisten der ausgewählten Instrumente beruhen auf der Fähigkeit der Person, ihre Stimmung, die nach einem Stroke oft beeinträchtigt ist, selbst zu berichten. In einem Versuch, dies zu überwinden, verwenden verschiedene Hilfsmittel visuelle Hilfsmittel, um nonverbale Reaktionen zu erleichtern. Diese basieren jedoch auf der Annahme, dass Stroke-Betroffene in der Lage sind, die visuellen Hilfsmittel zu interpretieren. Studien, bei denen visuelle Hilfsmittel zur Schmerzmessung eingesetzt werden, deuten darauf hin, dass viele Stroke-Betroffene, insbesondere diejenigen mit einer Schädigung der rechten Hemisphäre, dies als schwierig empfinden (Benaim et al. 2007). Die Akzeptanz und der klinische Nutzen dieser Hilfsmittel müssen bei Stroke-Betroffene mit unterschiedlichen Arten und Schweregraden von Beeinträchtigungen untersucht werden.</p> <p>Schließlich wurde eine breite Palette von Instrumenten zur Erkennung von Depressionen bei Stroke-Betroffenen identifiziert, aber es gibt nur wenige standardisierte Instrumente zur Erkennung von Angst und Emotionalität. Weitere Forschung ist erforderlich, um personenzentrierte Instrumente für diese Zwecke zu entwickeln.</p>
--	--	--	---

CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Systematic Review**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a systematic review study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Critical Appraisal Skills Programme (CASP) part of Oxford Centre for Triple Value Healthcare Ltd www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference: Burton & Tyson (2015)
 Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' In terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments: In dem Review von Burton & Tyson (2014) wird keine Forschungsfrage genannt sondern das Ziel der Literaturübersicht definiert. Welches der Vergleich und die Untersuchung von Assessmentinstrumente die eine Post-Stroke Depression und Angst erfassen. Die Spezifität und der klinische Nutzen der Instrumente steht dabei im Vordergrund.

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would address the review's question have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments: Die selektieren Studien wurden gemäss sinnvollen Ein- und Ausschlusskriterien gewählt. Auch haben sie die Ergebnisse eines ähnlichen Reviews (Marder et al. 2014) in ihre Übersicht einbezogen.

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments: Sie haben in den elektronischen Datenbanken wie AMED, PsychINFO, CINAHL, Medline und EMBASE recherchiert. Diese Datenbanken entsprechen dem Ziel der Übersicht, welche sich mit einer medizinisch- und psychischen Thematik (PSD) auseinandersetzt. Nach einer eigenen Literaturrecherche mit ähnlichen Keywords wurden die gleichen Studien gefunden. Sie haben nur englischsprachige Studien miteinbezogen. Auch Studien aus den Referenzlisten der gefundenen wurden miteinbezogen. Expertenmeinungen wurden hinzugezogen und bei spezifischen Fragen die Autoren

1. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments: in der Tabelle 1 und 2 werden die einzelnen Studien vorgestellt und bewertet.

2. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments: Die Ergebnisse aller eingeschlossenen Studien wurden grafisch (Tabellenform) und in Textform sehr präzise zusammengefasst. Die Ergebnisse verschiedener Studien sind ähnlich und wichtig zur Bewertung des Nutzens der Assessmentinstrumente.

Section B: What are the results?

3. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments: Die Assessmentinstrumente wurden von den Forschenden in drei Kategorien unterteilt: verbale Selbsteinschätzungsinstrumente, visuelles Anschauungsmaterial und Beobachtungsinstrumente. Von den verbalen Selbsteinschätzungsinstrumenten haben vier (GDS-15, PHQ-2, PHQ-9, Yale question) die Kriterien der Sensibilität und Spezifität entweder für eine schwere oder eine beliebige Depression erfüllen können

1. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments: Die Ergebnisse werden nicht anhand von statistischen Verfahren beschrieben. Was bei einem Literaturreview auch nicht relevant ist.

Section C: Will the results help locally?

2. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments: Die Ergebnisse können nur bedingt auf die Gesamtbevölkerung übertragen werden. Da in vielen Studien Schlaganfallbetroffene mit Dysphasie und anderen Komplikationen, die nach einem Schlaganfall typisch sind ausgeschlossen wurden. Die Forscher beschreiben, dass hier mehr Studien nötig sind die alle Schlaganfallbetroffenen einschliessen, um die Screeninginstrumente zu testen.

3. Were all important outcomes considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether there is other information you would like to have seen

Comments: Von den Screeninginstrumenten her wurden alle relevanten Ergebnisse dargestellt. Die Screeninginstrumente die, die Kriterien erfüllt haben, waren nicht im Anhang und wurden auch nur kurz beschrieben.

4. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider even if this is not addressed by the review, what do you think?

Comments: Ja. Denn dieses Review zeigt auf welche Screeninginstrumente bei einer PSD wirksam und klinisch anwendbar sind. Mit dem Übertragen der Ergebnisse in die eigene Praxis können womöglich viele Folgeerkrankungen und Kosten einer PSD minimiert werden. Außerdem kann es Pflegefachpersonen im allgemeinen, auf die Entwicklung einer Depression nach einem akuten gesundheitsschädigenden Ereignis sensibilisieren.

Referenz: McIntosh

Zusammenfassung der Studie: A depression screening protocol for patients with acute stroke: improvement project (2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die American Heart Association und American Stroke Association entwickelten 2012 ein Programm für Stroke Center, zur erweiterten Zertifizierung krankenhausspezifischer Pflege. Die Empfehlung ist, dass Patient_innen vor Entlassung auf Depression, kognitive und andere soziale Probleme untersucht werden sollten. Sie gaben jedoch keine Empfehlung zum Depressionsscreening-tool ab. Empfehlung und wachsende Forschung zu PSD zeigt, dass Screening Praktiken verbessert werden müssen. Auf der Grundlage einer umfassenden Literaturrecherche wurde an einer Stroke Unit einer Tertiäreinrichtung im US Bundestaat NY eine Bedarfsermittlung durchgeführt. Interviews mit Pflegefachpersonal (NP's), Neurologe_in, und Stroke coordinator. Daten ergaben Bedenken hinsichtlich des Fehlens eines Protokolls bzw. eines Pflegestandards zur Identifizierung von Depressionen bei Patient_innen mit akutem Stroke. Als Ergebnis daraus wurde ein klinisches Stipendienprojekt (CSP) initiiert</p> <p>Ziel: untersucht die Wirksamkeit eines evidenzbasierten Depressions- Screening Protokolls</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von PSD - Herausfinden ob es einen Zusammenhang zwischen diesem Protokoll Interventionen, Depressions scores und der Diagnostik gibt 	<p>Design: retrospektive Studie mit Patientendaten Patienten: 79 hospitalisierte Patient_innen mit einem akuten Stroke (Willkürliche Stichprobe) Depression wurde mittels Patient Healt Questionnaire 9 (PHQ9) erfasst In den ersten 0-7d gescreent</p> <p>Datenanalyse: Deskriptiv, non- parametric und parametric Statistik, chi- square test, Pearson correlation test Zustimmung des IRB (Institutionell Review Board) wurde beim Sponsoring College und vom IRB Komitee des Sponsoring Spitals eingeholt. Wurde als Qualitätskontrollstudie angesehen → was keine Einwilligung der Patient_in erforderte oder der Angehörigen</p> <p>Einschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 18jahre oder älter - Ein im CT oder MRI bestätigter Stroke - Fähigkeit Englisch zu lesen oder zu verstehen, oder die Nutzung eines Dolmetscherservice oder Übersetzer am Telefon <p>Ausschlusskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient_innen welche zu krank sind um teilzunehmen - Aphasisch oder dement - Komatöse Patient_innen <p>Evidence based depression screening Protocoll wurde von Forschenden nach einer interprofessionellen Zusammenarbeit und nach Überprüfung der aktuellen Leitlinien/ guidelines, der neuesten Literatur und der aktuellen institutionellen Richtlinien von depression screening bei Stroke-Betroffenen durchgeführt. → lieferte Schrittweises Vorgehen zusammen mit der medizinischen Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patient_in wurden anhand des PHQ 9 gescreent (validiert für stroke Patient_in) - Vorhandensein und schweregrad der Depression erfassen - Ein PHQ von >10 zeigt eine Sensitivität von 88% und eine Spezifität von 88% (de man van Ginkel., 2012) <p>Implementation vom Protokoll vom 28. Dezember 2014- 15. Februar 2015 Retrospektives chart audid mitte Februar bis März 2015</p> <p>Personal durchlief einem limitierten Schulungsprogram, bestehend aus einem Handout Handout Info: Definition, Ursache und Risikofaktoren, Folgen von PSD, Rolle der Pflege und des Spitals, Infos für Patient_in wenn sie nach Hause gehen und mögliche Ressourcen, zusätzliche Informationen für Patient_in die unter PSD leiden) Aufklärung zur Auswertung des PHQ- 9 Registered Nurse führt das PHQ 9 (bei Patient_in welche die Kriterien erfüllen) Datenanalyse mit SPSS 22.0 Software</p>	<p>Ursprünglich 95 Patient_innen 16 konnten nicht gescreent werden (wegen Ausschlusskriterien) 18% des Samples war eine Depression bereits in der Krankengeschichte dokumentiert</p> <p>44% Frauen und 56% Männer Alter zwischen 26 und 97 Jahren (M=70,0 Jahre, SD 14,6) LOS (lenght of hospital stay) der Probe 2 bis 47 Tage (M= 9,03, SD= 7,46) Tag der Aufnahme bis Tag des Screenings 0-16 Tage (M=3,10 Tage, SD= 2,62)</p> <p>Von 79 Patient_in 48% (n=38) depressiv eingestuft 52% (n=41) nicht depressiv eingestuft</p> <p>Resultate screening bezogen auf die Beziehung zwischen history of depression und Depressions level by PHQ-9:</p> <p>Leichte Depression= 7%(n=1) Mässig depressiv =14% (n=2) Mässig bis stark depressiv =29% (n=4) Starkdepressiv= 7% (n=1) 43% (n=6) hatten keine neue Depressive Episode trotz Depression in der Krankengeschichte -Schweregrad ist höher bei Patient_in mit Depression in der Vorgeschichte</p> <p>Signifikanter Zusammenhang zwischen Alkohol Konsum und PSD Positiv getestete Patient_in erhielten ein educational booklet und wurden medizinisch behandelt</p> <p>Die pflegerische Dokumentation der screening Resultate verbesserte sich</p>	<p>Für das Screening auf Depression von Stroke-Betroffenen geschulte Pflegefachpersonen, können die Früherkennung von Depressionen bei Stroke-Betroffenen verbessern.</p> <p>Ergebnisse stimmen mit denen anderer Studien überein.</p> <p>Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass die Verwendung eines standardisierten evidenzbasierten Depressions-screening Protokolls mit einer verbesserten Erkennung und Behandlung einer PSD verbunden war.</p> <p>Patient_innen die Alkohol konsumierten, erlitten häufiger eine PSD (bestätigt durch andere Studien) (Burvill, Johnson, Jamrozik, Anderson und Stewart- Wynne (1997)</p>

Würdigung der Studie: A depression screening protocol for patients with acute stroke: improvement project (2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Sinn und Zweck der Studie werden nachvollziehbar aufgezeigt</p>	<p>Leitfragen zur Auswahl: Alle Schritte des Forschungsprozesses wurden dargelegt</p> <p>Ethikkommission: es wurde eine Einwilligung im Institutional Review Board (IRB) eingeholt, welche die Rechte der Teilnehmer schützt Studie verfügt über ein Referenzverzeichnis</p> <p>Expertise der Autoren: Interessenskonflikt: es wurde kein Interessenskonflikt genannt ->beschrieben, dass es sich um ein evidence based clinical Scholarship handelt Journal of Neuroscience Nursing ist peer- reviewed</p> <p>Parametrische Statistiken eignen sich angemessen, um Beziehungen zwischen den Variablen zu testen Pearson Chi- quadrat – Analyse eignet sich um Assoziationen zwischen PSD, den demografischen Daten, Stroke-Charakteristika, Krankengeschichte, PHQ 9 category variablen zu testen Pearson Korrelation die Stärke der linearen Beziehungen zwischen zwei variablen zu messen (day to depression screen and PHQ 9 raw scores)</p> <p>Stichprobengrösse ist angemessen</p> <p>Anzahl der Patient_in variiert, da einige Daten fehlen. Diese wurden paarweise beseitigt.</p> <p>Bei Patient_innen welche eine moderate, moderate to severe, and severe levels of depression aufweisten, wurden kaum sekundäre Gründe untersucht Schilddrüsenbestimmung, vit B12)</p> <p>PHQ-9 ist ein validiertes (an Stroke-Betroffenen) Screeninginstrument, daher zur Erhebung geeignet Verfahren der Datenanalyse sind beschrieben</p>	<p>Werden vollständig aufgezeigt</p>	<p>Wenn Pflegefachpersonen in der Durchführung des PHQ -9 geschult sind. Dies erhöht die Früherkennung (ist konsistent mit anderen Studien Edwards et al. 2006; Lightbody et al. 2007) Potential unbehandelte Depression zu entdecken</p> <p>Limitationen wurden genannt Kurze Implementierungsphase Wechsel der Ärzte innerhalb der Unit Überwiegend kaukasische Teilnehmer Wahrnehmung der Pflegefachpersonen und Art die Fragen zu stellen Patient_in wurden möglicherweise als aphasisch eingestuft obwohl sie dysarthrisch waren Das Wissen das sie Teil einer Studie sind</p> <p>Geben Empfehlungen an die Praxis ab</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontinuierliches Training bezüglich des Protokolls - Einführung der Mitarbeiter (Pflege und Ärzte) in dieses Protokoll - Regelmässiger wöchentlicher Austausch während der Implementation des Protokolls - Weitergabe von positiven Screenings an stroke coordinator - Besprechungen der Patient_in im interdisziplinären huddle - Klarer Ablauf screening durch NP -> positives Resultat → stroke coordinator/neurology NP-> Arzt zum Ausschluss von DD → Treatmentplan aufgrund des evidence based protocol medication recommendation - Laminierte Protokollkarten für Pflege, Ärzte usw.

Güte/ Evidenzlage: Stufe 6 der Evidenzpyramide, Originalstudie welche in dem Journal of Neuroscience Nursing veröffentlicht wurde, dieses ist peer-reviewed

Objektivität: PHQ-9 ist ein validiertes Messinstrument und wurde an der Population der Stroke Patienten getestet.

Reliabilität: PHQ 9 weist eine gute Validität und Reliabilität auf

Validität: Studiendesign lässt eine Beantwortung der Forschungsfrage zu.

Referenz: Janneke M De Man-van Ginkel, Floor Gooskens, Marieke J Schuurmans, Eline Lindeman, Thóra B Hafsteinsdottir

Zusammenfassung des Reviews: A systematic review of therapeutic interventions for poststroke depression and the role of nurses (2010)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Untersucht die Rolle vom Pflegefachpersonal im Umgang mit PSD Identifikation von nicht pharmakologischen Interventionen, welche das Pflegefachpersonal in ihrer täglichen Arbeit nutzen kann</p> <p>Es ist nur wenig über Interventionen für Pflegefachpersonen bekannt</p> <p>Erste Übersichtsarbeit die sich mit dem Thema auseinandersetzt</p>	<p>Systematic Review (according to the cochrane method and following Quorum standards) 15 Artikel 1 systematic Review wurde untersucht Zeitraumen: July 1993 bis Juni 2008 Intervall wurde gewählt um alle relevanten Studien zu finden Alle Studien vor dieser Zeit wurden nicht einbezogen, aufgrund von Veränderungen im Gesundheitssystem</p> <p>Methode: CINAHL, Medline, (PubMed), Nursing journals, PsychINFO, Keywords sind genannt</p> <p>Ein und Ausschlusskriterien beschrieben Pat.mit Schlaganfall, Pflegefachpersonen oder andere an der Pflege beteiligten Personen Setting: Akut, Rehabilitation oder chronische Phase Interventionen: welche in Zusammenhang Pflege von Pat. steht Sprache: englisch und Niederländisch</p> <p>Referenzen: 4008 Nach dem screening: 816 Duplicate: 445 Relevant: 15 Art der Studien: 1x Reviews, 12x RCTs, experimentell, Beobachtungsstudien, 2x qualitative Studien</p> <p>Unterschiedliche Designs, Phase nach dem Stroke, Patientencharacteristica 5 Studien akut und Rehabilitation 5 Rehabilitation 1x Rehabilitation und chronischen Phase 3x in chronischen Phase 1x in allen Phasen</p> <p>Scope: 2x rolle der Pflege bei der identifizierung</p> <p>Depressionsscreeninginstrumente: BDI, Bipolar Form of the profile of mood States , Faces scale, GDS, General health Questionnaire, Hospital anxiety and depression scale, Hamilton depression, PHQ 9 Yale single question, Zung scale of Depression GDS und HADS am meisten</p> <p>Aufgrund der verschiedenen methodischen Unterschiede → keine Metaanalyse durchgeführt, sondern Ergebnisse werde narrativ dargestellt</p>	<p>Aufgrund der heterogenität der Studien, konnte keine Metaanalyse durch die Autoren durchgeführt werden Ergebnisse wurden daher narrativ dargestellt</p> <p>Rolle der Pflege bei der Erkennung von PSD: 2 qualitative Studien: Empfanden Einschätzung des psychologischen Status aufgrund mangelnder Fähigkeiten und Ausbildung als schwierig Verwendeten selten Messinstrumente Ausrichtung auf körperliche Funktionen, Zeitmangel und begrenzte Kenntnisse verhindern angemessene Versorgung</p> <p>Bereitstellen von Informationen: Metaanalyse und experimentellen Studie Unterschieden in aktiv und passiv Aktive Informationen hinsichtlich schweregrad, Anzahl der depressiven Pat. einen signifikant höheren Effekt als passiv</p> <p>Review Therapie RCT Interventionsgruppe: ausgebildete Pflegefachpersonal diskutiert einstündigen Einzelsitzung Erfahrungen des Pat. mit Kindheit, Jugend, Familie und zu Hause Kontrollgruppe betrachten von Videos, Diskussionen ohne therapeutische Absicht Interventionsgruppe signifiant geringeren Schweregrad</p> <p>Motivierende Gesprächsführung RCT Selbstwirksamkeit und Optimismus unterstützend Zeigten signifikanten Effekt auf die Anzahl depressiver Patienten</p> <p>Musik Therapie 2 Studien Musikalische Sitzung zeigten Einfluss auf den Schweregrad der Depression</p> <p>Körperliche Bewegung RCT Auswirkungen auf Schweregrad und Anzahl depressiver Patienten</p>	<p>Bereitstellung von Informationen, Motivierende Interviews und ein ambulantes Unterstützungsprogramm und körperliche Betätigung wirkten sich positiv auf den Schweregrad der PSD aus</p> <p>Informationsbereitstellung (Metanalyse mit 10 Studien)</p> <p>Limitationen Verschiedene Fachleute-> Durchführung des ambulantes Unterstützungsprogram, Motivierende Interviews Allerdings kann dies auf pflegerischen Kontext übertragen werden Die Entscheidung welche Studie aufgenommen in das Review aufgenommen wurde, wurde durch 2 unabhängige Forscher entschieden</p> <p>Schwere des Schlaganfalls Zeit von Beginn des Schlaganfalls zur Datenerfassung Meisten Studien haben keine Informationen zum Schweregrad gemacht 13 studien und 10 verschiedene Screeninginstrumente</p> <p>Nicht alle Interventionen passen in jedes Setting</p> <p>Empfehlungen für die Praxis: Schulungen, um festzustellen welche Intervention geeignet ist Schulungen zum strukturellen Screening Optimale Zusammenarbeit mit anderen Fachleuten Bereitstellen von Informationen ist eine multidisziplinäre Anstrengung</p> <p>Weitere Forschung ist erforderlich</p>

		<p>Kraft, Gleichgewicht, Ausdauer und Funktion der oberen Extremitäten Signifikanter Unterschied Schweregrad bei der interventionsgruppe</p> <p>Unterstützungsprogramme 6 Studien unterschieden sich in Inhalt und Ziel Zeigten unterschiedliche Ergebnisse Outreach Pflegeprogramm (3xTelefonkontakt und ein Hausbesuch in ersten 6Monaten)->kein signifikanter Effekt Fortlaufende Überwachung des Fortschritts physisch und psychosozial→ signifikante Abnahme des Schweregrades (Claiborne, 2006) Pflegehilfsprogram, 3 Monate 1. Aktivierung der Pat. um Behandlung und Diagnose der Depression zu verstehen und zu akzeptieren 2. Einleitung einer Antidepressiver Medikation 3. Überwachung der Wirksamkeit der Behandlung → signifikant niedrigere Schwere der Depression Lightbody 2007 hat aufgezeigt, das Screenings durch gut geschultes Pflegefachpersonal zu einer korrekten Identifizierung führt. Daher sollte der Einsatz in der täglichen Praxis erhöht werden (Edwards 2006)</p> <p>strukturierte Ansätze zum Bereitstellen von Informationen, =Grösster Effekt</p> <p>Review Therapie=Evidenz schwach (kleine Stichprobengrösse, mässige methodische Qualität)</p> <p>Motivierende Interviews: hohe Qualität, grosse Stichprobengrösse (Können von Pflegepersonal angewendet werden Riegel et al, 2006; Gance Cleveland 2007)</p> <p>Musizieren keine positiven Auswirkungen (kleine Stichprobe) Allerdings Musik über Kopfhörer, ältere Menschen mit Demenz signifikant positiv Effekt (Snowden et al. 2003)</p> <p>Mobi: Kann auch auf Pflege übertragen werden. Ermutigen an Aktivitäten teilzunehmen</p>	<p>Schwerpunkt auf Früherkennung der PSD durch Pflege unter Verwendung valider und zuverlässiger Instrumente</p>
--	--	--	--

Paper for appraisal and reference: Janneke M De Man-van Ginkel et al. (2010)
Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' In terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments: Die Population weist eine grosse Heterogenität auf und verschieden Methoden/Designs wurden verwendet. Aus diesem Grund wurden die Ergebnisse narrativ dargestellt

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would address the review's question have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments:

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments: die Suche hat in allen Relevanten Datenbanken stattgefunden

1. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments: die Qualität der Studien wurde beschrieben

2. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Section B: What are the results?

3. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments: motivierende Gesprächsführung und bereitstellen von Informationen scheinen die effektivsten Methoden so weit und können, wenn auch in der Studie durch andere Berufsgruppen durchgeführt, auf den Pflegekontext übertragen werden

1. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments: schwierig, aufgrund der Heterogenität der Population

Section C: Will the results help locally?

2. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

3. Were all important outcomes considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether there is other information you would like to have seen

Comments:

4. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider even if this is not addressed by the review, what do you think?

Comments: es gibt eine Auflistung der Interventionen welche zur Verfügung stehen

Referenz: Hamid, G. & MacKenzie M. A.

Zusammenfassung des Fachartikels: Early Intervention in Patients with Poststroke depression (2017)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die Autorinnen erklären, wie sich Depressionen nach Schlaganfall häufig entstehen. Sie beschreiben die Risikofaktoren und diskutiert mögliche Screeninginstrumente und therapeutische Interventionen, mit denen Pflegefachpersonen eine Depressionen bei Patient_innen nach einem Schlaganfall identifizieren und behandeln können.</p>	<p>Keywords wurden im Artikel genannt assessment; depression; nursing interventions; poststroke depression; poststroke rehabilitation; stroke</p> <p>Publiziert in einem peer reviewed Journal American Journal of Nursing</p> <p>Autor: Gwendolyn Hamid</p> <p>RN, PHD in Nursing Adjunct Clinical Instructor and Lecturer at Villanova</p> <p>Meredith A. MacKenzie Ist assistant professor</p>	<p>Pharmacological management: Es werden SSRI's empfohlen, welche man auch prophylaktisch eingesetzt werden können Zur Verbesserung der Motorik, Verminderung Risiko einer nachfolgenden Gefässerkrankung. Zusätzlicher Einsatz von Fluoxetin oder Nortriptylin → Verbesserung Schlaganfallbedingter Kognitiver Defizite Überleben nach Schlaganfall bei Pat mit ohne Diagnose einer PSD konnte erhöht werden</p> <p>Gründliche Anamnese und fortlaufende Beurteilung und nursing assessment zur Ermittlung der besten Behandlung, zur Bewältigung der Depression sowie etwaiger pharmakologischer Nebenwirkungen</p> <p>Wichtig: vertraut sein mit Wirkung von Antidepressiva und Verständnis des Patienten dafür zu stärken Wichtig Patient zu informieren, dass die Wirkung innerhalb von ein bis drei Wochen nach Beginn der Behandlung einsetzen kann Volle Wirkung möglicherweise erst nach 12 Wochen zu spüren ist Achten auf Patienten sollten ebenfalls informiert werden, die Therapie nicht abrupt abzusetzen, sondern diese langsam unter ärztlicher Aufsicht abzubauen Risiken: erhöhte Risiko für Blutungen und hämorrhagische Schlaganfälle bei Patient_innen die SSRIs einnehmen</p> <p>Nichtpharmakologische Behandlung Motivationsinterviews Life Review Therapie Verhaltenspsychosoziale Unterstützungsprogramme und strukturierte körperliche Bewegung in Verbindung mit der üblichen Pflege, einschließlich der antidepressiver Therapie führt zu einer Verbesserung der PSD S Symptome</p> <p>Motivierende Interviews Auf Gespräche basierend → Ziel das Verhalten zu ändern indem sie ihre Motivation und Engagement für ihre Ziele zu stärken → Förderung der Selbstwirksamkeit und Optimismus Offene Fragen, Zustimmung, Unterstützung, zuhören</p> <p>Bedarf einer Schulung Kann kurz nach einem Schlaganfall beginnen</p>	<p>Weitere Forschung wird empfohlen im Hinblick auf:</p> <p>Mechanismen welche die Entwicklung einer PSD beeinflussen</p> <p>Entwicklung von validen und zuverlässigen Screening tools bei aphasischen Patient_innen</p>

		<p>Life Review Therapie Von Butler in den 1960er Bei dem Patient_innen sich an frühere Erfahrungen erinnern und diese ihm beim coping helfen</p> <p>Jeweils eine Session für einen speziellen Lebensabschnitt (childhood, adolescence, adulthood) Oder bestimmte Meilensteine</p> <p>Verhaltenspsychologische Unterstützungsprogramme können Symptome einer Depression nach Schlaganfall kurz- und langfristig reduzieren (Mitchell) Interventionsgruppe trafen sich neunmal in acht Wochen ->individuelle Problemlösungsstrategien und Methoden zur Identifizierung und Überwindung negativer Denkmuster Ziel: Verbesserung der Erfahrung sozialen und körperlichen Aktivitäten, um depressiven Symptomen entgegenzuwirken Schweregrad war nach einem Jahr signifikant verringert ->Wichtigkeit Erkennen depressiver Symptome und einen Plan zur Änderung des Verhaltens der negativen Denkmuster zu entwickeln Pflegefachpersonen können den/die Patient_innen beibringen, Symptome zu erkennen und wirksame Methoden zur Kontrolle zu entwickeln ->Aktivitäten, Soziale Interaktion, um nachteilige Auswirkungen sozialer Isolation entgegenzuwirken</p> <p>Körperliche Aktivität Moderate Bewegung für einen Mensch mit Behinderung ist definiert mit 150min intensive aerobe Aktivität pro Woche ->senkt nachweislich das Risiko für depressive Symptome Um 74%- 89% + Verbesserung der Lebensqualität Pflegefachpersonen können dies fördern</p> <p>Wirkung von Vitamin D konnte nicht in allen Studien belegt werden</p>	
--	--	---	--

Paper for appraisal and reference: Hamid, G. & MacKenzie M. A.
Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' In terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments:

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would address the review's question have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments: Keywords sind genannt, allerdings ist die Methode wurde im Artikel nicht beschrieben

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments: das genaue Vorgehen ist aus dem Text nicht ersichtlich

1. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments: ist dem Text nicht zu entnehmen

2. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments: die Resultate sind klar aufgezeigt und nehmen Bezug auf verschiedene Studien

Section B: What are the results?

3. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments: siehe AICA

1. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments: aufgrund der fehlenden Suchstrategie nicht ersichtlich

Section C: Will the results help locally?

2. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

3. Were all important outcomes considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether there is other information you would like to have seen

Comments:

4. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider even if this is not addressed by the review, what do you think?

Comments:

Zusammenfassung der Studie: General self-efficacy as a driving factor of post-stroke depression: A longitudinal study (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Die vorliegende Studie befasst sich mit der allgemeinen Selbstwirksamkeit und dessen Einfluss auf eine PSD.</p> <p>Das primäre Ziel dieser Studie ist es, die dynamische Beziehung zwischen der globalen Selbstwirksamkeit (GS) und der Depression während der ersten zwei Jahre nach dem Stroke zu untersuchen. Die Forschenden möchten die Richtung beziehungsweise den ausschlaggebenden Faktor dieser wechselseitigen Beziehung abschätzen und die tatsächliche Veränderung innerhalb der Person erfassen.</p> <p>Das zweite Ziel dieser Studie ist die Beurteilung, ob es unterschiedliche Beziehungsmuster für Patient_innen mit und ohne Grunddepression gibt. Schliesslich soll ein gemeinsames Problem bei Längsschnittdaten angehen: ungleiche Zeitintervalle zwischen den Messzeitpunkten. Obwohl sie von früheren Studien weitgehend ignoriert wurden, können ungleiche Zeitintervalle - wenn sie nicht berücksichtigt werden - die Schätzung von Verzerrungsparametern verzerren, indem sie die Grösse und sogar die Richtung von Effekten potenziell verändern.</p> <p>Stroke-Betroffene müssen sich grundlegenden Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen stellen, weshalb frühere Studien die Bedeutung der globalen Selbstwirksamkeit für die erfolgreiche Bewältigung nach einem Stroke betont haben. Tatsächlich übte eine hohe GS einen stärkeren Einfluss auf depressive Symptome wenige Wochen nach dem Stroke aus, als die stroke-spezifische Selbstwirksamkeit. Wenn man den Einfluss der Selbstwirksamkeit für stroke-spezifische Aufgaben (z.B. Gehen oder Anziehen von Kleidung) mit der globalen Selbstwirksamkeit vergleicht.</p>	<p>Stichprobe: Im Rahmen der "Berliner PSD-Studie" wurden Patient_innen aus zwei deutschen stationären Rehabilitationszentren rekrutiert.</p> <p>Einschlusskriterien - Auftreten eines ischämischen Strokes innerhalb von sechs Monaten vor der in der Patientenakte dokumentierten Ausgangsbeurteilung - ausreichendes verbales Verständnis (geprüft mittels Token-Test) - n= 294 (Durchschnittsalter = 63,78 Jahre, SD = 10,83; 41,1% weiblich)</p> <p>Die Untersuchungen wurden von Doktoranden und Master-Psychologiestudenten vor Ort und telefonisch (Follow-up) nach der Entlassung der Patient_innen durchgeführt. Die Informationen zu Medikation, Schwere des Strokes, Kognition (Mini-Mental-Status) und Behinderung (Barthel-Index) wurden aus medizinischen Berichten entnommen. Die demographischen Daten wurden zu Beginn der Studie erfasst.</p> <p>Bei jeder Beurteilung wurden zusätzlich zum strukturierten klinischen Interview zur Diagnose der DSM-5-Depression, die depressiven Symptome mittels der GDS-15 und die GS mittels der General-Self-Efficacy Scale von Schwarzer & Jerusalem (1995), untersucht.</p> <p>Die Längsschnittanalysen umfassten fünf Messzeitpunkte: Die Basisanalysen wurden nach schriftlicher Einwilligung während der Rehabilitation 6,7 Wochen nach dem Stroke durchgeführt. Anschließend wurden vier aufeinanderfolgende Untersuchungen mit durchschnittlichen Zeitabständen von 8.3, 7.4, 9.6 und 5.8 Monaten zwischen den Untersuchungen durchgeführt, so dass etwa zwei Jahre nach dem Stroke verstrichen.</p>	<p>Vor Ort erfüllten 35,7% der Patient_innen die DSM-5-Kriterien für eine depressive Störung, was mit den in Meta-Analysen erhobenen Prävalenzraten übereinstimmt. GDS-15 und DSM-5 diagnostizierte Depressionen, sind nach dem ersten Jahr zurückgegangen.</p> <p>Die GS ist der ausschlaggebende Faktor für depressive Symptome in den ersten zwei Jahren nach dem Stroke. Daher war der Einfluss der GS auf die depressiven Symptome stärker als umgekehrt. Der Cross-Lagging-Effekt der GS auf die spätere Depression, erreichte etwa sechs Monate nach dem Stroke seinen Höhepunkt. Hinsichtlich der Auto-Effekte, die die Stabilität der GS und der depressiven Symptome erfassen, fanden die Forschenden Gruppenunterschiede. Je nachdem, ob die Patienten an einer Grunddepression litten oder nicht.</p> <p>Die Ergebnisse zeigen die entscheidende Rolle der abnehmenden GS für die Entstehung einer PSD.</p> <p>Darüber hinaus zeigen diese Ergebnisse, dass die GS, trotz ihrer stabilen, merkmalsähnlichen Konzeption eine dynamische und wechselseitige Beziehung zur Depression nach einem Stroke aufweist.</p>	<p>Die führende Rolle der GS bei Depressionen legt nahe, dass die Förderung des Glaubens der Patient_innen an ihre Fähigkeit, nach einem Stroke zurechtzukommen, der Entstehung und Verschlimmerung depressiver Symptome entgegenwirken kann. Es gibt immer mehr Belege dafür, wie wichtig es ist, die Selbstwirksamkeit der Patienten direkt oder über Selbstmanagementprogramme anzugehen. \$</p> <p>Die Ergebnisse weisen auf ein entscheidendes Zeitfenster etwa sechs Monate nach dem Stroke hin, in dem die Veränderung der GS zu der grössten Veränderung der späteren Depressivität führte. Zu diesem Zeitpunkt sind die Patient_innen in der Regel ins eigene Heim zurückgekehrt und müssen ihren Alltag an möglicherweise anhaltende Folgen anpassen. Dieser Übergang ist mit schwerer Unsicherheit verbunden, da sich die Patient_innen nach einer intensiven und kontinuierlichen Behandlung während der Rehabilitation oft allein gelassen fühlen. Die Bedeutung dieses Zeitfensters wurde auch durch die Gruppenunterschiede deutlich: Die Stabilität sowohl der GS als auch der depressiven Symptome war bei Patient_innen mit einer Basisdepression höher als bei Patient_innen ohne. Da Patient_innen mit einer Basisdepression bereits unter verminderter GS und erhöhter Verzweiflung leiden, könnten diese Gefühle beim Verlassen der vermeintlichen Sicherheit der Rehabilitationseinrichtung fortbestehen, was zu einer erhöhten Stabilität von niedrigerer GS und depressiven Symptomen führt.</p> <p>Limitation: begrenzte Stichprobe, die klinische Bewertung könnte durch die telefonischen Interviews beeinflusst worden sein Schliesslich konnten mögliche Einflüsse bestimmter Ereignisse nach einem Stroke (z.B. Pensionierung) nicht beurteilt werden, was ein weiteres Licht auf das dynamische Beziehungsmuster werfen könnte.</p>

Würdigung der Studie: General self-efficacy as a driving factor of post- stroke depression: A longitudinal study (2018)

Einleitung	Methode	Ergebnisse	Diskussion
<p>Der Inhalt dieser Studie stellt ein sehr wichtiges Thema zur Behandlung einer PSD dar. Die Forschenden belegen jede Aussage mit bereits vorhandener Literatur. Die Forschungsfragen wurden nicht klar definiert, jedoch wurde der Zweck und die zwei Ziele dieser Studie ausführlich beschrieben.</p>	<p>Die Forschenden wählten ein Längsschnittskohortendesign aus, welches zur Beantwortung der Forschungsfrage angemessen ist, da sie herausfinden möchten zu welchen Zeitpunkten die globale Selbstwirksamkeit (GS) die Depression beeinflussen kann.</p> <p>Die Stichprobenziehung ist für das Design angemessen, Patient_innen mit beeinträchtigtem verbalem Verständnis wurden ausgeschlossen, was in Anbetracht der Datenerhebung Sinn macht. Trotzdem leiden viele Stroke-Betroffene unter dieser Problematik. Somit können die Ergebnisse nur bedingt auf die Gesamtpopulation übertragen werden. Die Stichprobengrösse ist eher klein, ähnlich vieler PSD Studien.</p> <p>Die Stichprobe wurde in zwei Gruppen eingeteilt, Patient_innen mit und ohne Depression vor dem Stroke. Dies begründen die Forscher_innen logisch mit einer bereits verminderten GS bei Patient_innen mit Depression in der Vorgeschichte. Also einer unterschiedlichen Ausgangslage. Sie vergleichen beide Gruppenergebnisse miteinander.</p> <p>Die Datenerhebung ist bei allen Teilnehmern gleich: durch Doktoranten und Masterpsychologiestudenten. Die Patient_innen wurden vor Ort und nach dem Austritt telefonisch anhand validierter Instrumente befragt. Fraglich ist weshalb Studenten in die Datenerhebung miteinbezogen wurden und ob die Ergebnisse dadurch genauso glaubwürdig sind. Auch die Befragung am Telefon könnte ungenau sein, da Angehörige das Telefongespräch führen könnten oder Patient_innen unbemerkt falsche Aussagen machen.</p> <p>Es wurden valide Messinstrumente gewählt und mögliche Verzerrungen eliminiert.</p> <p>Die statistischen Verfahren wurden sinnvoll angewendet und erklärt.</p> <p>Ethik: eine Zustimmung wurde eingeholt, ansonsten wurden keine weiteren ethischen Aspekte beschrieben.</p>	<p>Die Ergebnisse werden in Textform sowie grafisch dargestellt, wobei sie für den/ die Leser_in eher schwer zu verstehen sind.</p> <p>Erst im Diskussionsteil werden die Ergebnisse logisch und nachvollziehbar erklärt.</p> <p>Es wird in der gesamten Studie nicht erklärt, wie die globale Selbstwirksamkeit des Patienten_in gefördert wurde. Es wurden also keine Interventionen dazu beschrieben. Es wurde lediglich beschrieben, dass die GS anhand der Generel-Self-Efficiency Scale gemessen wurde und, dass die Förderung der wahrgenommenen Kontrolle der Patient_innen dazu beitragen, die PSD zu verringern und zu verhindern.</p> <p>Somit ist es schwierig zu sagen, ob die Ergebnisse die gleichen wären, wenn eine andere Methode zur Förderung der GS verwendet wird.</p> <p>Es ist ebenfalls schwierig abzuleiten, welche Kompetenzen für die Intervention zur Förderung der GS benötigt werden, also ob diese von Pflegefachpersonen ausgeführt werden können</p>	<p>Die Resultate werden anhand vorhandener Literatur beschrieben und verglichen. Sie zeigen ähnliche Prävalenzen wie in bereits vorhergegangenen Untersuchungen auf.</p> <p>Zusammenfassend zeigte diese Studie sinnvolle Ergebnisse für die Betreuung von Patient_innen nach einem Stroke. Wobei diese ähnliche Ergebnisse lieferte wie vorherige Studien. Es ist fraglich, weshalb die Autor_innen dieser Arbeit keine Intervention zur Förderung der Selbstwirksamkeit beschrieben haben. Denn dies wäre für den/die Leser_in äusserst wichtig, da die GS ja einen grossen Einfluss auf depressive Symptome zeigte.</p> <p>Die Stärken und Schwächen wurden unvollständig aufgewogen, beispielsweise fehlt die Begründung und mögliche Verzerrung durch den Einsatz von Student_innen und weshalb die Patient_innen telefonisch befragt wurden.</p> <p>Da diese Studie von Psychologen und Psychologiestudent_innen durchgeführt wurde und die Intervention nicht beschrieben wurde, kann sie in einem anderen Setting und durch andere Fachpersonen nur bedingt wiederholt werden.</p>

Güte/ Evidenzlage:

Objektivität: Die Ergebnisse könnten von den Forschern abhängig sein, da es sich auch um Studenten handelte. Dessen Fähigkeit Daten zu erheben könnte schlechter sein als die der Doktoranten

Reliabilität, Zuverlässigkeit: Die verwendeten Messinstrumente wurden nach Objektivität und Validität überprüft. Die Studie könnte nur bedingt durch andere Forschende wiederholt werden.

Validität, Gültigkeit: Das Design ist passend, die Datenanalyse ist nachvollziehbar.

6 S-Evidenzlevel: Stufe 6, es handelt sich um eine Originalstudie, die in der Neuropsychological Rehabilitation An International Journal veröffentlicht wurde, dieses Journal ist peer-reviewed