

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Svetlana Geyrhofer, BA, DGKP, LfGuK

(Schmerzmanagement, Komplementäre Pflege-Aromapflege)

Akademisch geprüfte Expertin in der Anästhesiepflege

Präsidentin der Gesellschaft für Schmerzmanagement der Gesundheits- und Krankenpflege

Vorstandsmitglied der Österreichischen Schmerzgesellschaft

www.pflege-schmerz.at

www.facebook.com/pflegeminusschmerz.at

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Einleitung:

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 in den pflegerischen Kernkompetenzen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen ein.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Ausgangssituation:

Der Pflege wird im Schmerzmanagement oft die Tätigkeit der Schmerzerhebung und der Schmerzdokumentation zugeschrieben.

Das ist grundsätzlich richtig, die pflegerischen Kernkompetenzen beginnen und enden aber nicht mit der Schmerzerhebung und der Weiterleitung der Schmerzintensität an die Ärzteschaft und dem Verabreichen der ärztlich angeordneten Medikation.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Ist-Situation:

Vielmehr übernimmt die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson (DGKP) die Steuerung des gesamten Schmerzmanagements.

Wie ist die Begründung für diese Behauptung?

Wo steht das?

Exkurs – was ist professionelle Pflege

In Österreich sind derzeit drei Berufsgruppen in der Pflege tätig:

- Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (DGKP, seit 2008 in Ö 3jähriges Studium)
- PflegeFACHassistentInnen (PFA, 2jährige Ausbildung)
- PflegeassistentInnen (PA, 1jährige Ausbildung)

Andere Berufsgruppen sind keine Pflegeberufe, z.B. HeimhelferInnen.

In der **24-Stunden-Betreuung** arbeiten KEINE Pflegepersonen!!

Sie sind nicht berechtigt, Pflegeleistungen durchzuführen. Sie sind nicht als Pflegeperson eigenständig tätig (wäre von den Kosten für die Betroffenen nicht bezahlbar).

Es gibt KEINE 24-Stunden-**Pflege**!

Exkurs – was ist professionelle Pflege

Pflege mit Betreuung zu verwechseln ist gefährlich!

Abo · E-Paper · Magazine

WIENER ZEITUNG .at

MENÜ POLITIK KULTUR WIRTSCHAFT AMTSBLATT DOSSIERS MEINUNG

Startseite > Meinung > Gastkommentare

GASTKOMMENTAR

Betreuung mit Pflege zu verwechseln, ist gefährlich

▪ Die Unterschiede zwischen den beiden Berufsfeldern sind sehr deutlich.

vom 19.06.2020, 15:56 Uhr | Update: 19.06.2020, 16:05 Uhr

Empfehlen 18 Kommentieren 5 Teilen f t e mit Bild ohne Bild

Eigentlich ist es ganz einfach: Wenn man sich ein wenig mit dem Thema 24-Stunden-Betreuung auseinandersetzt, wird klar, dass die Tätigkeiten der Personenbetreuerin in erster Linie "auf die Person aufpassen und ihr helfen" sowie hauswirtschaftliche Hilfestellungen sind, wie etwa Kochen, Reinigungsarbeiten, Botengänge, Betreuung von Pflanzen und Tieren, Wäsche waschen und bügeln. Dafür braucht die Personenbetreuerin keine besonderen fachpflegerischen Qualifikationen.

Googelt man den Beruf "Diplomierter/r Gesundheits- und Krankenpfleger/in" (DGKP), sieht man schnell, dass es hierfür ein dreijähriges Studium braucht und die Grundlage der Pflegehandlungen der Pflegeprozess bildet: Man erstellt auf Basis der Anamnese die Pflegediagnose, wählt gezielte Pflegemaßnahmen möglichst nach wissenschaftlichen Erkenntnissen aus, wendet dabei verschiedene Pflegekonzepte an. Weitere wichtige Aufgaben sind gesundheitsfördernde und ressourcenorientierte Pflegemaßnahmen, Prävention



<https://www.wienerzeitung.at/meinung/gastkommentare/2064934-Betreuung-mit-Pflege-zu-verwechseln-ist-gefaehrlich.html>

6

www.pflegeminusschmerz.at

Tätigkeitsbereiche der Pflege in Ö

- Akut-Kliniken/Krankenhäuser (ca. 280 Institutionen)
- Ambulanzbereiche (Patienteninformationszentren durch Pflege)
- Rehabilitationszentren
- Pflegeheime (ca. 870 Institutionen)
- Mobile Hauskrankenpflege
- Primärversorgungszentren und Ordinationen
- Eigene Ordinationen (Pflegeberatung, Behandlung, etc.)
- Community Health Care Nurse (derzeit noch mehrheitlich Privatleistung)

In vielen Bereichen sind Ärzte für Pflegepersonen nicht greifbar! Sie stehen nicht rund um die Uhr als Ansprechpartner zur Verfügung!

Z.B gibt es Vorgaben für DGKP in Pflegeheimen, dass sie bei Schmerzen von BewohnerInnen die Gesundheitshotline 1450 anrufen sollen, dort hebt wieder eine DGKP ab! Das ist UNSINNIG!

Wenn's weh tut ... rufen Sie die DGKP!

so funktioniert's

Partner

Impressum

Datenschutz

Barrierefreiheit

Der Kopf dröhnt
und Sie fühlen sich
gerädert – und das
gerade jetzt, wo ein
heller Kopf gefragt ist!
Was tun?



Wenn's weh tut!

 **1450**

Ihre telefonische
Gesundheitsberatung

<https://www.1450.at/1450-die-gesundheitsnummer/>

Wie viele Pflegepersonen gibt es in Österreich?

Diplomierte Gesundheits- und KrankenpflegerIn (DGKP):	104.715
Davon mit abgeschlossener Weiterbildung/ Spezialisierung (mind. 160 Stunden mit Abschlussprüfung):	
Kinästhetik:	4.314
Basale Stimulation:	3.785
Palliativpflege:	1.997
Wundmanagement:	2.043
Aromapflege:	1.258
Schmerzmanagement:	641
Onkologische Pflege:	522
Pflege bei Demenz:	393
Pflegeberatung:	204
Unterstützung durch:	
PflegefachassistentInnen (PFA):	2.651
PflegeassistentInnen (PA):	55.246
Insgesamt in der Pflege tätig:	162.612

<https://gbr-public.ehealth.gv.at/> (Stand: 21.09.2021)

Vergleich Berufsgruppen im Gesundheitswesen

Pflege (DGKP, PA, PFA)	162.612
ÄrztInnen	47.674
PsychologInnen/PsychotherapeutInnen:	~ 10.500
PhysiotherapeutInnen:	16.157
ErgotherapeutInnen:	4.136
DiätologInnen:	1.688

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

<https://www.aerztekammer.at/daten-fakten> (Stand: 21.09.2021)

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Ist-Situation:

Vielmehr übernimmt die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson die Steuerung des gesamten Schmerzmanagements.

Wie ist die Begründung für diese Behauptung?
Wo steht das?

Selbstbewusste Pflege im 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.
Anwendung pflegetherapeutischer Maßnahmen und
Gabe von ärztlich verordneten Schmerzmedikamenten?
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?
6. Wer evaluiert die multimodale Schmerztherapie?

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

In Zeiten, wo Pflege zunehmend autonom agieren muß, da in vielen Institutionen vor Ort keine ÄrztInnen, PsychologInnen, PhysiotherapeutInnen zur Verfügung stehen, sind Pflegepersonen die einzigen, die ein klinisches Schmerzassessment durchführen und die entsprechenden Maßnahmen einleiten und umsetzen können.

(Vorwort Pflegesymposium 2019, S. Geyrhofer)

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Rechtliche Grundlage:

§ 12 GuKG - Berufsbild und Kompetenzbereich:

(2) Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege trägt auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative sowie palliative Kompetenzen zur Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit, zur Unterstützung des Heilungsprozesses, zur Linderung und Bewältigung von gesundheitlicher Beeinträchtigung sowie zur Aufrechterhaltung der höchstmöglichen Lebensqualität aus pflegerischer Sicht bei.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

- Der Begriff „therapeutisch“ bezeichnet laut „Pschyrembel online“ „die Behandlung betreffend“.
- Sicher ist, dass Pflege auch die Behandlung betrifft und zur Genesung der Patientin beisteuert. Damit ist Pflege therapeutisch.
- Pflege ist ein eigenständig arbeitender THERAPEUTISCHER Beruf!

Weiterführende Informationen dazu unter:

[Kranke und alte Menschen haben das Recht auf professionelle Pflege! – Starke Pflege](#)

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

§ 14 GuKG - Pflegerische Kernkompetenzen

- (1) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen die eigenverantwortliche Erhebung des Pflegebedarfes sowie Beurteilung der Pflegeabhängigkeit, die Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen (Pflegeprozess) in allen Versorgungsformen und Versorgungsstufen, die Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung im Rahmen der Pflege sowie die Pflegeforschung.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

(2) Die pflegerischen Kernkompetenzen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege umfassen im Rahmen der Gesundheits- und Krankenpflege insbesondere:

1. Gesamtverantwortung für den Pflegeprozess,
2. Planung und Durchführung von Pflegeinterventionen bzw. -maßnahmen,
3. Unterstützung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens
5. theorie- und konzeptgeleitete Gesprächsführung und Kommunikation

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

- 6. Beratung zur Gesundheits- und Krankenpflege sowie die Organisation und Durchführung von Schulungen
- 7. Förderung der Gesundheitskompetenz, Gesundheitsförderung und Prävention
- 15. Anwendung komplementärer Pflegemethoden
- 17. Psychosoziale Betreuung in der Gesundheits- und Krankenpflege

VORBEHALTSRECHT DER PFLEGE!

Nur die DGKP darf diese Tätigkeiten ausüben bzw. an PA/PFA übertragen. Die DGKP darf auch Betreuungspersonen oder Angehörige schulen und bestimmte Pflegemaßnahmen übertragen. Ohne schriftliche Übertragung dürfen diese Tätigkeiten nur von DGKP durchgeführt werden! Pflege kann somit NICHT JEDE/R!

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Rolle der Pflege im Schmerzmanagement:

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

Die anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen (Ärzeschaft, PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, PsychologInnen, DiätologInnen, SozialarbeiterInnen, etc.) wirken am Schmerzmanagement mit.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG.)

EXPERTENSTANDARD SCHMERZMANAGEMENT IN DER PFLEGE

Aktualisierung 2020
einschließlich Kommentierung und Literaturstudie

Aktuell seit August 2020

Bestellbar unter: www.dnqp.de

Die vollständige Veröffentlichung kann zu einem Preis von 30,00 € (inkl. MwSt., versandkostenfrei) direkt über ein **Online-Bestellformular** auf der Homepage des DNQP unter www.dnqp.de/bestellung angefordert werden.

DNQP | DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

*„Der Pflegefachkraft kommt [... im Schmerzmanagement ...] eine wichtige integrative und koordinierende Aufgabe zu, sie tritt durch die vielen psychosozialen Herausforderungen im Umgang mit Schmerzen in eine kontinuierliche **therapeutische** Beziehung zum betreffenden Menschen mit Schmerzen ein.“*

(DNQP: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, 2020, S. 25).

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

„Die systematische Schmerzeinschätzung ist Voraussetzung für ein effektives Schmerzmanagement. Sie beinhaltet die Durchführung eines Screenings und bei vorhandenen Schmerzen eines Assessments sowie je nach Schmerzart und Schmerztherapie auch die Verlaufserfassung bzw. das Monitoring der Schmerzen.“

(DNQP, Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, 2020, S. 28)

Somit leitet die Pflegediagnostik die weiteren therapeutischen Interventionen ein.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

„Die DGKP besitzt die Kompetenzen [...] Schmerzen erkennen, einschätzen und differenzieren zu können. Sie berücksichtigt dabei die biopsychosoziale [...] Dimension des Schmerzes.“

Die DGKP weiß um das subjektive Erleben der Schmerzsituation, berücksichtigt den Kontext bei der Schmerzwahrnehmung (ein Geburtsschmerz ist etwas anderes als ein postoperativer Schmerz nach einem Unfall – welche Bedeutung hat der Schmerz?).

Die professionelle Haltung der DGKP ist dabei wesentlich, um geäußerte Schmerzen in jeder Situation ernst zu nehmen und adäquat darauf zu reagieren!

(DNQP, Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, 2020, S. 28)

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement



Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe

Langversion der multiprofessionellen
S3-Leitlinie

AWMF Registernummer 145 – 001

Stand: 11. Juli 2017

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

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

Ohne **fundierte 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 Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe, 2017, S. 8, abrufbar unter www.awmf.org).

Anm: Schmerzassessment ist viel mehr als Schmerzerhebung und Schmerzdokumentation!

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Originalien

Schmerz
DOI 10.1007/s00482-017-0217-y

© Der/die Autor(en) 2017. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.



R. Likar¹ · W. Jaksch² · T. Algmüller³ · M. Brunner⁴ · T. Cohnert⁵ · J. Dieber⁶ · W. Elsner⁷ · **S. Geyrhofer**⁸ · G. Grögl⁹ · F. Herbst¹⁰ · R. Hetterle¹¹ · F. Javorsky¹² · H. G. Kress¹³ · O. Kwasny¹⁴ · S. Madersbacher¹⁵ · H. Mächler¹⁶ · R. Mittermaier¹⁷ · J. Osterbrink¹⁸ · B. Stöckl¹⁹ · **M. Sulzbacher**²⁰ · B. Taxer²¹ · B. Todoroff²² · A. Tuchmann²³ · A. Wicker²⁴ · A. Sandner-Kiesling²⁵

¹Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich; ²Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin, Wilhelminenspital der Stadt Wien, Wien, Österreich; ³Universitätsklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, LKH-Universitätsklinikum Graz, Graz, Österreich; ⁴Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Medizinische Universität Wien/AKH Wien, Wien, Österreich; ⁵Universitätsklinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Gefäßchirurgie, LKH-Universitätsklinikum Graz, Graz, Österreich; ⁶Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Hartberg, Hartberg, Österreich; ⁷Universitätsklinik für Neurochirurgie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; **Geyrhofer KG pflegeminusschmerz, Grein, Österreich**; ⁸Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Krankenhaus Rudolfstiftung, Wien, Österreich; ⁹Abteilung für Chirurgie, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Wien, Österreich; ¹⁰Klinische Abteilung für Herzchirurgie, LKH-Universitätsklinikum Graz, Graz, Österreich; ¹¹Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Donauspital, Wien, Österreich; ¹²Klinische Abteilung für Spezielle Anästhesie und Schmerztherapie, Medizinische Universität Wien/AKH Wien, Wien, Österreich; ¹³Klinik für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, Kepler-Universitätsklinikum, Linz, Österreich; ¹⁴Urologische Abteilung, Sozialmedizinisches Zentrum Süd – Kaiser-Franz-Josef-Spital, Wien, Österreich; ¹⁵Klinische Abteilung für Herzchirurgie, LKH-Universitätsklinikum Graz, Graz, Österreich; ¹⁶Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich; ¹⁷Institut für Pflegewissenschaft und -praxis, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Salzburg, Österreich; ¹⁸Abteilung für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt am Wörthersee, Österreich; **Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Herz-Jesu Krankenhaus, Wien, Österreich**; ¹⁹Studiengang Physiotherapie, Fachhochschule Joanneum, Graz, Österreich; ²⁰Abteilung für Plastische und Rekonstruktive Chirurgie, St. Josef Krankenhaus, Wien, Österreich; ²¹Privatklinik Döbling, Wien, Österreich; ²²Universitätsklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Salzburger Landeskliniken – Universitätsklinikum Salzburg, Salzburg, Österreich; ²³Klinische Abteilung für Allgemeine Anästhesiologie, Notfall- und Intensivmedizin, LKH-Universitätsklinikum Graz, Graz, Österreich

Interdisziplinäres Positionspapier „Perioperatives Schmerzmanagement“

Zusatzmaterial online

Die Online-Version dieses Beitrags (10.1007/s00482-017-0217-y) enthält weitere Tabellen 3 und 4. Beitrag und Zusatzmaterial stehen Ihnen im elektronischen Volltextarchiv auf <http://www.springermedizin.de/doi/schmerz>

Einleitung

In österreichischen Krankenhäusern werden laut Spitalsentlassungsstatistik jährlich mehr als 1,2 Mio. Operationen durchgeführt. Schon vor dem Hinter-

Schmerzen bleiben also offenbar nach wie vor oftmals ungenügend behandelt [134]. Das ist problematisch, weil sich diese Tatsache auf den unmittelbaren Rekonvaleszenzprozess negativ auswirkt und die Grundläse für eine Schmerz-

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-017-0217-y>

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

„Pflegerpersonen erkennen durch regelmäßige Beobachtung als Erste neben den Schmerzen weitere Symptome und Anzeichen möglicher postoperativer Komplikationen wie Fieber, Nachblutungen oder Infektionen. Sie sind auch die ersten, die entsprechende weiterführende Maßnahmen einleiten, die Ärzteschaft informieren und bereits verordnete Maßnahmen durchführen.

Eine hohe Qualifikation von Pflegerpersonen im Schmerzmanagement ist daher wesentlich und eine Spezialausbildung als „Pain Nurse“ zu empfehlen.“

(Interdisziplinäres Positionspapier perioperatives Schmerzmanagement, 2017, S. 470)

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Es benötigt ein hohes Fachwissen, um die Schmerzintensität mittels der derzeit gültigen Schmerzerfassungsinstrumente zu erheben! Es genügt nicht, nur zu fragen, wie stark der Schmerz verspürt wird.

Die jeweilige Situation im Kontext ist mitzubersichtigen. Weiters muss für die DGKP klar sein, dass es sich bei der Erhebung um das subjektive Schmerzerleben handelt und dass es sich bei der Schmerzsituation nicht um einen tatsächlichen Zeitpunkt, sondern um ein komplexes Ereignis im zeitlichen Verlauf handelt.

Ein professionelles Screening und Pflegeassessment entscheidet über die weitere Therapie. Nicht immer ist ein Medikament indiziert!

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Zum Beispiel kann ein Patient zum Zeitpunkt der Schmerzerhebung Angst vor dem Aufstehen oder der Mobilisierung haben und in der Früh daher mehr Schmerzen angeben, auch wenn er zum Zeitpunkt der Schmerzerhebung im Bett liegt und keine oder nur minimale Schmerzen hat. Er weiß jedoch, dass gleich eine Bewegung bevorsteht und gibt somit eine höhere Schmerzstärke an.

Vorgehensweise der DGKP:

Nachfragen, was den Schmerz jetzt so verstärkt, wo und wie der Schmerz wahrgenommen wird und was gegen die Angst vor der Mobilisierung helfen könnte. Hier könnte die Pflegeperson eine wohltuende pflegetherapeutische Maßnahme (z.B. Einreibung, Wärme, etc.) anbieten und gleichzeitig eine medikamentöse Schmerztherapie (nach ärztlicher Anordnung) ca. 30 Minuten vor der geplanten Mobilisierung verabreichen.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Oder ein Patient hat zum Zeitpunkt der Schmerzerhebung Angst vor der Entlassung, da er daheim alleine wohnt und Angst hat, zu stürzen und nicht mehr selbst aufstehen zu können. Daher gibt er mehr Schmerzen an und verlangt nach einer Infusion, da eine Entlassung mit Infusionstherapie nicht möglich scheint.

Vorgehensweise der DGKP:

Nachfragen, was den Schmerz jetzt so verstärkt, wo und wie der Schmerz wahrgenommen wird und was gegen die Angst vor der Entlassung helfen könnte.

DGKP könnte formulieren: „Ich beobachte, dass immer kurz vor dem Entlassungstermin Ihr Schmerz stärker wird. Was glauben Sie, was Ihre Schmerzen verstärkt?“

Das pflegerische Entlassungsmanagement könnte sich die Situation zu Hause ansehen und eine mobile Hauskrankenpflege oder Alltagsbetreuung in die Wege leiten.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Diese Fallbeispiele zeigen, dass die Erhebung der Schmerzstärke noch nicht darüber entscheidet, ob und welches Medikament verabreicht werden soll.

Algorithmen, an denen sich die Verabreichung eines Schmerzmedikamentes an dem Wert der Schmerzintensität orientiert, sind in der pflegerischen Praxis daher schwierig umzusetzen.

Beispiel: „Ab einem Schmerzwert über 3 nach der NRS, soll ein Medikament verabreicht werden“

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Besser:

Ab einem Schmerzwert über 3 nach der NRS **kann** nach dem Pflegeassessment und der Einteilung in stabile/instabile Situation zusätzlich zur Pflegeetherapie ein Medikament verabreicht werden ...“.

Das betrifft nicht die Basisanalgesie bei postoperativen/onkologischen Schmerzzuständen und bei chronischen Schmerzen.

Hierbei geht es immer um die EINZELFALLMEDIKATION!

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Vorgehensweise und Dokumentation: Medizinische Diagnose/Pflegediagnose

Schmerzerfassung nach NRS:	8
Schmerz akut/chronisch	akut (postoperativ)
Schmerzqualität funktional	ziehend (nozizeptiv)
Schmerzqualität emotional	schrecklich, mühsam, furchtbar
Pflegeassessment	Pat. gibt Angst vor der Mobilisierung an
Ärztliches therapeutisches Ziel	Reduktion der NRS um die Hälfte bzw. Reduktion der NRS nach vereinbartem Referenzwert mit dem Patienten
Pflegetherapeutisches Ziel	Reduktion der Angst vor der Mobilisierung
Basisanalgesie nach ärztlicher Verordnung erhalten	J
Pflegetherapie	lokale Einreibung mit Akutpflegeöl Information und Aufklärung über schmerzarme Techniken bei der Mobilisierung (Kinästhetik) angstreduzierendes motivierendes Gespräch mittels Hypnotischer Kommunikation
Einzelfallmedikation nach ärztlicher Verordnung	30min. vor der Mobilisierung
Evaluation nach NRS 30/60 Min. nach Intervention	3
Pflegetherapeutisches Ziel erreicht	J
Ärztliches therapeutisches Ziel erreicht	J

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Vorgehensweise und Dokumentation: Medizinische Diagnose/Pflegediagnose

Schmerzerfassung nach NRS:	8
Schmerz akut/chronisch	akut (St.p. Sturz) und chronisch (Rücken)
Schmerzqualität funktional	ziehend, dumpf (nozizeptiv)
Schmerzqualität emotional	mühsam, beängstigend, einsam
Pflegeassessment	Pat. gibt Angst vor der Entlassung an, da er alleine daheim lebt und Angst hat, wieder zu stürzen
Ärztliches therapeutisches Ziel	Reduktion der NRS nach vereinbartem Referenzwert mit dem Patienten
Pflegetherapeutisches Ziel	Reduktion der Angst vor der Entlassung
Basisanalgesie nach ärztlicher Verordnung erhalten	J
Pflegetherapie	Hinzuziehung des pflegerischen Entlassungsmanagements, hierbei wird die weitere Vorgehensweise besprochen (mobile Hauskrankenpflege, Alltagsbetreuung) weitere Beratung über Vorgehensweise bei neuem Sturz, eventuell Notfall-Armband anfordern
Einzelfallmedikation nach ärztlicher Verordnung	N
Evaluation nach NRS 30/60 Min. nach Intervention	3
Pflegetherapeutisches Ziel erreicht	J
Ärztliches therapeutisches Ziel erreicht	J

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Wenn ein Medikament ab einer gewissen Schmerzstärke nach Algorhythmus verabreicht werden soll, bestehen folgende Gefahren:

Patient erhält ein Medikament, obwohl er keines benötigt.

DGKP erkennt richtig, dass es bei der Schmerzstärke um emotionale Verstärkung handelt. Sie erkennt weiters richtig, dass es kein Schmerzmedikament benötigt, handelt aber falsch, indem sie einen niedrigeren Wert dokumentiert, als der Patient angibt.

DGKP handelt richtig, da sie pflegetherapeutische Maßnahmen durchführt, diese aber nicht adäquat entsprechend als schmerzreduzierende Maßnahme dokumentiert.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Wenn die DGKP der Meinung ist, „der Patient braucht nix“, dann bekommt er auch „nix“.

Wenn es keine DGKP vor Ort gibt (Langzeitpflege) ist ein Schmerzmanagement und eine adäquate multimodale Schmerztherapie nicht möglich!

Wenn das Wissen um die Mehrdimensionalität beim Schmerz nicht vorhanden ist, gibt es keine professionelle Vorgehensweise in der Schmerztherapie und Nebenwirkungen sind vorprogrammiert!

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Leider wird immer noch geglaubt, eine Schmerzäußerung benötigt immer ein Medikament.

Die emotionale Komponente, die sowohl beim akuten als auch beim chronischen Schmerz eine große Rolle spielt, wird bei medikamentösen Algorithmen zu wenig berücksichtigt.

Der Pflegediagnostik und der Rolle der DKGP im Schmerzmanagement wird zu wenig Bedeutung beigemessen.

Für eine multimodale Schmerztherapie müssen beide Diagnosen (medizinische und pflegerische) im Algorithmus berücksichtigt werden!

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Die ärztliche Therapie wirkt sich auf die Pflegetherapie aus.

Ein schmerzgeplagter Patient hat viele Nebenwirkungen, ist weniger mobil, dadurch müssen mehr pflegerische prophylaktische Maßnahmen durchgeführt werden (Dekubitus, Pneumonie, Thrombose).

Ein Patient mit Nebenwirkungen ist pflegeaufwendiger, so muss bei Müdigkeit/Schwindel am Morgen der gesamte Pflegeablauf umgeplant werden.

Oder bei Übelkeit und Erbrechen kann kein Frühstück ausgeteilt werden bzw. müssen orale Medikamente umgestellt werden.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

Deshalb darf sich die Pflege in die ärztliche Therapie einmischen, sie hat nach § 16 GuKG ein Vorschlagsrecht!!

Pflege muss sich einmischen, wenn es darum geht, rechtliche und ethische Aspekte im Schmerzmanagement umzusetzen.

Sie darf nicht zuschauen, wenn Patienten keine adäquate Schmerztherapie erhalten (aufgrund Strukturängel oder Wissensdefizite).

„Pfleger sind Mitwisser strafbaren Handelns, in Bezug auf eine verweigerte Schmerztherapie bei offensichtlichen Schmerzen.

Dies wird als Straftatbestand im Sinne unterlassener Hilfeleistung bis hin zur Körperverletzung gesehen.“

(Jurist Werner Schell zitiert von Johann Binter am 2. BKKÖ Bildungstag in Linz 2010, 3.11.2010)

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

- DGKP erstellen auf Basis des Pflegeassessments die Pflegediagnose, wählen gezielte Pflege Therapien möglichst nach wissenschaftlichen/neuesten/literaturgestützten Erkenntnissen aus, wenden dabei verschiedene Pflegekonzepte an.
- Hinzu kommt, dass dafür medizinische Fachkenntnisse nötig sind, um ärztlich angeordnetes Therapiemanagement ohne deren Beisein anzuwenden und den Behandlungserfolg zu evaluieren.

Selbstbewusste Pflege im Schmerzmanagement

„Administrative und organisatorische Tätigkeiten im multimodalen Schmerzmanagement an die DGKP zu übertragen, ist aus mehreren Gründen entschieden abzulehnen.

Die Betroffenen haben ein Recht auf die professionellen pflegetherapeutischen Maßnahmen, DGKP müssen die Möglichkeit zur Umsetzung ihrer Kernkompetenzen bekommen und sollten nicht durch Übernahme von berufsfremden Tätigkeiten Patientinnen und Patienten vernachlässigen müssen.

Hier muss noch einmal klargestellt werden, dass es sich bei der professionellen Pflege um einen eigenständigen Beruf handelt und nicht um einen „medizinischen Assistenzberuf“.

Geyrhofer, S. (2021): Multimodale Schmerztherapie – ohne Pflege geht das nicht!

In: Schmerznachrichten 01/21, S. 58-59, online abrufbar unter: www.pains.at/schmerznachrichten

Zusammenfassung

Wer diagnostiziert, der therapiert!

Pflege ist ein therapeutischer Beruf!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Bildungshaus Schloss Puchberg, Wels

Literaturverzeichnis

Egger, J. (2017). Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin. Wien: Facultas Verlag.

DNQP (2020): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. FH Osnabrück. Bestellbar unter: www.dnqp.de

Geyrhofer, S. (2021): Multimodale Schmerztherapie – ohne Pflege geht das nicht! In: Schmerznachrichten 01/21, S. 58-59. Online unter: www.pains.at/schmerznachrichten

Jaksch, W. (2016). Differenzierte Leitlinien zum Einsatz von Analgetika. rhauma plus 01/16, S. 34-37.

Le Breton, D. (2003). Schmerz. Zürich-Berlin: Diaphanes.

Weiss, S./Lust, A. (2017): GuKG – Gesundheits- und Krankenpflegegesetz. MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Zegelin, A. (2018): Die Zeit des Schweigens muss vorbei sein. In: Die Schwester Der Pfleger 10/18. Online abrufbar unter: https://www.angelika-zegelin.de/app/download/5815123877/SP_10_2018_Zegelin_Die_Zeit_des_Schweigens_50-52.pdf