

Das pflegerische Schmerzassessment als Teil des interprofessionellen Therapieregimes

Svetlana Geyrhofer, BA

DGKP (Pflegeexpertin im Schmerzmanagement)

Akademisch geprüfte Expertin in der Anästhesiepflege

Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege

Präsidentin der Gesellschaft für Schmerzmanagement der Gesundheits-
und Krankenpflege

Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft

www.pflege-schmerz.at

www.facebook.com/pflegeminusschmerz.at

Schmerzmanagement

Schmerz ist ein Symptom, das in nahezu allen Bereichen und Fachdisziplinen der Gesundheits- und Krankenpflege relevant ist.

Daher nimmt der Schmerz auch einen hohen übergeordneten Stellenwert sowohl in den pflegerischen Kernkompetenzen als auch in den Kompetenzen bei medizinischer Diagnostik und Therapie der diplomierten Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP) ein.

Multimodale Schmerztherapie

Schmerzen werden immer multimodal (vom lateinischen „vieler Art“, also mit vielen verschiedenen Maßnahmen) behandelt, es werden medikamentöse und nicht medikamentöse Maßnahmen immer kombiniert.

Idealerweise werden hierbei auch mindestens zwei Fachdisziplinen hinzugezogen, dabei wird die **professionelle Pflege ebenso als eine Fachdisziplin im Gesundheitswesen** angesehen.

Multimodale Schmerztherapie



**DREI
LÄNDER
TAGUNG
ACHD**

8

Visionen moderner
Schmerzmedizin
„**Multimodale
Schmerztherapie**“

Dreiländertagung ACHD

29.–30. März 2019

Hotel Savoyen Vienna
Rennweg 16
1030 Wien

Die Schmerzgesellschaften dreier Länder (A/CH/D – Österreich, Schweiz, Deutschland) schließen sich zusammen, um Aktuelles in der Schmerzmedizin zu diskutieren. Die Versorgungssituation in den Ländern soll verglichen, Erfahrungen ausgetauscht und visionären Gedanken freier Lauf gelassen werden.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

www.achd-tagung.com

Österreichische Schmerzgesellschaft
Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
Deutsche Schmerzgesellschaft



Multimodale Schmerztherapie

Unter multimodaler Schmerztherapie (MMST) versteht man eine ganzheitlich orientierte, umfassende

Multimodale Schmerztherapie ohne Pflege?!

berufsgruppen beteiligt.

ÄrztInnen, PsychologInnen und PhysiotherapeutInnen, oft begleiten auch ErgotherapeutInnen die Behandlung.

<http://www.achd-tagung.com/cms/>

Schmerzmanagement

1. Wem sagen die PatientInnen, daß sie Schmerzen haben?
2. Wer erfasst den Schmerz, dokumentiert den Wert?
3. Wer leitet weiterführende Maßnahmen an, z.B. Gabe von Schmerzmedikamenten, Anwendung nicht medikamentöser Maßnahmen?
4. Wer geht auf die psychosozialen Komponenten beim Schmerz ein, wenn keine PsychologInnen vor Ort sind?
5. Wer mobilisiert die PatientInnen außerhalb der Dienstzeiten von PhysiotherapeutInnen?

Schmerzmanagement

Wenn Sie mindestens eine der 5 Fragen mit „WIR“ beantworten können, haben Sie gewonnen.

Preis: Sie managen den Schmerz!

Schmerzmanagement ist somit Sache der
Pflege!

Wieviele von uns gibt es?

DGKP:	85.143
Davon mit abgeschlossener Weiterbildung:	
• Kinästhetik:	3.692
• Basale Stimulation:	3.218
• Palliativpflege:	1.754
• Wundmanagement:	1.653
• Aromapflege:	1.039
• Schmerzmanagement:	569
• Onkologische Pflege:	467
• Pflege bei Demenz:	349
• Pflegeberatung	163
Unterstützung durch:	
PflegeassistentInnen (PA):	43.115
PflegefachassistentInnen (PFA):	404
Insgesamt in der Pflege tätig:	128.662

Vergleich Berufsgruppen

Pflege (DGKP, PA, PFA)		128.662
ÄrztInnen		46.337
PsychologInnen/PsychotherapeutInnen:	~	10.000
PhysiotherapeutInnen:		8.975
ErgotherapeutInnen:		2.753
DiätologInnen:		1.195

<https://gbr-public.ehealth.gv.at/> (Stand: 21.05.2019)

<https://www.psyonline.at/contents/14722/statistik-und-daten-zur-psychotherapie>

<https://www.aerztekammer.at/daten-fakten> (Stand: 31.12.2018)

Kernkompetenzen DGKP

Pflegerische Kernkompetenzen § 14 GuKG:

- 1. Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess (keine Pflegeintervention ohne Pflegeplanung!)
- 5. theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation
- 6. Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen
- 15. Anwendung komplementärer Pflegemethoden
- 17. Psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege

Schmerzassessment

Pflegerische Kernkompetenzen (§ 14 GuKG):

- Die prozesshafte Planung und Organisation des pflegerischen Arbeitsablaufes (Pflegeprozess) unter spezifischen Gesichtspunkten im Schmerzmanagement durchzuführen
- Psychosoziale Betreuung, die zur ganzheitlichen Erfassung bei der Pflege von Menschen Schmerzen und deren Angehörigen erforderlich sind
- Mit allen beteiligten Berufsgruppen im Sinne einer individuellen, umfassenden Betreuungsleistung zusammenzuarbeiten, einschließlich der Mitgestaltung von innovativen Betreuungskonzepten

Schmerzassessment

Pflegerische Kernkompetenzen (§ 14 GuKG):

- Fachbezogenes Assessment von Symptomen, Nebenwirkungen und Belastungen (vor allem Schmerzen, aber auch Übelkeit/Erbrechen, Müdigkeit, Obstipation, Juckreiz, Haut- und Schleimhauttrockenheit)
- Individuelle Ableitung von Interventionen aus pflegerischen Standards und Leitlinien
- Durchführung und Evaluation von pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen
- Ermittlung des individuellen patientenbezogenen Beratungsbedarfs.

Schmerzassessment

Warum sollte Pflege eine aktive Rolle einnehmen?

- Pflege ist integraler Bestandteil des multiprofessionellen Teams, als eigenständige Berufsgruppe nimmt sie eine zentrale Rolle in der Funktion der verschiedenen Fachdisziplinen ein
- Pflege bietet eine ganzheitliche Sicht auf die PatientInnen
- Die pflegerische Kompetenz hat den gleichen Stellenwert wie die medizinische Kompetenz und sollte berücksichtigt werden
- Die pflegfachliche Expertise sollte in die Empfehlung des Tumorboards einfließen
- Pflege fungiert als Patientenvertretung

Schmerzassessment

Pflegerische Kernkompetenzen (§ 14 GuKG):

- Kontinuierliche Information und Beratung der PatientInnen (und deren Angehörige) während des gesamten Krankheitsverlaufes
- Durchführung, Koordination und Nachweis von strukturierten Beratungsgesprächen und Anleitung von Patienten und Angehörigen
- Teilnahme am Schmerzboard
- Initiierung von und Teilnahme an multiprofessionellen Fallbesprechungen/Pflegevisiten u.ä.

Kernkompetenzen DGKP

Pflegerische Kernkompetenzen sind im § 14 GuKG (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz) geregelt und definieren das Berufsbild des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege. Hierbei handeln DGKP weisungsfrei, das bedeutet die Pflegeinterventionen werden auf Grundlage des Pflegeprozesses eigenständig geplant und unabhängig von anderen Berufsgruppen durchgeführt.

Pflege ist kein „Beiwagerl“ anderer Berufsgruppen!

(Weiss & Lust, 2017, S. 108)

Schmerzassessment

DGKP werden in ihren Tätigkeiten von PflegeassistentInnen (PA) und seit 2016 auch von PflegefachassistentInnen unterstützt (PFA).

Sie wirken unter anderem am Pflegeprozess und in der Symptombeobachtung mit und können die ihnen übertragenen Pflegeinterventionen durchführen.

(Weiss & Lust, 2017, S. 349, 367).

Schmerzassessment

Die DGKP erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrages mittels Schmerzassessments, ob Schmerzen vorhanden sind (DNQP, 2015, S. 29).

Schmerzassessment meint hierbei neben der Erfassung des Schmerzwertes mittels einer Schmerzskala und der Schmerzqualität auch die Erhebung der gesamten Situation der PatientInnen/BewohnerInnen, im Falle von Schmerzen die **körperlichen, seelischen und sozialen Aspekte** (S3-Leitlinie, 2017, S. 11).

Die Pflegediagnostik leitet die weiteren Interventionen ein.

Schmerzassessment

Die Schmerzerkennung bildet die **Voraussetzung für eine gezielte Schmerztherapie.**

Das Schmerzassessment nimmt daher eine **Schlüsselstellung für den Erfolg** des gesamten Schmerzmanagements ein.

Ohne **fundiertes Schmerzassessment fehlt eine Grundlage für die Diagnosestellung**, vor allem aber auch für die Auswahl geeigneter Interventionen und für die Bewertung, inwieweit das Schmerzmanagement erfolgreich ist.

(S3-Leitlinie, S. 8, abrufbar unter www.awmg.org)

Schmerzassessment

Im Rahmen des Pflegeprozesses entscheidet die DGKP, ob sie ein weiterführendes initiales oder differenziertes Assessment durchführt.

Das initiale Assessment erhebt die Schmerzstärke, Schmerzqualität, leitet die nicht medikamentösen Maßnahmen ein und entscheidet über die Notwendigkeit der zusätzlichen Begutachtung durch ÄrztInnen.

Das differenzierte Schmerzassessment erhebt zusätzlich die psychosozialen Faktoren wie Gedanken und Gefühle (Angst, Hilflosigkeit) und die familiären und beruflichen Aspekte.

(DNQP, 2015, S. 29-30)

Schmerzassessment

Dabei wird das biopsychosoziale Modell herangezogen.

Dieses geht von „einer Theorie der Körper-Seele-Einheit“ aus, die betroffenen PatientInnen/BewohnerInnen werden dabei in ihrer Ganzheitlichkeit erfasst und entsprechend behandelt.

(Egger, 2017, S. 14).

Schmerzassessment

Da Schmerz nicht als eine reine Sinnesempfindung sondern als individuelle Wahrnehmung definiert wird, müssen alle Ebenen des Schmerzes berücksichtigt werden und in die Überlegungen einer multimodalen Schmerztherapie einfließen (Le Breton, 2003, S. 13).

Eine medizinische Diagnose sagt noch nichts über die Schmerzwahrnehmung aus, ein differenziertes Schmerzassessment erfasst die Mehrdimensionalität und bedingt, dass das individuelle Schmerzerleben bedürfnisorientierter behandelt werden kann (Le Breton, 2003, S. 13)

Schmerzassessment

Wenn Schmerz durch Trauer, Einsamkeit, Angst verstärkt wird, braucht es ein anderes Vorgehen in der Therapie.

Emotionen können nicht mit Medikamenten behandelt werden. Hier ist eine nicht medikamentöse Maßnahme durchzuführen (Berührung, Zuwendung, Gespräche, ...)

Diese Interventionen sind ein fester Bestandteil im Schmerzmanagement und nicht Maßnahmen, die man „eh auch“ durchführt.

Schmerzassessment

Pflegepersonen erkennen durch regelmäßige Beobachtung als Erste, ob die Patientin Schmerzen hat und führen ein differenziertes Assessment durch. Sie sind auch die ersten, die entsprechende weiterführende nicht medikamentöse Maßnahmen einleiten, die Ärzteschaft informieren und bereits verordnete Maßnahmen durchführen.

Eine hohe Qualifikation von Pflegepersonen im Schmerzmanagement ist daher wesentlich und die Weiterbildung Schmerzmanagement zu empfehlen.

(Auszug aus den Handlungsempfehlungen perioperatives Schmerzmanagement, 2017)

Schmerzassessment

Kurzfristige akute Schmerzen, deren Ursache bekannt ist, können rein nicht medikamentös behandelt werden, z.B. bei einer mechanischen Verletzung des Schienbeines, ein Muskelkater nach sportlicher Überanstrengung, nächtlicher Wadenkrampf, leichte Verbrennung nach Sonneneinwirkung, aber auch leichte Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen können ausschließlich nicht medikamentös behandelt werden.

Dadurch gilt der Grundsatz, dass jeder Schmerz zunächst eine erste nicht medikamentöse Maßnahme erhält durch Positionierung, Kälte/Wärme, Berührung, Zuwendung und Gespräch, während Medikamente je nach Schweregrad und Dauer des Schmerzes zusätzlich verabreicht werden.

Schmerzassessment

Die medikamentöse Therapie bei neuropathischen Schmerzen ist eine andere als bei nozizeptiven Schmerzen.

Die Pflegeperson erhebt über die Schmerzqualität das Vorhandensein von neuropathischen Schmerzen und steuert dadurch die nicht medikamentöse und medikamentöse Therapie.

Schmerzassessment

„Umso mehr sollten bei allen Patienten nicht nur die Schmerzstärke, sondern auch die Schmerzqualitäten beurteilt werden. Zeichen und Symptome, wie einschießende, elektrisierende oder brennende Schmerzen, Kribbeln und Ameisenlaufen, Taubheit, Schmerzverstärkung durch leichte Berührung (Allodynie) sowie massive Schmerzüberempfindlichkeit (Hyperalgesie), geben wichtige Hinweise auf das Vorliegen zumindest einer neuropathischen Komponente.“

Schmerzassessment

Schon 2005 wurde ein Algorithmus zur Therapie von neuropathischen Schmerzen empfohlen, der sich deutlich von dem von nozizeptiven Schmerzen, wo der Einsatz von COX-Hemmern (NSAR bzw. Coxibe) und Opioiden im Vordergrund steht, unterscheidet.

Bei fokalen Neuropathien sollen primär lokale Therapieansätze wie Lidocain oder Capsaicin (Qutenza[®] Fa. Grünenthal) gewählt werden. Bei Wirkungslosigkeit bzw. mehr generalisierten Schmerzen kommen Substanzen aus der Gruppe der Antikonvulsiva (Carbamazepin, Gabapentinoide) oder der Antidepressiva (TCA, SSNRI) zum Einsatz.

Schmerzassessment

Praxis:

Pflegepersonen können oft nicht benennen, wie die PatientInnen ihren Schmerz beschreiben, einfach deshalb, weil nicht danach gefragt wird. Dadurch ist eine Fehltherapie vorprogrammiert.

Manchmal können die PatientInnen auch nicht sagen, wie der Schmerz ist, sie sagen „es tut einfach weh, machen Sie etwas ...“

Hier braucht es eine engmaschige Schmerzerfassung und Evaluation, um rasch zu erkennen, welche Therapie wirksam ist. Eine hohe Qualifikation ist hier erforderlich!

Schmerzassessment

Fragen Sie nach der Schmerzqualität!

Sie entscheiden die medikamentöse Therapie mit!

Sie haben ein Vorschlagsrecht (§ 16 GuKG)!

Empfehlen Sie bei neuropathischen Schmerzen die richtigen Medikamente und leiten Sie parallel dazu die nicht medikamentösen Maßnahmen ein.

Medikamentöse Schmerztherapie

Medikamente werden den PatientInnen durch die Ärzteschaft angeordnet, nicht der Pflege! Die Pflege benötigt kein Medikament, die PatientInnen benötigen es. „Der Patient benötigt“

Verabreichung der Medikamente: ist grundsätzlich ärztliche Tätigkeit (§ 15 GuKG). Jedoch wird häufig die ärztliche Tätigkeit der Verabreichung häufig an die DGKP übertragen.

Die Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten ist möglich, weil die DGKP über eine ausgezeichnete Ausbildung verfügt und deshalb berechtigt ist, ärztliche Tätigkeiten zu übernehmen.

Medikamentöse Schmerztherapie

Eine korrekte Übertragung der ärztlichen Tätigkeit an die DGKP muss beinhalten: welches Arzneimittel, zu welchem Zeitpunkt, in welcher Dosierung, wie oft, über welchem Zeitraum und in welcher Form. (Weiss & Lust, 2017, S. 133)

Das wäre zum Beispiel: „Bei nozizeptiven Schmerzen des Bewegungsapparates (Knie, Hüfte, Schulter, Ellbogen) über 3 nach der NRS Gabe von Medikament XY 40 Tropfen, bis max. 4x täglich über 24 Stunden (mindestens 4stündiger Pause), oral, bis Therapieziel von Schmerz unter 3 erreicht wird.“ Individuelles Patientenziel ist möglich!

Schmerztherapie (medikamentös/nicht medikamentös) ist immer **zielgerichtet!**

Medikamentöse Schmerztherapie

Die Verordnung mehrerer Schmerzmedikamente bedingt eine Vorgabe der Reihenfolge, es muss bei Übernahme der ärztlichen Tätigkeit für die DGKP klar sein, welches Medikament in welcher Reihenfolge verabreicht werden soll.

Eine Aufzählung aller vor Ort vorhandenen Schmerzmedikamente, die „bei Bedarf“ durch die DGKP verabreicht werden können, gilt als Übernahme der Heilbehandlung und weicht von den gesetzlichen Vorgaben ab.

Durch Standard Operating Procedures (SOP) können bereits verordnete Schmerzmedikamente rechtzeitig verabreicht werden.

Medikamentöse Schmerztherapie

Als Grenzwerte, die eine schmerztherapeutische Intervention auslösen sollten, werden ein Wert von ≥ 3 auf der NRS für den Ruheschmerz und ein Wert ≥ 5 auf der NRS für den Belastungsschmerz empfohlen.

Die Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten zum Einsatz schmerztherapeutischer Interventionen sollten sich an diesen Interventionsgrenzen orientieren, das Konzept einer Schmerzmedikation „bei Bedarf“ muss der Vergangenheit angehören und ist obsolet.

(Auszug aus den Handlungsempfehlungen perioperatives Schmerzmanagement, 2017)

Medikamentöse Schmerztherapie

Bei Schmerzen 100mg Tramal® bei
Bedarf/Selbstbestimmungsrecht/Einzelfall

Diese Verordnung ist nicht zulässig!

Keine zielgerichtete Therapie! Was soll erreicht werden? In
welchem Zeitraum? Bei welchen Schmerzen?

DGKP übernehmen hier die ärztliche Diagnostik und die
Anordnung!

„Pflege wird alle Altersgruppen umfassen“

Nachgefragt. Pflegeleistungen werden nur als Kostenfaktor diskutiert, beklagt Verbandschefin

Ursula Frohner ist Präsidentin des Österr. Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes.

KURIER: Der Pflegeregress wird abgeschafft. Aber wie soll die Pflege von morgen aussehen?

Ursula Frohner: Gesundheits-

rechnen kann, etwa Therapieschulungen. All diesen Entwicklungen gegenüber steht ein häufig sehr stereotypes, oft bagatellisierendes Bild von Pflege. Und die Pflegeleistungen werden fast ausschließlich immer nur als



GILBERT NOVY

schreibung – eine Bedarfsmedikation durchführen dürfen. Also etwa in der Nacht bei starken Schmerzen die Dosis in einem vorgegebenen Rahmen erhöhen dürfen. Es ist auch ein Anachronismus, dass etwa Inkonti-

Forderung der ÖGKV-Präsidentin Frohner:
Verordnung von Schmerzmedikamenten:
Dass wir mit einer entsprechenden Ausbildung
[...] bei starken Schmerzen die Dosis in einem
vorgegebenen Rahmen erhöhen dürfen.“

schien Krankheiten zu unterstützen. Pflege wird stärker auch einen Schwerpunkt darauf legen, die Zahl der gesunden Lebensjahre zu erhöhen. Dazu wird es notwendig sein, dass freiberufliches Pflegepersonal mit den Kassen ab-

wir werden in dem Gesetz nicht gleichwertig behandelt. Dabei sollte eigentlich der Patient im Mittelpunkt stehen. Es ist nicht klar, welcher Prozentsatz der Mittel für die Pflege zur Verfügung steht und für welche Leistun-

Kompetenzen notwendig?

Ja, etwa beim Medikamenten wie der Verordnung von Schmerzmedikamenten: Dass wir mit einer entsprechenden Ausbildung – nach einer ärztlichen Erstver-

Pflegefachkräfte mit dreijähriger FH-Ausbildung. Anm.) ist da ein Schritt, eine leistungsorientierte Bezahlung wäre ein zweiter. Mit einem Anteil von 65% an allen Gesundheitsberufen tragen wir das System.

– ERNST MAURITZ

Schmerzerhebung

Bei kognitiv nicht eingeschränkten PatientInnen/BewohnerInnen:

- Numerische Ratingskala (NRS): Schmerzstärke 0-10
- Verbale Ratingskala (VRS)
- Visuelle Analogskale (VAS)

bei PatientInnen/BewohnerInnen mit schwerer Demenz:

- BESD
- BISAD/ECPA
- Doloplus/Doloshort
- ZOPA®

Schmerzerhebung

BESD

Beurteilung von Schmerzen bei Demenz

Beobachtung des Verhaltens bei der Atmung, negative Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Trost.

Punktesystem, pro Item 2 Punkte, max. Punkteanzahl 10.
Ab einem Wert von 4 sollte eine Intervention erfolgen.

<https://www.dgss.org/die-gesellschaft/arbeitskreise/schmerz-und-alter/downloads/>

BESD

1. Atmung (unabhängig von Lautäußerung)

- normal
- gelegentlich angestrengt atmen
- kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)
- lautstark angestrengt atmen
- lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)
- Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)

nein	ja	Punkt- wert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2

2. Negative Lautäußerung

- keine
- gelegentlich stöhnen oder ächzen
- sich leise negativ oder missbilligend äußern
- wiederholt beunruhigt rufen
- laut stöhnen oder ächzen
- weinen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Zwischensumme 1

BESD

3. Gesichtsausdruck

- lächelnd oder nichts sagend
- trauriger Gesichtsausdruck
- ängstlicher Gesichtsausdruck
- sorgenvoller Blick
- grimassieren

nein ja

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkt- wert
0
1
2

4. Körpersprache

- entspannt
- angespannte Körperhaltung
- nervös hin und her gehen
- nesteln
- Körpersprache starr
- geballte Fäuste
- angezogene Knie
- sich entziehen oder wegstoßen
- schlagen

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0
1
2

5. Trost

- trösten nicht notwendig
- Ist bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich?
- Ist bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0
1
2
_/10

Zwischensumme 2

Zwischensumme 1

Gesamtsumme von maximal 10 möglichen Punkten

Nicht medikamentöse Therapie

Die Planung der nicht medikamentösen Interventionen ist durch die Anwendung komplementärer Pflegemethoden im § 14 GuKG geregelt (Weiss & Lust, 2017, S. 108).

Werden diese durch eine Pflegediagnose gestützt, fällt die Anwendung in die pflegerische Kernkompetenz und kann weisungsfrei durchgeführt werden. Somit kann hier die DGKP bereits bei Schmerzen die ersten Interventionen setzen.

Zu den nicht medikamentösen Maßnahmen zählen hierbei neben Positionierungen, Kälte- und Wärmeanwendungen, Einreibungen insbesondere das Gespräch. Das Gespräch setzt entsprechendes Fachwissen um die verschiedenen Kommunikations- und Beratungstechniken voraus.

Nicht medikamentöse Therapie

Die temperierte Ölkompressen als nicht-medikamentöse Maßnahme zur Schmerzlinderung

Schmerz ist eine unangenehme körperliche oder seelische Empfindung, die jeder Mensch unterschiedlich wahrnimmt. Im Universitätsklinikum Krems werden ergänzend zu medikamentösen auch nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung eingesetzt. Im Pilotprojekt „Temperierte Ölkompressen“ auf der Klinischen Abteilung für Allgemein- und Thoraxchirurgie UK Krems wird die positive Wirkung der ätherischen Öle auf das Schmerzempfinden der Patientinnen und Patienten erhoben.

Die Thoraxchirurgie des Universitätsklinikums Krems nimmt in Niederösterreich einen besonderen Stellenwert ein. Seit nunmehr vier Jahren wird der Thorax-Schwerpunkt im Universitätsklinikum Krems strategisch ausgebaut – mit vollem Einsatz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Pflege und Medizin. Die Betreuung der

nach VAS erreicht werden, in den meisten Fällen um zwei bis drei VAS-Punkte. Prozentual gesehen konnte also bei 65 Prozent der Patienten eine Schmerzreduktion durch die temperierte Ölkompressen erzielt werden. Nur 5 der Patienten gaben explizit an, dass keine Schmerzreduktion erfolgt war. Bei 32 Patienten kam es aus organisatorischen Gründen zu keiner Auswertung.

Schmerzassessment durch die Pflege

Pflegepersonen sollen über hervorragende medizinische Kenntnisse verfügen.

Sie sollten die Kranken gut im Blick haben, Laborergebnisse und Körperbefunde interpretieren können, pharmakologisch Bescheid wissen.

Eine der wichtigsten Aufgaben in der Pflege ist, Menschen zu begleiten und gemeinsam mit ihnen eine Lebensbilanz zu ziehen. Dazu sind viele kleine Gespräche erforderlich.

HOBİ

= hämatologische-onkologische Beratung und Information

Barrierefreiheit : Kontakt MedUni Wien : Intranet : MedUni Wien - Shop : Universitätsbibliothek : AKH :

COMPREHENSIVE CANCER CENTER VIENNA



Allgemeines Krankenhaus
der Stadt Wien

Home Über das CCC PatientInnen Klinischer Bereich Wissenschaft & Forschung Lehre

PatientInnen / HOBİ - Hämatologische und onkologische Beratung und Information

Allgemeines

Cancer School

Terminvereinbarung

HOBİ - Hämatologische und
onkologische Beratung und
Information

Über HOBİ

Team

Aktuelles

Kontakt

PatientInnenvertretung

Links



HOBİ - Hämatologische und onkologische Beratung und Information

PatientInnenberatung

Die professionelle Beratung von PatientInnen und deren Angehörigen dient der Unterstützung von individuellen Kompetenzen, da Beratung, Information und Schulung nützliche Elemente sind, um persönliche Fähigkeiten zu fördern. Unsere BeraterInnen bereiten Sie auf eine Problemlösung vor, die auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten ist, sodass eine eigenständige Bewältigung einer krisenhaften Situation gelingen kann.

Ziel ist es, die Autonomie im Alltag zu bewahren beziehungsweise wiederherzustellen. Dabei wird auf Ihre Selbsthilfekompetenzen, Potenziale und persönlichen Ressourcen zurückgegriffen.

Unsere Beratungsgespräche dienen dazu, Sie dabei zu unterstützen:

- Entscheidungen zu treffen,
- an der Behandlung teilzuhaben
- Alternativen zu kennen und daraus zu wählen und
- sich als autonom wahrzunehmen.

Erweiterte Beratung bedarf für eine Beratungsgespräche

ExpertInnen
Videos

Translationale
Forschung

Personalisierte
Medizin

Schnellinfo

- Cancer Care
- Kliniken und Partner
- CCC Cancer School
- CCC Tumorboards
- CCC
- Forschungscluster
- CCC Units
- CCC Platforms
- SOP's / Leitlinien
- Kontakt

Featured

Vorgehen

1. Beziehung/Vertrauen aufbauen
2. Schmerzassessment: Genaue Anamnese, Biografie
3. Schmerz erfassen
4. Emotionen erheben/erfragen
5. Gesprächsführung
6. Psychosoziale Betreuung
7. Medikamentöse/nicht medikamentöse Maßnahmen kombinieren!

Vorgehen

1. Beziehung/Vertrauen aufbauen
2. Schmerzassessment: Genaue Anamnese, Biografie
- 3. Schmerz erfassen**
4. Emotionen erheben/erfragen
5. Gesprächsführung
6. Psychosoziale Betreuung
- 7. Medikamentöse/nicht medikamentöse Maßnahmen kombinieren!**

Vorgehen

NRS/BESD 8



Paracetamol



NRS/BESD 8



Paracetamol + Lagerung
+ Kälte/Wärme
+ zielgerichtetes Gespräch
+ hypnotische Kommunikation
+ Aromapflege
+ Wickel



Therapieziel/Pflegeziel formulieren!

Ziele der PatientInnen?

NRS/BESD 4

NRS/BESD 4

Zusammenfassung

Die Rolle der Pflege im Schmerzmanagement als die zentrale Steuerungseinheit ist klar und in vielen Leitlinien und Handlungsempfehlungen dezidiert beschrieben.

Pflege ist ein eigenständiger Beruf und nicht von anderen Berufsgruppen in ihrer Tätigkeit abhängig. Professionelle Pflege ist nicht das „Beiwagerl“ anderer Berufsgruppen.

Auch ist professionelle Pflege nicht eine „Aneinanderreihung von einfachen Tätigkeiten“ (Zegelin*), sondern auf Planung und Ziel gerichtete, hoch spezifische evidenzbasierte Ausführung von Pflegehandlungen nach dem Pflegeprozess und unter Berücksichtigung des biopsychosozialen Modells.

* Zegelin, A. (2018): Die Zeit des Schweigens muss vorbei sein. In: Die Schwester Der Pfleger 10/18. S. 50.

Multimodale Schmerztherapie

**DREI
LÄNDER
TAGUNG
ACHD**

8

Visionen moderner
Schmerzmedizin
„**Multimodale
Schmerztherapie**“

Dreiländertagung ACHD
29.–30. März 2019
Hotel Savoyen Vienna
Rennweg 16
1030 Wien

Die Schmerzgesellschaften dreier Länder (A/CH/D – Österreich, Schweiz, Deutschland) schließen sich zusammen, um Aktuelles in der Schmerzmedizin zu diskutieren. Die Versorgungssituation in den Ländern soll verglichen, Erfahrungen ausgetauscht und visionären Gedanken freier Lauf gelassen werden.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

www.achd-tagung.com

Österreichische Schmerzgesellschaft
Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
Deutsche Schmerzgesellschaft

<http://www.achd-tagung.com/cms/>

Zusammenfassung

Wir sind da, wenn die anderen Berufsgruppen nicht da sind

Wir sind da, wenn die anderen Berufsgruppen schon weg sind

Wir sind da, wenn die anderen Berufsgruppen woanders sind

Am Ende ist noch die Pflege da!

Danke für die Aufmerksamkeit



www.pflege-schmerz.at

www.facebook.com/pflegeminusschmerz.at