

**Einführung des Schmerzassessments  
in den Gesundheitssprengeln  
Gröden, Eggental/Schlern und Salten/Sarntal/Ritten**

**Einführung  
eines interdisziplinären Schmerzassessments am Wohnort**

Abschlussarbeit  
Universitätslehrgang Palliative Care  
Vertiefungslehrgang Palliativpflege Stufe II 2012  
Salzburg



Namen: Annegret Runggaldier und Elfriede Delvai  
E-Mail: annegret.runggaldier@asbz.it – elfriede.delvai@asbz.it  
Betreuerin: Meike Schwermann  
Abgabedatum: 15.11.2012

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	4
<b>2</b>	<b>Rechte und Gesetze</b>	6
2.1	WHO Definition of Palliative Care	6
2.2	Europäische Charta der Patientenrechte	6
2.3	Aktuelle Gesetzesregelung in Italien	7
2.4	Umsetzung in Südtirol	7
2.5	Der deontologische Kodex der KrankenpflegerInnen	8
<b>3</b>	<b>Auszüge Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege 2011</b>	10
3.1	Zielsetzung des Expertenstandards	10
3.2	Auswirkungen des Schmerzerlebens	10
3.3	Involvierte Pflegepersonen	10
3.4	Interdisziplinarität	10
3.5	Aufgaben der Pflegefachkräfte	11
3.5.1	<i>Initiales Schmerzassessment</i>	12
3.5.2	<i>Differenziertes Schmerzassessment</i>	13
3.5.3	<i>Schmerzanamnese</i>	13
3.5.4	<i>Messen der Schmerzintensität</i>	14
3.5.5	<i>Dokumentation des Schmerzassessments</i>	15
3.5.6	<i>Edukation im Schmerzmanagement</i>	16
3.6	Schmerzmanagement bei häuslichen Pflegesituationen	17
<b>4</b>	<b>Projektumsetzung</b>	19
4.1	Plan	21
4.1.1	<i>Identifizierung des Problems</i>	21
4.1.2	<i>Erhebung der Ist-Situation</i>	22
4.1.3	<i>Definition von Zielen</i>	22
4.1.4	<i>Planung der Maßnahmen</i>	23
4.1.5	<i>Wahl der Arbeitsinstrumente</i>	24
4.2	Do	25
4.2.1	<i>Vorbereitung der Maßnahmen</i>	25
4.2.2	<i>Umsetzung der Maßnahmen</i>	26
4.3	Check	26
4.3.1	<i>Überprüfung der Ergebnisse</i>	26
<b>5</b>	<b>Ausblick</b>	27
<b>6</b>	<b>Begriffsdefinitionen</b>	28
<b>7</b>	<b>Schlusswort</b>	30
<b>8</b>	<b>Literatur- und Quellenverzeichnis</b>	31
<b>9</b>	<b>Bildquellen</b>	32
<b>10</b>	<b>Anhang</b>	32

## **Abstract**

Die Versorgung der schwerkranken und sterbenden PatientInnen hat sich in den letzten Jahren sehr stark verändert. PatientInnen leben länger, die Pflegesituationen sind komplexer und intensiver. Trotz der großen Fortschritte in der modernen Schmerzforschung der letzten Jahre, kann und muss die Versorgung der SchmerzpatientInnen noch verbessert werden. Der Schmerz kann erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität und das Wohlbefinden eines Menschen haben.

Im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung in der Pflege und des betriebsweiten Qualitätsmanagements (PDCA) wurde in Zusammenarbeit mit den QualitätsreferentInnen, den KoordinatorInnen und ÄrztInnen der beteiligten Gesundheitssprengel das Thema „Einführung des Schmerzassessments“ ausgewählt. Grund der Auswahl war ein ungenügendes Schmerzassessment, eine erfahrungsgemäße ungenügende Schmerzbehandlung von PatientInnen und die Notwendigkeit der Einführung eines interdisziplinären Schmerzassessments am Wohnort.

Die Einführung eines interdisziplinären Schmerzmanagements am Wohnort ist eine Aufgabe, die erhebliche Energie und Zeit sowie das Engagement aller Beteiligten erfordert.

Als Grundlage für die Umsetzung des Projektes gilt der vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung (DNQP) veröffentlichte „Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen 2005“, der 2012 durch den Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 1. Aktualisierung 2011“ integriert wurde.

# 1 Einleitung

Es gibt mehrere Argumente für die Umsetzung des Schmerzassessments in der Pflegepraxis. „Ein kompetentes Schmerzassessment soll dazu führen, den PatientInnen entsprechend ihres Schmerzerlebens strukturiert, geplant, systematisch, effektiv und nicht ad libitum oder entsprechend der individuellen Wahrnehmung der Pflegepersonen zu erfassen.“ (Knipping 2007, 17) Die WHO begründet in ihrer Definition von Palliative Care (2002), die frühzeitige Implementierung und Umsetzung eines Schmerzassessments chronischer Schmerzen, dass eine bestmögliche Einflussnahme auf die Lebensqualität von PatientInnen und deren Familien zu erfolgen habe. Zahlreiche Studien belegen, dass bis heute die Schmerztherapie bei PalliativpatientInnen unzureichend ist. (vgl. Knipping 2007, 172)

Laut Carr und Mann (2009) haben die gewonnenen Erkenntnisse über Schmerzmechanismen und die daraus resultierenden Fortschritte im Beherrschen von Schmerzen bestimmten Patientengruppen Erleichterungen gebracht, insgesamt besteht jedoch das Problem eines ungenügenden Schmerzmanagements in allen Altersgruppen, Kulturen, Kliniken und auf kommunaler Ebene weiterhin. Eine effektive Behandlung von Schmerzen hängt sehr stark von den Kompetenzen und Einstellungen derjenigen ab, die PatientInnen versorgen. Professionelle Pflege verlangt, dass die Komplexität der individuellen Schmerzwahrnehmung durch entsprechende, den PatientInnen angepasste Assessment-Instrumente wahrgenommen wird, damit Pflegehandlungen und interdisziplinäre Entscheidungen eingeleitet werden können.

Eine Ist-Analyse der drei Gesundheitssprengel Gröden, Eggental/Schlern und Salten/Sarntal/Ritten hat ergeben, dass kein standardisiertes Schmerzassessment und keine Schmerzskala verwendet werden.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb strebt die Verbreitung einer Methodik zur Verbesserung der Betreuungsqualität der PatientInnen an.

Diese Methode wird PDCA (Plan – Do – Check – Act) genannt. Der PDCA-Zyklus ist ein Anwendungs- und Erklärungsmodell für den Problemlösungsprozess oder für den Prozess der kontinuierlichen Verbesserung und wurde nach William Edwards Deming benannt.

Auf Grund der noch bestehenden Versorgungslücke der betreuten PatientInnen am Wohnort bezüglich eines angemessenen Schmerzmanagements beschließen die

KoordinatorInnen und ÄrztInnen im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung die Umsetzung eines interdisziplinären Schmerzassessments.

Ziel dieses Projektes ist eine systematische Schmerzeinschätzung und eine dokumentierte Schmerzbehandlung sowie Information und Anleitung der PatientInnen und deren Angehörigen über den Gebrauch der Schmerzdokumentation. Als Zielgruppe werden PatientInnen mit einer Neoplasie in der Terminalphase, die tumorbedingte Schmerzen aufweisen, gewählt. Die Zielgruppe wird bewusst eingeschränkt, damit die HausärztInnen und KrankenpflegerInnen die Möglichkeit haben, sich intensiv mit der Thematik Schmerzassessment auseinanderzusetzen, die Instrumente gezielt einsetzen und eine fundierte PatientInnenedukation durchführen können.

## **2. Rechte und Gesetze**

### **2.1 WHO Definition of Palliative Care**

Die Originalversion der WHO von Palliative Care ist in englischer Sprache und wird wie folgt zitiert:

“Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual. Palliative care:

- provides relief from pain and other distressing symptoms;
- affirms life and regards dying as a normal process;
- intends neither to hasten or postpone death;
- integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;
- offers a support system to help patients live as actively as possible until death;
- offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;
- uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;
- will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;
- is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.“ (WHO 2002)

Um der WHO-Definition der Palliative Care (2002) im Kontext der bestmöglichen Einflussnahme auf die Lebensqualität von Betroffenen und deren Familien, die unter Schmerzen leiden, zu entsprechen, bedarf es angepasster organisatorischer, kommunikativer und edukativer Voraussetzungen, damit ein Schmerzmanagement gelingen kann. (vgl. Knipping 2007, 183)

### **2.2 Europäische Charta der Patientenrechte**

Im Artikel 11 der „Europäischen Charta der Patientenrechte“ wird das Recht auf Vermeidung unnötiger Leiden und Schmerzen beschrieben. Jeder Mensch hat das Recht darauf, dass in jeder Phase seiner Krankheit Leiden und Schmerzen soweit wie möglich

vermieden werden. Das Gesundheitswesen muss sich verpflichten, hierzu alle zweckmäßigen Maßnahmen bereitzustellen, indem es z.B. eine palliative Behandlung verfügbar macht und den Zugang der PatientInnen dazu erleichtert. (DGVP 2002)

### **2.3 Aktuelle Gesetzesregelung in Italien**

2010 wurde ein Gesetz zur Palliativpflege und Schmerztherapie verabschiedet.

„Legge 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative ed alla terapia del dolore (G.U. 19 marzo 2010, n. 65).“ (Ministero della Salute 2010)

Gesetz 15 März 2010, Nr. 38 Verordnung für den Zugang zur Palliativpflege und Schmerztherapie.

Das italienische Gesetz Nr. 38 vom 15. März 2010 regelt den Zugang der Bürger zur palliativen Betreuung und zur Schmerztherapie. Es besagt, dass der Anspruch auf palliative Betreuung Recht eines jeden Bürgers ist (Art. 1). So soll ein individuelles Betreuungskonzept für die Betroffenen und deren Familien ermöglicht werden, welches die Würde und Selbstbestimmtheit und den Schutz der Lebensbedingungen der Betroffenen bis zuletzt achtet (Art. 5). Die Pflicht, die Schmerzerhebung in die Pflegedokumentation einzutragen, beschreibt der Art. 7 mit folgenden Absätzen:

- Die Pflegedokumentation, die in den verschiedenen Strukturen verwendet wird, muss Angaben zu Schmerzart, Schmerzverlauf und Schmerztherapie sowie Schmerzüberprüfung enthalten.
- Die sanitären Strukturen können frei über die Wahl des Instrumentes zur Schmerzerfassung verfügen. Das Instrument muss validiert sein und Angaben über die Schmerzbewertung und -erhebung beinhalten.

Artikel 8 beschreibt die Aus- und Weiterbildung des ärztlichen und sanitären Personals. Im Artikel 10 wird der Zugang zu Medikamenten, welche in der Palliativbetreuung verwendet werden, definiert.

### **2.4 Umsetzung in Südtirol**

Das Gesundheitswesen hat auf die veränderten, intensiver gewordenen Pflegesituationen verzögert reagiert, so dass die palliative Betreuung der PatientInnen in einigen Bezirken als genügend bezeichnet werden kann, in anderen besteht noch großer Nachholbedarf.

Aus diesem Grund hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Jahr 2009 das „Projekt zur abgestuften Palliativbetreuung in Südtirol“ als prioritäres Projekt aufgenommen.

Zielsetzung:

- 1) Abgestufte Palliative Betreuung aller schwerstkranken und sterbenden Menschen in Südtirol nach deren Bedürfnis und Notwendigkeit im häuslichen, ambulanten und stationären Bereich
- 2) Medizinische, pflegerische, psychologische, soziale und spirituelle Betreuung nach aktuellem Stand der Wissenschaft und den jeweiligen Qualitätsstandards sowie Einhaltung derselben
  - a) Organisation auf Bezirksebene, Koordination auf Betriebsebene im Sinne eines betriebsweiten Departements
  - b) Ausarbeitung einer solchen Betreuungsform und deren Umsetzung

Die zentrale Aufgabe ist es, ein palliatives Netzwerk aufzubauen, in welchem alle Professionen zum Wohle der PatientInnen zusammenarbeiten, um Schmerzen wirkungsvoll zu kontrollieren, belastende Symptome zu therapieren, ein Verbleiben möglichst zu Hause zu ermöglichen.

Es wird eine Projektgruppe bestehend aus VertreterInnen der verschiedenen Berufsgruppen Südtirols gegründet.

## **2.5 Der Deontologische Kodex der KrankenpflegerInnen**

Der Deontologische Kodex (IPASVI 2008) ist ein Instrument grundlegender Bedeutung für die Ausübung der Profession. Er befasst sich mit der Definition der Zuständigkeits- und Kompetenzbereiche der KrankenpflegerInnen und ist das Ergebnis einer ausgiebigen Diskussion, einer grundlegenden Auseinandersetzung verschiedener ExpertInnen aus dem Bereich der Krankenpflege, der Ethik, der Rechtswissenschaft und anderer Fachbereiche.

Das Zentralkomitee des Nationalen Berufsverband IPASVI hat erstmals im Jahr 1999 den Deontologischen Kodex verabschiedet. Dieser wurde 2008 überarbeitet.

Die in diesem Deontologischen Kodex enthaltenen Bestimmungen sind verbindlich.

Folgende Artikel und Abschnitte werden hervorgehoben:

1) Abschnitt I

Artikel 6: Die KrankenpflegerInnen erkennen die Gesundheit als grundlegendes Gut der Person und als Anliegen der Gesellschaft. Sie verpflichten sich, dieses Gut durch Präventions-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Palliativmaßnahmen zu schützen.

2) Abschnitt IV

Artikel 22: Die KrankenpflegerInnen kennen das diagnostisch-therapeutische Vorhaben in seinen Auswirkung auf den Pflegeverlauf und auf die Beziehung mit den Betreuten.

Artikel 34: Die KrankenpflegerInnen bemühen sich, Schmerzen vorzubeugen bzw. entgegenzuwirken und Leiden zu lindern. Sie setzen sich dafür ein, dass die Betreuten alle erforderlichen Behandlungen erhalten.

Artikel 35: Die KrankenpflegerInnen pflegen die Betreuten unabhängig von deren klinischem Zustand und bis zum Ende des Lebens. Sie erkennen die Bedeutung der Palliativpflege und der Umfeld bezogenen, körperlichen, psychologischen, kommunikativen und spirituellen Unterstützung.

Artikel 36: Die KrankenpflegerInnen unterstützen Angehörige und Bezugspersonen der Betreuten, insbesondere in der Endphase der Krankheit sowie im Augenblick des Verlustes und in der Trauerarbeit.

### **3. Auszüge aus dem Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege 2011**

#### **3.1 Zielsetzung des Expertenstandards**

„Jeder Patient/Bewohner mit akuten oder zu erwartenden Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.“ (DNQP 2011, 25)

„Übergreifende Zielsetzung des Expertenstandards ist, Patienten/Bewohnern mit akuten oder zu erwartenden Schmerzen durch ein angemessenes Schmerzmanagement unnötiges Leid zu ersparen sowie einer Chronifizierung von Schmerzen vorzubeugen.“ (DNQP 2011, 22)

#### **3.2 Auswirkungen des Schmerzerlebens**

„Das Erleben von akuten Schmerzen hat Auswirkungen auf das physische, psychische und auch das soziale Befinden von Patienten/Bewohnern [...]. Die negativen Auswirkungen von nicht oder nicht ausreichend gelinderten Schmerzen reichen von einer momentanen Belastung und Beeinträchtigung der Lebensqualität bis zu lang andauernden Einschränkungen der Qualität der gesamten Lebenssituation.“ (DNQP 2011, 22)

#### **3.3 Involvierte Pflegepersonen**

„Der Expertenstandard richtet sich an Pflegefachkräfte [...] in der ambulanten Pflege, der stationären Altenhilfe und in Krankenhäusern, die durch ihr Handeln und ihre Interaktion mit dem an Schmerzen Leidenden Einfluss auf sein Schmerzerleben nehmen und es aktiv und positiv im Sinne des Patienten/Bewohners mitgestalten.“(DNQP 2011, 22)

#### **3.4 Interdisziplinarität**

Damit ein pflegerisches Schmerzmanagement gelingt, bedarf es einer engen Zusammenarbeit mit behandelnden ÄrztInnen und anderen involvierten Berufsgruppen, die am Erfassen der Schmerzen, der Therapie und der Anleitung beteiligt sind (vgl. DNQP 2011, 24) und es muss eine Kontinuität in der pflegerischen Betreuung gewährleistet sein.

Eine interdisziplinäre Umsetzung ist bei guter Kooperation mit den behandelnden ÄrztInnen möglich und bietet eine wesentliche Grundlage der Palliativversorgung am Wohnort.(vgl. Schwermann 2009, 71)

### 3.5 Aufgaben der Pflegefachkräfte

In der folgenden Tabelle werden die einzelnen Aufgaben der Pflegefachkräfte aus dem Expertenstandard (DNQP 2011, 25) dargestellt und nachfolgend erläutert.

Tabelle 1: Der Expertenstandard konkret (DNQP, 2011)

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p><b>Die Pflegefachkraft</b>  <b>S1a</b> - verfügt über aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung.  <b>Die Einrichtung</b>  <b>S1b</b> - stellt aktuelle zielgruppenspezifische Einschätzungsinstrumente und Dokumentationsmaterialien zur Verfügung.</p>	<p><b>P1</b> - erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags mittels eines initialen Assessments, ob der Patient/Bewohner zu erwartende Schmerzen, Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat. Ist dies nicht der Fall, wird die Einschätzung in individuell festzulegenden Zeitabständen wiederholt.  - führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen ein differenziertes Schmerzassessment mittels geeigneter Instrumente durch.  - wiederholt die Einschätzung der Schmerzen sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung oder Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.</p>	<p><b>Die Pflegefachkraft</b>  <b>E1</b> Eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.  <b>Die Pflegefachkraft</b>  <b>S2a</b> - verfügt über aktuelles Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p>
<p><b>Die Einrichtung</b>  <b>S2b</b> - verfügt über eine interprofessionell geltende Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung.</p>	<p><b>P2</b> - setzt spätestens bei einer Ruheschmerzintensität von mehr als 3/10 oder einer Belastungs-/Bewegungsschmerzintensität von mehr als 5/10 analog der Numerischen Rangskala (NRS) die ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem patienten-/bewohnerbezogenen interprofessionellen Behandlungsplan um.  - überprüft den Behandlungserfolg in den Zeitabständen, die dem eingesetzten Analgesieverfahren entsprechen.  - sorgt dafür, dass bei zu erwartenden Schmerzen präventiv ein adäquates Analgesieverfahren erfolgt.</p>	<p><b>E2</b> Der Patient/Bewohner ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen von nicht mehr als 3/10 in Ruhe bzw. 5/10 unter Belastung oder Bewegung analog der Numerischen Rangskala (NRS).</p>

<p><b>Die Pflegefachkraft</b>  <b>S3</b> - verfügt über aktuelles Wissen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten.</p>	<p><b>P3</b> - erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch.</p>	<p><b>E3</b> Eine aktuelle Dokumentation schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen liegt vor. Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen wurden verhindert bzw. erfolgreich behandelt.</p>
<p><b>Die Pflegefachkraft</b>  <b>S4a</b> - verfügt über zielgruppenspezifisches, aktuelles Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung sowie deren möglichen Kontraindikationen.  <b>Die Einrichtung</b>  <b>S4b</b> - stellt sicher, dass nicht-medikamentöse Maßnahmen umgesetzt werden können.</p>	<p><b>P4</b> - bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung.</p>	<p><b>E4</b> Die angewandten Maßnahmen haben sich positiv auf die Schmerzsituation oder die Eigenaktivität des Patienten/Bewohners ausgewirkt.</p>
<p><b>Die Pflegefachkraft</b>  <b>S5a</b> - verfügt über die notwendigen Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme für Patienten/Bewohner und Angehörige.  <b>Die Einrichtung</b>  <b>S5b</b> - stellt die erforderlichen Informations-, Anleitungs- und Schulungsunterlagen zur Verfügung.</p>	<p><b>P5</b> - gewährleistet eine zielgruppenspezifische Information, Anleitung und Schulung für den Patienten/Bewohner und seine Angehörigen.</p>	<p><b>E5</b> Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind über die Bedeutung systematischer Schmerzeinschätzung informiert, können Schmerzen mitteilen und sind befähigt, situationsgerechte Maßnahmen zu ihrer Beeinflussung anzuwenden.</p>

Die Organisation jeder Abteilung und jedes Dienstes muss garantieren, dass für das Pflegefachpersonal Fort- und Weiterbildungen organisiert werden, damit ihr Wissen regelmäßig dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst wird. Es müssen Einschätzungs- und Dokumentationsinstrumente vorhanden und den Pflegenden bekannt sein. Das Personal muss im Umgang mit den Instrumenten geschult sein. (vgl. Knipping 2007, 174)

### 3.5.1 Initiales Schmerzassessment

Im Kontext der Akutversorgung von an Schmerzen leidenden Menschen sollte bei allen PatientInnen direkt bei Aufnahme der pflegerischen Behandlung ein initiales Assessment von Schmerzen und schmerzbedingten Problemen erfolgen. Dabei sollte die Schmerzintensität in Ruhe, der Schmerzbeginn, die Schmerzdauer, Schmerzfrequenz, die Lokalisation, die Schmerzqualität sowie Schmerz auslösende und verstärkende Faktoren erfasst werden. (vgl. DNQP 2011, 66) Siehe Anhang 1

### **3.5.2 Differenziertes Schmerzassessment**

„Das differenzierte Schmerzassessment ist die multidimensionale Methode, die es ermöglicht, den Schmerz einer Person für Andere interpretierbar zu machen. Es kann die Zusammenarbeit von mehreren Akteuren im Gesundheitswesen wie Pflegefachkräften oder Ärzten beinhalten.“ (HCGNE 2006 in DNQP 2011, 66) Das differenzierte Schmerzassessment beinhaltet die Schmerzanamnese, die die akute Schmerzsituation der PatientInnen und deren Vorgeschichte umfasst, und die systematische standardisierte Messung der Schmerzintensität. Grundsätzlich ist die Selbsteinschätzung gegenüber der Fremdeinschätzung vorzuziehen. Basierend auf schwacher Evidenz, wird bei der Fremdeinschätzung starker Schmerz oft unter- und schwacher überschätzt. (vgl. DNQP 2011, 66)

### **3.5.3 Schmerzanamnese**

Aktuelle Leitlinien weisen neben den Kriterien Schmerzlokalisierung, Schmerzqualität, zeitliche Dimension, verstärkende und lindernde Faktoren sowie Auswirkungen auf das Alltagsleben auch auf den kognitiven Status der PatientInnen, auf Effekte des Schmerzes, auf die Lebensqualität, auf Schmerzmedikamentengebrauch, wenn möglich auf die Identifikation der Kausalität, Schmerz als Ursache von Depression oder umgekehrt und auf die Stimmungslage hin. Eine umfängliche Schmerzanamnese sollte zudem auch Aspekte wie Erfahrungen mit Schmerz, Verträglichkeit und Effektivität früherer Schmerztherapie, aktueller und früherer Gebrauch von nicht-medikamentösen Maßnahmen und deren Effektivität, Erfahrung und Einstellung zu komplementärmedizinischen Maßnahmen, vorbeschriebene schmerzhaftes Erkrankungen und deren Behandlungserfolg, Einstellung und Haltung von Familienangehörigen zu Schmerz und Schmerztherapie, Wissen, Erwartungen und Präferenzen zu Schmerzmanagement, subjektive Theorien zu Ursache des Schmerzes, Erwartungen über Schmerzverlauf und Schmerztherapieverlauf der betroffenen und ihrer Familie, Ausmaß der notwendigen Reduktion des Schmerzes, um PatientInnen zufriedenzustellen, Wissen der PatientInnen und deren Angehörigen über Schmerzmanagementstrategien, Alkoholkonsum und Hinweise zu Darm- und Blasenfunktion, beinhalten. (vgl. DNQP 2011, 67)

### 3.5.4 Messen der Schmerzintensität

Es stellt sich öfters die Frage, worin der eigentliche Sinn zur Erfassung der Schmerzintensität liegt. Knipping beschreibt in ihrem Artikel zur Schmerzintensität, dass PatientInnen sich mit ihrer individuellen Schmerzintensität befassen, sich mit ihr auseinandersetzen, einen Bezug zu sich selbst, zu ihrem Schmerzerleben, zu ihrem Körper bekommen. Dies soll sie befähigen, ihren Körper, ihr individuelles Schmerzerleben besser wahrzunehmen und zu deuten. Außerdem geht es darum, Vorboten für Schmerzausbrüche rechtzeitig wahrzunehmen und zu erkennen, einen kompetenten Umgang mit der Basis- und Reservemedikation zu lernen, eine Unterstützung im Selbstmanagement und Coping zu erreichen und eine Stärkung der Autonomie zu erlangen.

Die Messung der Schmerzintensität ist immer durchzuführen wenn:

- eine Schmerzäußerung vorliegt
- wenn eine potenziell Schmerz verursachende Prozedur erfolgt oder geplant ist
- wenn die Linderung durch Schmerztherapie ausbleibt oder nicht den Zielsetzungen entspricht
- wenn eine Veränderung von Prozeduren vorgenommen wird. (vgl. DNQP 2011, 68)

Die Schmerzintensität wird mittels standardisierter Skalen (Numerische Rating-Skalen, Visuelle Analogskalen, Verbale Rating-Skalen oder Gesichter- Rating-Skalen) vorgenommen. Sie geben den Betroffenen die Möglichkeit, die Intensität ihres subjektiven Schmerzempfindens in eindeutiger und nachvollziehbarer Form wiederzugeben. Ergebnisse aus Gesichterskalen sind nicht mit Ergebnissen aus anderen numerischen Skalen vergleichbar.

Die VRS (Verbale Rating Skala) ist bei PatientInnen sehr beliebt, ist aber für das Abbilden von Veränderungen für einen längeren Zeitraum nicht so gut geeignet. Die NRS (Numerische Rating Skala) wird ebenfalls gut akzeptiert, zeigt eine geringe Fehlerquote und hat eine einfache Handhabung. (vgl. DNQP 2011, 69, 70) „Es hat sich bewährt, regelmäßig 2-3 Mal täglich die Schmerzintensität zu messen. Zusätzlich sollte die Schmerzintensität mit jedem Schmerzdurchbruch und nach Einnahme bzw. Verabreichung der schnell wirksamen Schmerzmittelreserve ermittelt und dokumentiert werden (ca. 30-40 min danach).“ (Knipping 2007, 182). Laut RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) 2007 hat eine Intervention ab einem Wert von 3-4 Punkten zu erfolgen, solange mit den Betroffenen keine anderen Ziele verabredet wurden. „Die Messung von

Schmerzintensität in Bewegung oder beim Husten gibt keinen Hinweis auf die Funktionseinschränkung als Ganzes.“ (DNQP 2011, 71) Der Cutt-off-Punkt zur Einleitung einer Schmerztherapie liegt nach DNQP (2011, 70) bei NRS 3/10 in Ruhe und bei 5/10 nach Bewegung.

### **3.5.5 Dokumentation des Schmerzassessments**

„Ein Dokumentationssystem muss mindestens die Möglichkeit bieten, ein standardisiertes Assessment in Ruhe, Belastung und Bewegung mehrmals täglich dokumentieren und die Ergebnisse im Verlauf überblicken zu können.“ (DNQP 2011, 79)

Der Expertenstandard beschreibt als Aufgaben von Pflegefachkräften:

- die Erfassung des Schmerzbehandlungsbedarfs
- die frühzeitige Information des behandelnden Arztes über festgestellte Schmerzen oder eine veränderte Schmerzsituation
- das Einholen und Umsetzen ärztlicher Anordnungen zur Einleitung oder Anpassung einer Schmerztherapie
- die zeit- und fachgerechte Applikation von Schmerzmitteln
- die Überwachung und Evaluation der medikamentösen Therapie
- die Vorbeugung und Therapie unerwünschter Nebenwirkungen.

Außerdem werden zur Wirkungsüberprüfung folgende Beobachtungselemente empfohlen:

- Evaluation der verabredeten Therapieziele
- Dauer der Schmerzlinderung
- PatientInnenzufriedenheit mit der Schmerzlinderung
- unerwünschte Nebenwirkungen
- Einfluss des Schmerzes auf die Fähigkeit, Anforderungen durchzuführen, die für die Genesung wichtig sind, z.B. das Durchatmen.

Selbsteinschätzung der Betroffenen hat Vorrang vor der Fremdeinschätzung. Dies setzt jedoch eine kompetente PatientInnenedukation voraus. (vgl. Knipping 2007, 174)

### 3.5.6. Edukation im Schmerzmanagement

Information, Anleitung und Schulung für PatientInnen und ihre Angehörigen sollten zu einem frühest möglichen Zeitpunkt zum Beginn der Schmerztherapie stattfinden und folgendes beinhalten:

- Ziele, Möglichkeiten und Grenzen des Schmerzmanagements
- Selbsteinschätzung von Schmerz mittels standardisierter Skalen
- Konsequente und zeitgerechte Einnahme der verordneten Medikamente
- Einschätzen sowie vorbeugen und lindern von Nebenwirkungen
- Kenntnis über nicht-medikamentöse Maßnahmen und deren Anwendung
- Anleitung zu praktischen Übungen, z.B. Erlernen von schmerzreduzierenden Bewegungsabläufen (vgl. DNQP 2011, 41 f.)

Durch psychoedukative Pflege, die Information zur Versorgung, Training von relevanten Fähigkeiten und psychosoziale Unterstützung beinhaltet, ist eher eine Schmerzlinderung zu erwarten, denn von analgetischen Techniken. Adäquate Anleitung und Schulung verbessert die Wirkung von Schmerztherapie bei schmerzhaften Prozeduren. Auf der Grundlage starker Evidenz geht hervor, dass schriftliche Edukationsunterlagen (PatientInneninformation und –aufklärung) die Effektivität dieser Maßnahmen deutlich steigern. Die Informationsunterlagen sollen für alle PatientInnengruppen zugänglich und verständlich sein. Für eine größtmögliche PatientInnenorientierung soll eine Zielsetzung verabredet werden, wie und wie weit der Schmerz im Verlauf reduziert werden soll. Eine schriftliche Kopie des Behandlungsplans soll den PatientInnen ausgehändigt werden und folgendes beinhalten:

- verschriebene Medikamente
- eine Erklärung, welches Medikament wofür verschrieben wurde und wie und wann es zu nehmen ist
- mögliche Nebenwirkungen und was zu tun ist, wenn diese auftreten
- eine Liste der Medikamente, die ab einem bestimmten Zeitpunkt abgesetzt werden müssen mit den genauen Angaben dazu
- Kontaktpersonen (zuständige Fachpersonen) und Telefonnummern bei eventuellen Problemen mit dem Schmerzmanagement

Es soll dokumentiert werden, welche edukativen Maßnahmen die Betroffenen erhalten haben, welche Materialien verteilt wurden und ob die Betroffenen die Schulungsinhalte

verstanden haben. (vgl. DNQP 2011, 101 f.) Die Themen der edukativen Maßnahmen beziehen sich zunächst auf den Schmerz an sich sowie auf zu erwartenden Schmerz und Schmerzverlauf und Ursachen des Schmerzes. PatientInnen sind auf ihr Recht auf Schmerzmanagement aufzuklären. Es wird empfohlen, die medizinische Bedeutung der Schmerzkontrolle und nicht gelinderter Schmerzen zu vermitteln und die PatientInnen aufzumuntern, sich bei bestehenden Schmerzen, Veränderungen des Schmerzes oder bei neuen Schmerzquellen umgehend bei den angegebenen Kontaktfachpersonen zu melden. Betroffene, als auch ggf. Angehörige sollen verstehen, dass Schmerzlinderung vorbeugend erfolgen sollte und nicht erst bei Auftreten von Schmerzsymptomen. Daher ist es wichtig, auf die regelmäßige Medikamenteneinnahme hinzuweisen, um die Eskalation von Schmerzen zu vermeiden. (vgl. DNQP 2011, 103)

### **3.6 Schmerzmanagement in häuslichen Pflegesituationen**

Beim Schmerzmanagement im häuslichen Kontext, stehen Pflegefachkräfte vor grundlegend anderen Herausforderungen als in der stationären Versorgung. Betroffene sollten möglichst in die Lage versetzt werden, selbst die Evaluation der schmerztherapeutischen Maßnahmen durchzuführen und daher ausführlich darin angeleitet werden. (vgl. DNQP 2011, 112) „Im ambulanten Bereich übernehmen Pflegefachkräfte die Kommunikation zwischen Betroffenen und deren Familien und den behandelnden Ärzten, wenn Schmerzen nicht gelindert werden können oder eine nicht ausreichend wirksame Schmerztherapie vorliegt.“ (RNAO 2007 in DNQP 2011, 113) Die RNAO gibt an, dass ambulantes pflegerisches Schmerzmanagement im Anschluss an eine stationäre Behandlung nicht ohne ein vorhergehendes Entlassungsmanagement weitergeführt werden soll. Pflegefachkräfte haben ein Recht darauf, nötige Informationen für ein kompetentes Schmerzmanagement von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen zu erhalten.

In der folgenden Tabelle wird ein Beispiel für eine edukative Maßnahme im häuslichen Kontext aufgezeigt.

**Tabelle 2: Maßnahmen zur PatientInnenedukation (DNQP, 2011)**

Fokus der Maßnahme	Ziel der Maßnahme	Inhalte
Edukation zur Bewältigung häuslicher Pflegesituationen	Individualisierte Information zum häuslichen Schmerzmanagement und zur Sicherheit in der Anwendung, Verwahrung und Beobachtung dabei (ICSI 2008)	<p>Information zu einfachen Strategien, wie der Effekt der Analgetika zu Hause dokumentiert werden kann (RNAO 2007).</p> <p>Handreichung und Aufklärung, wann und wie das Behandlungsteam wegen Schmerzen kontaktiert werden kann und wer konkreter Ansprechpartner ist. Hier sind auch Telefonnummern der zuständigen Fachleute in der ambulanten Versorgung anzugeben (ICSI 2008).</p> <p>Eine Anleitung erfolgt, unter welchen Bedingungen ein Kontakt mit Fachleuten unbedingt nötig ist, z.B. Probleme, eine Schmerzlinderung zu erreichen, veränderter Schmerz, Erbrechen oder Übelkeit, Appetitmangel. Ein Plan der weiteren Konsultationen im weiteren Behandlungsverlauf soll erstellt werden (follow up visits) (BPS 2010).</p> <p>Die Patienten/Bewohner und ihre Familien sollten geschult werden, zum Schmerzmanagement zusätzlich nicht-medikamentöse Strategien einzusetzen (Horgas &amp; Yoon 2008).</p> <p>Dem Patienten/Bewohner und seinen Angehörigen soll erklärt werden, wie sie sich selbst helfen können (=Selbstmanagementtechniken) (HCANJ 2005; DIVS 2009).</p>

## 4. Projektumsetzung

Im folgenden Artikel werden die einzelnen Schritte der Umsetzung des Projektes „Einführung eines interdisziplinären Schmerzassessments am Wohnort“ beschrieben.

Im Rahmen der kontinuierlichen Qualitätsentwicklung in der Pflege werden die KoordinatorInnen und ÄrztInnen der beteiligten Gesundheitssprengel von den QualitätsreferentInnen in der Umsetzung des PDCA – Zyklus (Plan – Do – Check - Act) geschult.

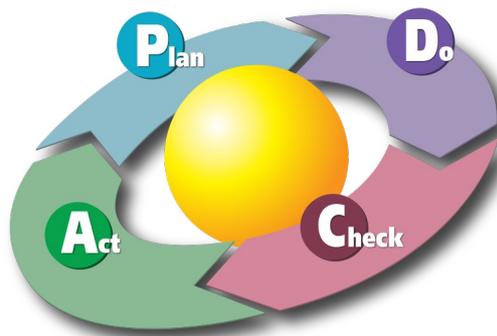


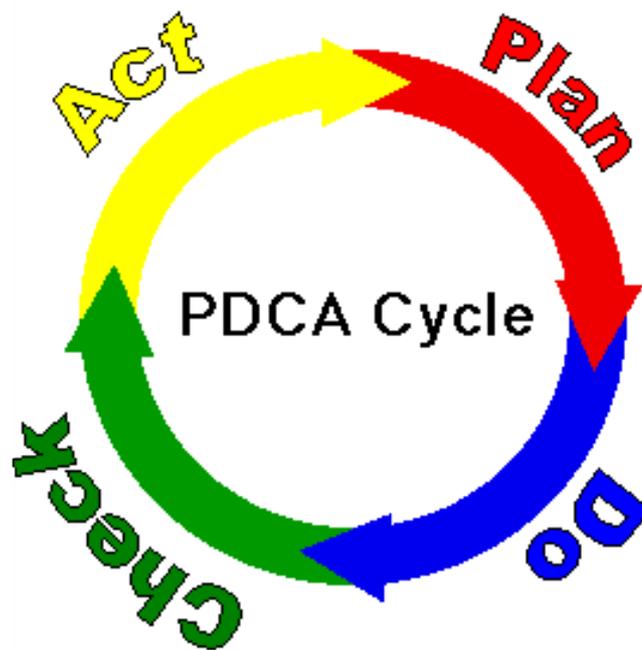
Abb.1: PDCA (Wikipedia, 2012, <http://en.wikipedia.org/wiki/PDCA>)

Die Aufgaben der QualitätsreferentInnen liegen in der Planung und Steuerung des Projektverlaufs sowie der Beratung der Projektbeauftragten. Die Arbeitsgruppe ist zusammengesetzt aus den Koordinatorinnen der Gesundheitssprengel Gröden, Eggental/Schlern und Salten/Sarntal/Ritten und einem Ärztlichen Koordinator. Der Auftrag der Arbeitsgruppe besteht in der Auswahl des Projektes und deren Umsetzung.

In der folgenden Darstellung werden die einzelnen Schritte grafisch zusammengefasst und anschließend genauer erklärt.

Standardisierung  
oder  
Verbesserung  
oder Korrekturmaßnahmen

Identifizierung des Problems  
Erhebung der Ist-Situation  
Definition von Zielen  
Planung der Maßnahmen



Überprüfung der Ergebnisse

Vorbereitung der Maßnahmen  
Umsetzung der Maßnahmen

Abb.2: PDCA (eigene Erstellung)

## 4.1 Plan

### 4.1.1 Identifizierung des Problems



Abb.3: Gesundheitssprengele Südtirol (eigene Erstellung)

Die Ausführung einer detaillierten SWOT-Analyse (Stärken-, Schwächen-, Möglichkeiten- und Gefahrenanalyse) der in der Abbildung gekennzeichneten Gesundheitssprengele hat ergeben, dass ein ungenügendes Schmerzassessment und eine ungenügende Schmerzbehandlung von PatientInnen am Wohnort vorliegt und deshalb die Einführung eines interdisziplinären Schmerzassessments am Wohnort notwendig ist.



Abb.4: SWOT

(Writeawriting, 2011, <http://www.writeawriting.com/business/swot-analysis>)

#### **4.1.2 Erhebung der Ist-Situation**

Folgende Daten wurden erhoben:

- Einwohnerzahl
- Personalschlüssel der KrankenpflegerInnen
- Anzahl der HausärztInnen
- Organisationsmodell
- Anzahl der PalliativpatientInnen im Zeitraum von 01. Juli 2010 bis 20. Juni 2011

Die Betreuung der PatientInnen erfolgt von Montag bis Freitag. Besteht ein Betreuungsbedarf auch am Wochenende so wird dieser abwechselnd von den diensthabenden KrankenpflegerInnen abgedeckt. In schwierigen Pflegesituationen kann die Primary Nurse einen 24 Stunden Bereitschaftsdienst eigenständig aktivieren.

Von Montag bis Freitagmittag wird die Betreuung der PatientInnen vom jeweiligen Hausarzt/Hausärztin garantiert. Die Betreuung am Wochenende übernimmt abwechselnd der/die diensthabende Hausarzt/Hausärztin.

In den Sprengel wird das Organisationsmodell Primary Nurse umgesetzt.

Der Krankenpflegedienst führt eine Pflegedokumentation, welche auch von den HausärztInnen genutzt wird. Diese Dokumentation wird am Wohnort der PatientInnen aufbewahrt. Die Analyse ergab, dass noch kein standardisiertes Schmerzassessment verwendet wird.

#### **4.1.3. Definition von Zielen**

Folgendes Ziel wird von der Arbeitsgruppe definiert:

30% der Anzahl der gesamten gemeinsam betreuten PatientInnen mit einer Neoplasie in der Terminalphase, die tumorbedingte Schmerzen aufweisen, erhalten eine systematische Schmerzeinschätzung, eine dokumentierte Schmerzbehandlung sowie Information und Anleitung der PatientInnen und deren Angehörigen über den Gebrauch des Schmerzerhebungsbogens.

#### 4.1.4. Planung der Maßnahmen

Die Arbeitsgruppe erstellt einen Maßnahmenplan. Siehe nachfolgende Tabelle.

**Tabelle 3: Maßnahmenplan für das Projekt**

<b>Was?</b> <b>Aktion, Maßnahme beschreiben</b>	<b>Wer?</b> <b>Akteure</b>	<b>Wann?</b> <b>Bis wann?</b>
Erstellung Maßnahmenplan	Koordinatorinnen, ärztlicher Koordinator Gröden und Qualitätsreferentin	Mai 2011
Aufsetzen des Briefes an die KrankenpflegerInnen und die HausärztInnen zum Informationstreffen	Arbeitsgruppe ( Koordinatorinnen und Ärztlicher Koordinator)	Juni 2011
Erhebung der Ist-Situation	KoordinatorInnen	Juni 2011
Informationstreffen mit Primar der Basismedizin und Territorialer Pflegedienstleitung	Arbeitsgruppe, Primar der Basismedizin und Territoriale Pflegedienstleitung	Juli 2011
Informationstreffen, Präsentation des Projektes an die KrankenpflegerInnen und die HausärztInnen	Arbeitsgruppe, Primar der Basismedizin und Territoriale Pflegedienstleitung	September 2011
Literaturrecherche über die Schmerzerhebung	Arbeitsgruppe	August 2011 bis Jänner 2012
Ausarbeitung des Instrumentes zur Schmerzerhebung und dessen Handhabung	Arbeitsgruppe	Februar 2012
Ausarbeitung des Schmerzalgometers und dessen Handhabung	Arbeitsgruppe	Februar 2012
Ausarbeitung des Instrumentes zur Überprüfung und dessen Handhabung	Arbeitsgruppe	Februar 2012
Ausarbeitung des Informationsblattes für PatientInnen und dessen Handhabung	Arbeitsgruppe	Februar 2012
Präsentation der Instrumente an die KrankenpflegerInnen und die HausärztInnen und deren Einwilligung	Arbeitsgruppe	März 2012
Fortbildung der KrankenpflegerInnen zum Thema Schmerzassessment und Schmerztherapie	KrankenpflegerInnen und KoordinatorInnen	April 2012
Einführungsphase mit Datenerhebung	KrankenpflegerInnen, HausärztInnen	Ab Mai 2012
Überprüfung Einführungsphase mit Datenerhebung	Arbeitsgruppe	Juli 2012 November 2012 März 2013 Juni 2013
Evaluierung und eventuelle Änderungen der Instrumente	Arbeitsgruppe	September 2013
Vorstellung und Einwilligung der endgültigen Dokumentation KrankenpflegerInnen, HausärztInnen, Primar der Basismedizin und Territoriale Pflegedienstleitung	Arbeitsgruppe	November 2013
Implementierung des Instrumentes zur Schmerzerhebung	Alle Beteiligten	Januar 2014

Die Arbeitsgruppe entscheidet nach intensiver Literaturrecherche, den Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen 1. Aktualisierung 2011“ als Grundlage für die Umsetzung des Projektes zu verwenden.

#### 4.1.5 Wahl der Arbeitsinstrumente

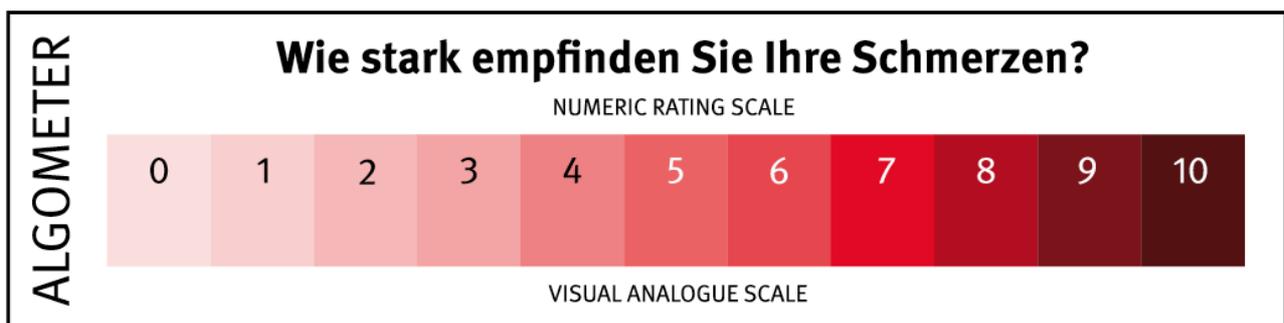
##### *Schmerzerhebungsbogen:*

Aus strategischer Überlegung fällt die Wahl auf das bereits verwendete validierte Arbeitsinstrument der Hospice-Palliativstation/Krankenhaus Bozen.

Um den Bedürfnissen der PatientInnen und deren Angehörigen am Wohnort zu entsprechen, wird das Instrument mit Einverständnis der Hospice-Palliativstation, dem häuslichen Kontext angepasst. Siehe Anhang 2.

##### *Schmerzalgometer:*

Auf Vorschlag vom Direktor der Südtiroler Akademie für Allgemeinmediziner und Mitglied der Arbeitsgruppe für Palliative Care der Italienischen Gesellschaft für Allgemeinmediziner, wird eine Kombination aus der Visuellen Rating Skala und der Numerischen Skala zum Messen der Schmerzintensität verwendet. Diese wird zweisprachig (deutsch-italienisch) entworfen und in Druck gegeben.



##### *Informationsblatt für PatientInnen und Angehörige:*

Da laut Expertenstandard eine schriftliche Edukationsunterlage effektiv ist, wird ein Informationsblatt zum Gebrauch des Schmerzerhebungsbogens verfasst. Siehe Anhang 3.

### *Kriterien zur Überprüfung des Schmerzdokumentes:*

Die Arbeitsgruppe erstellt die Kriterien zur Überprüfung der Handhabung des Schmerzdokumentes.

Folgende Kriterien werden definiert:

- Name, Nachname und Geburtsdatum der PatientInnen
- Fortlaufende Datierung
- Verzeichnen der fortlaufenden Blattnummer (rechts oben)
- Es müssen mindestens 2 Schmerzerhebungen am Tag verzeichnet sein
- PatientInnen und Angehörige benutzen das vorgesehene Algometer
- Es muss ersichtlich sein, dass PatientInnen und Angehörige die Schmerzerhebung (0-10) mit einem x kennzeichnen und ProfessionistInnen (ÄrztInnen/KrankenpflegerInnen) mit einem Punkt •
- Die Kennzeichnung muss mit **blauer** oder schwarzer Farbe erfolgen
- Auftretende Schmerzspitzen (ab3 bis 10) werden mit **roter** Farbe eingezeichnet

## **4.2 DO**

### **4.2.1 Vorbereitung der Maßnahmen**

Vor Beginn der Umsetzung des Projektes kommt es in einem gemeinsamen Treffen mit allen Beteiligten zur Einwilligung des Instrumentes. Es werden detaillierte Informationen über Ziel, Instrumente und deren Handhabung sowie die einzelnen Vorgehensschritte des Maßnahmenplans bekannt gegeben. Wie im Expertenstandard vorgegeben, ist diese Phase der Implementierung wichtig, um das Interesse der Beteiligten anzuregen und vor allem auch um Umsetzungsängste auszuräumen und Unklarheiten zu regeln.

Fortbildung:

Es wird eine Fortbildung zum Thema Schmerz in der Palliativpflege mit drei Auflagen zu jeweils drei Stunden geplant. Dabei geht es vor allem darum, den TeilnehmerInnen theoretisches Wissen zu den Themen: pharmakologische Schmerztherapie, Rechtsgrundlagen hinsichtlich der Schmerztherapie, Ursachen des Schmerzes und Schmerzarten und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten in Bezug auf das Schmerzassessment und die Verabreichung von Schmerzmedikamenten zu vermitteln.

Die ReferentInnen sind KrankenpflegerInnen und ÄrztInnen aus dem Bereich der Palliativpflege. Die Koordination der Fortbildung übernimmt das Weiterbildungsbüro des Sanitätsbetriebes.

#### **4.2.2 Umsetzung der Maßnahmen**

Im Mai 2012 beginnt die Einführungsphase des Projektes.

### **4.3 Check**

Die erste Dokumentenanalyse wird im Monat Juli 2012 mittels der ausgearbeiteten Kriterien durchgeführt. Siehe Anhang 4.

#### **4.3.1 Überprüfung der Ergebnisse**

Im Monat August 2012 trifft sich die Arbeitsgruppe mit der Qualitätsreferentin, dem Primar der Basismedizin und der Territorialen Pflegedienstleitung zur Besprechung der Überprüfungsergebnisse.

Durch die starke Eingrenzung der Zielgruppe und die verminderte Anzahl der PatientInnen im vorgegebenen Zeitraum, sind die Daten noch nicht ausreichend um Verbesserungen und/oder Änderungen anzustreben. In einigen Bereichen wird bereits entschieden, dass Verbesserungen vorgenommen werden. Diese Bereiche sind im Abschnitt „Ausblick“ erläutert.

## 5. Ausblick

Im Laufe des Projektes wird ersichtlich, dass eine Weiterentwicklung im Schmerzmanagement am Wohnort notwendig ist. Bisher wurden folgende Bereiche ersichtlich, die als verbesserungswürdig gelten:

- Schmerzanamnese  
Qualität der Schmerzen, verstärkende und lindernde Faktoren, Effekte des Schmerzes auf die Lebensqualität
- Schmerzassessment bei kognitiv eingeschränkten Menschen
- Prophylaxe und Therapie schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Fortbildungen für KrankenpflegerInnen zu den Themen: PatientInnenedukation, Unerwünschte Nebenwirkungen der Schmerztherapie, Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung

Die Arbeitsgruppe ist der Meinung, dass die Überprüfungen im Jahr 2013 mittels Audit-Instrument des Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011“ erfolgen soll, da mit diesem Instrument alle Kriterien des Expertenstandards überprüft werden. Die erhobenen Daten liefern wertvolle Hinweise zum Entwicklungsstand der Pflege und sind eine wertvolle Grundlage für die weitere Qualitätsarbeit. (vgl. DNQP 2011, 135)

## **6. Begriffsdefinitionen**

### **Schmerzassessment**

Erfassen der aktuellen Schmerzsituation der PatientInnen und Ermittlung der daraus resultierenden, konkreten Pflegebedürftigkeit. Die aktuelle Schmerzsituation wird im konkreten und subjektiven Schmerzerleben der PatientInnen wahrgenommen, die Informationen werden anhand von standardisierten Formulare gebündelt, systematisch erfasst, eingeschätzt, ausgewertet und daraus wird der konkrete Pflegebedarf abgeleitet. PatientInnen sollen soweit dies für sie möglich ist, die Selbsteinschätzung ihres Schmerzerlebens eigenständig durchführen dürfen. (vgl. Knipping, 2007, 172)

### **Schmerzmanagement**

„Beschreibt den fortlaufenden, dynamischen und koordinierten Prozess einer am Schmerz leidenden Person und aller mit der Gestaltung der Schmerzsituation beauftragten Personen. Das in der Regel multidisziplinäre professionelle Team beim Schmerzmanagement befasst sich mit dem Erkennen, Einschätzen, und der Verlaufsbeobachtung des Schmerzes sowie dem zielorientierten und situationsspezifischen Einsatz von pharmakologischen, pflegerischen, medizinischen und anderen heilberuflichen Methoden und deren Wirkungsüberprüfung.“ (DNQP, 2011, 132)

### **Schmerz**

„Unangenehme oder leidvolle Empfindung mit unterschiedlicher Qualität, Intensität, Lokalisation und Dauer. Schmerz ist keine rein physiologische Reizwahrnehmung, sondern eine multidimensionale Wahrnehmungserfahrung, die von physischen, psychischen, kulturellen, geschlechts- und altersspezifischen sowie sozialen Faktoren beeinflusst wird. Schmerz kann auch ohne organische Ursache auftreten.“ (DNQP, 2011, 131)

Margo McCaffery verwendete schon 1968 folgende Definition: „Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt; sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er sie hat.“

### **Akuter Schmerz**

„Akuter Schmerz ist ein plötzlicher auftretender und einen begrenzten Zeitraum andauernder Schmerz, der in einem offensichtlichen und direkten Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht.“ (DNQP, 2011, 131)

### **Chronischer Schmerz**

„Chronischer Schmerz wird in den meisten Veröffentlichungen als ein Schmerz beschrieben, der länger als 3 oder 6 Monate anhält.“ (DNQP, 2011, 131)

### **Tumorbedingter (maligner) Schmerz**

„Entweder durch den Tumor selbst verursacht (Infiltration der Tumorzellen), durch die Therapie (z.B. strahlen- oder chemotherapiebedingte Schleimhautentzündungen) oder durch Sekundärveränderungen, die durch den Tumor ausgelöst sind (z.B. Herpes zoster). Gleichzeitiges Auftreten von akutem und chronischem Schmerz ist möglich.“ (DNQP, 2011, 131)

### **Therminalphase**

„Die Therminalphase beschreibt den Zeitpunkt von einigen Wochen, manchmal Monaten vor dem Tod, in denen die Aktivität des Patienten durch die Erkrankung zunehmend eingeschränkt ist.“ (Knipping, 2007, 221)

### **Gemeinsam betreute PatientInnen**

Unter gemeinsam betreute PatientInnen sind in dieser Arbeit all jene PatientInnen gemeint, die vom Krankenpflegedienst sowie von den HausärztInnen betreut werden.

### **Lebensqualität**

Die WHO definiert den Begriff Lebensqualität als subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen.

## 7. Schlusswort

Das Schmerzerleben und die damit zusammenhängende Lebensqualität von PatientInnen können durch eine aktive Teilnahme derselben positiv beeinflusst werden. (vgl. DNQP 2011, 43) Im Laufe der Projektumsetzung wird ersichtlich, dass durch die Verbesserung der Selbstpflegekompetenz, PatientInnen an Selbstkontrolle über das schmerzbezogene Krankheitsgeschehen gewinnen. Durch gezielte Information, Anleitung und Schulung sind sowohl PatientInnen als auch dessen Angehörige in der Lage, aktiv am Prozess des Schmerzmanagement teilzunehmen.

„So bedeutsam ein kompetentes Schmerzassessment von medizinischer wie auch von pflegerischer Seite sein mag, ist jedoch auch zu berücksichtigen, dass die Betroffenen auf keinen Fall über ihre Kräfte und Möglichkeiten hinaus unkritisch einem Schmerzassessment unterzogen werden dürfen. Radbruch und Sabatowski (2002) betonen, dass z.B. onkologische Patienten auf Grund ihrer Gesamtsituation (Entkräftung, ausgeprägte Fatigue, Konzentrationsstörungen, starkes Unwohlsein, aktuelle Schmerzen) nicht in der Lage sind, sich ausführlichen Fragebögen oder einem ausführlichen Schmerzassessment-Programm zu unterziehen.“ ( Knipping 2007, 181)

Dass ein regelmäßig stattfindender Informationsfluss die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure fördert, wird im Rahmen der Projektabwicklung bestätigt.

Das Bewusstsein um der Wichtigkeit eines Schmerzmanagements wird bei allen Beteiligten durch die konkrete Umsetzung gestärkt. Den ProfessionistInnen ist klar, dass die bisherige Arbeit nur einige Tropfen im Meer darstellt und es einer ständigen Weiterentwicklung bedarf.

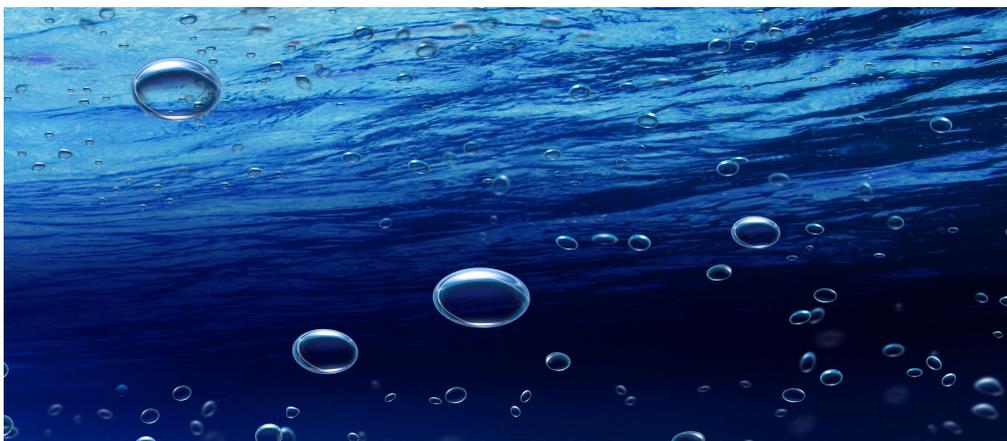


Abb.5: Wassertropfen (Wassertropfen, 2011, <http://xn--80aqafcrtq.cc/de/?p=77243>)

## 8 Literatur- und Quellenverzeichnis

**Carr, E., Mann, E., 2009:** Schmerz und Schmerzmanagement. 2. überarb. u. erg. Aufl. Bern: Huber

**DGVP Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten (2002)** Europäische Charta der Patientenrechte. [Internet] Unter <http://www.adexo.pt/international/EUCharterpamphletGerman.pdf> [ges. 14.09.2012]

**DNQP Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege, 2011:** Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen, 1. Aktualisierung 2011. Osnabrück : Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege

**IPASVI Landesberufsverband der KrankenpflegerInnen, SanitätsassistentInnen und KinderkrankenpflegerInnen (2008)** Deontologischer Kodex [Internet] Unter <http://www.ipasvibz.it/> [ges. 16.09.2012]

**Knipping,C. 2007:** Lehrbuch Palliative Care. 2. durchgesehene und korrigierte Aufl. Bern:Huber

**Mercadante, S., Ripamonti, C., 2002:** Medicina e cure palliative in oncologia. Milano: Masson

**Ministero della Salute (2010)** Legge 15 marzo 2010, n. 38 [Internet] Unter <http://www.salute.gov.it/> [ges. 09.09.2012]

**Nagele, S., Feichtner, A., 2005:** Lehrbuch der Palliativpflege. Wien: Facultas

**Progettoasco (2012)** Giudizio del paziente oncologico sull'impiego degli analgesici e sull'interferenza del dolore. [Internet] Unter <http://www.progettoasco.it/> [ges. 04.09.2012]

**Schwermann, M. 2009:** Kompetenz in Palliative Care. Hannover: Vincentz Network

WHO (2002) Definition of Palliative Care. [Internet] Unter <http://www.who.int/cancaer/palliative/definition/en/> [ges. 14.09.2012]

## 9 Bildquellen

Titelbild: (2007) Book with Flying Letters [Internet] Unter <http://writergirlmaddiewriting.blogspot.it> [ges. 20.09.2012]

Abb.1: PDCA (2012) The PDCA cycle [Internet] Unter <http://en.wikipedia.org/wiki/PDCA> [ges. 15.09.2012]

Abb.2: PDCA (2012) Eigene Erstellung

Abb.3: Gesundheitssprengel Südtirol (2012) Eigene Erstellung

Abb.4: SWOT (2011) SWOT Analysis [Internet] Unter <http://www.writeawriting.com/business/swot-analysis> [ges. 22.09.2012]

Abb.5: Wassertropfen (2011) Bild, Minimalismus, Blasen, Wasser, Tropfen, Tropfen, Ozean, Meer, Unterwasser, Hintergrundbild [Internet] Unter <http://xn--80aqafcrtq.cc/de/?p=77243> [ges. 01.10.2012]

## 10. Anhang

Anhang 1: Auszug aus der Pflegeanamnese

Anhang 2: Schmerzerhebungsbogen

Anhang 3: Informationsblatt für PatientInnen und Angehörige

Anhang 4: Kriterien zur Überprüfung

Anhang 5: Bestätigung des selbständigen Verfassens der Arbeit

## Anhang 1 Auszug aus der Pflegeanamnese nach den 11 Funktionellen Verhaltensmustern nach M. Gordon

### 6. Funktionelle Verhaltensmuster: KOGNITION UND PERZEPTION

Haben Sie Schmerzen? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
_____
Wo?
_____
Seit wann?
_____
Wie stark sind diese?
_____
Sind sie
<input type="radio"/> häufig?
_____
<input type="radio"/> gelegentlich?
_____
Schmerz Was kann ihn dämpfen?
_____
Was verschlechtert ihn?
_____
Der Schmerz beeinflusst
<input type="radio"/> das Familienleben
_____
<input type="radio"/> das gesellschaftliche Leben
_____
<input type="radio"/> das Arbeitsleben
_____
<input type="radio"/> die Autonomie
_____
<input type="radio"/> Anderes
_____

# Anhang 2 Schmerzerhebungsbogen

Nome e cognome Name und Nachname _____ Data di nascita Geburtsdatum _____ Foglio - Blatt Nr. _____		<b>Documento integrato per il monitoraggio del dolore</b> <b>Integriertes Dokument zur Schmerzüberwachung</b>				 Azienda Sanitaria dell'Alto Adige Azienda Sanitaria de Südtirol GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN SÜDTIROLER BEZIRKSGESUNDHEITSBEZIRK																																																						
<b>Data / Datum</b> Orario / Tageszeit VRS NRS insopp./unerträglich molle forte/sehr stark forte/stark moderato/mäßig lieve/leicht assente/keiner																																																												
Intensità del dolore/Schmerzintensität	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
	10												10												10												10												10											
	9												9												9												9												9											
	8												8												8												8												8											
	7												7												7												7												7											
	6												6												6												6												6											
	5												5												5												5												5											
	4												4												4												4												4											
	3												3												3												3												3											
	2												2												2												2												2											
	1												1												1												1												1											
	0												0												0												0												0											
Data / Datum	M / A	Terapia al bisogno	Terapia bei Bedarf	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit	Ora/Uhrzeit																																					

- |  |   |
|--|---|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Misuri 3 volte al giorno l'intensità del dolore con l'algometro alle ore: 8.00 – 14.00 – 20.00</li> <li>2. Indichi il dolore che prova in quel preciso momento.</li> <li>3. Segni con una crocetta X il livello d'intensità del dolore (da 0 a 10) utilizzando la penna nera o blu.</li> <li>4. Segni i picchi di dolore improvvisi (da 3 a 10) con la penna rossa.</li> <li>5. Prenda subito la terapia prescritta al bisogno. Il farmaco fa effetto dopo pochi minuti.</li> <li>6. Segni nella documentazione l'ora dell'assunzione del farmaco al bisogno.</li> <li>7. Informi l'infermiera e il medico sul decorso alla successiva visita domiciliare</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>Messen Sie die Schmerzstärke drei Mal am Tag mit dem Algometer: 8.00 Uhr – 14.00 Uhr – 20.00 Uhr</li> <li>Geben Sie genau Ihre momentane Schmerzstärke an.</li> <li>Tragen Sie die Schmerzstärke in schwarz oder blau (von 0 bis 10) mit einem Kreuz X ein.</li> <li>Zeichnen Sie plötzlich auftretende Schmerzspitzen (ab 3 bis 10) mit der Farbe rot ein.</li> <li>Nehmen Sie die verschriebene Therapie bei Bedarf sofort ein. Das Medikament wirkt innerhalb weniger Minuten.</li> <li>Vermerken Sie im Dokument die Uhrzeit der Einnahme des Medikamentes bei Bedarf.</li> <li>Informieren Sie Ihren/Ihre Hausarzt/ärztin und KrankenpflegerIn über den Verlauf.</li> </ol> |
|--|---|

## Anhang 3 Informationsblatt für PatientInnen und Angehörige

### **Informationsblatt für PatientInnen und Angehörige**

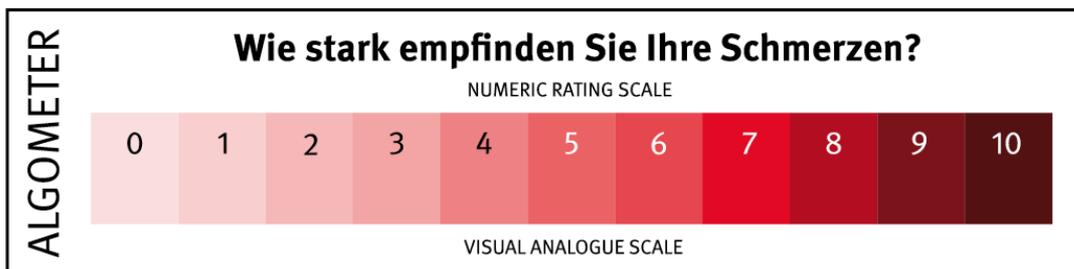
Der Schmerz beeinträchtigt das tägliche Leben:

*Der Schmerz  
lässt uns nicht schlafen,  
macht uns unruhig,  
schlägt uns nieder,  
macht uns ängstlich,  
nimmt uns den Appetit,  
macht uns müde...*

Der Schmerz kann und soll behandelt werden! Es ist Ihr Recht!

***Nur die genaue und regelmäßige Erfassung des Schmerzes ermöglicht uns,  
den Schmerz wirksam zu bekämpfen!***

- Messen Sie die Schmerzstärke drei Mal am Tag zu festen Zeiten mit Hilfe des Algometers:  
8.00 Uhr – 14.00 Uhr – 20.00 Uhr
- Geben Sie genau Ihre momentane Schmerzstärke an.
- Tragen Sie die gemessene Schmerzstärke in den Farben schwarz oder **blau** (von 0 bis 10) mit einem Kreuz X in die dafür vorgesehenen Felder ein. Beachten Sie bitte das Datum und die genaue Uhrzeit.
- Zeichnen Sie plötzlich auftretende Schmerzspitzen (ab 3 bis 10) mit der Farbe **rot** ein.
- Nehmen Sie die verschriebene Therapie bei Bedarf sofort ein. Das Medikament wirkt innerhalb weniger Minuten.
- Vermerken Sie im Dokument die Uhrzeit der Einnahme des Medikamentes bei Bedarf.
- Informieren Sie Ihren/Ihre Hausarzt/ärztin und KrankenpflegerIn über den Verlauf.



## Anhang 4 Kriterien zur Überprüfung der Pflegedokumentation

Die Pflegedokumentationen werden wie im Maßnahmenplan verzeichnet, an folgenden Daten überprüft: Juli, November 2012, März, Juni 2013.

Mindestens 80% der vorhandenen Blätter der Schmerzerfassungsbögen müssen folgende Kriterien aufweisen:

- Name, Nachname und Geburtsdatum der PatientInnen
- Fortlaufende Datierung
- Verzeichnen der fortlaufenden Blattnummer (rechts oben)
- Es müssen mindestens 2 Schmerzerhebungen am Tag verzeichnet sein
- PatientInnen und Angehörige benutzen das vorgesehene Algometer
- Es muss ersichtlich sein, dass PatientInnen und Angehörige die Schmerzerhebung (0-10) mit einem x kennzeichnen und ProfessionistInnen (ÄrztInnen/KrankenpflegerInnen) mit einem Punkt ●.  
Die Kennzeichnung muss mit blauer oder schwarzer Farbe erfolgen
- Auftretende Schmerzspitzen (ab 3 bis 10) werden mit roter Farbe eingezeichnet.

## **Anhang 5 Bestätigung des selbständigen Verfassens der Arbeit**

### **Bestätigung des selbständigen Verfassens der Arbeit**

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

Diese Arbeit wurde noch nicht anderweitig als Arbeit eingereicht.

Eggen, am 23.10.2012

Elfriede Delvai

### **Bestätigung des selbständigen Verfassens der Arbeit**

Hiermit erkläre ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet wurden.

Diese Arbeit wurde noch nicht anderweitig als Arbeit eingereicht.

St. Christina, am 23.10.2012

Annegret Runggaldier