



Qualitätshandbuch Domicil

erarbeitet

Andrea Ermler

Leiterin Pflege & Entwicklung, Domicil

Überarbeitet Team P&E

Version 1.2 / 01.05.2019

Inhaltsverzeichnis

1	Ausgangslage	3
2	Ziel des Standards	3
3	Was ist Schmerz?	4
3.1.1.1	Definitionen	4
3.1.2	Akuter Schmerz:.....	4
3.1.3	Chronischer Schmerz:.....	4
4	Systematische Schmerzerfassung	5
4.1.1.1	Grundhaltung in der Schmerzerfassung:	5
4.1.1.2	erfassen von Schmerzdimensionen – ein systematisches Vorgehen.....	5
4.1.1.3	Erfassung des Schmerzverlaufs	6
4.1.1.4	Mögliche Zeichen für Schmerzen	7
4.1.1.5	Instrumente zur Schmerzerfassung	7
4.1.2	Schmerzerfassung bei Menschen ohne kognitive Einschränkungen:	7
4.1.3	Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen.....	7
4.1.3.1	Häufigkeit der Schmerzerfassung.....	7
5	Schmerzbehandlung:	8
5.1.1.1	Medikamentöse Therapie mit WHO Stufen-Schema	9
5.1.1.2	Nebenwirkungen von Opioiden	10
5.1.1.3	Nicht - Medikamentöse Therapie.....	11
5.1.1.4	Physikalische Therapie	11
5.1.1.5	Weitere nicht - medikamentöse Therapieformen	12
6	QM – Matrix Standard Schmerz Domicil.....	13
7	Literatur.....	15
8	Anhang 1: Schmerzerfassung im easydok planen.....	16
9	Anhang 2: Hinweis Qualitätsindikator Schmerz	18

Pflegestandard Schmerzbehandlung Domicil

1 AUSGANGSLAGE

Mit zunehmendem Alter steigt die Anzahl chronischer Erkrankungen an. Diese sind häufig mit chronischen Schmerzen verbunden (Kunz, 2011). Im Alter treten Schmerzen häufig im Kopf-, Rücken- und Beinbereich auf. Diese können Abnützungserscheinungen sein, die Folgen einer dauerhaften Fehlbelastung darstellen oder eine Kombination von beidem sein. Schmerzhaftes Bewegungen führen zu Schonhaltungen und Unsicherheiten in Alltagsbewegungen und steigern das Sturzrisiko. Die Abnahme des Hör-, Seh- und Riechvermögens, Osteoporose und Vitaminmangel begünstigen Bewegungsunsicherheiten und erhöhen die Verletzungsanfälligkeit zusätzlich. Eine insgesamt veränderte Struktur von Nervenzellen, Bindegewebe und Muskeln führt zu einem verlangsamten Schmerzempfinden. Dies kann dazu führen, dass Probleme später erkannt und dadurch verschleppt werden. Bis zu 83% der Bewohnerinnen¹ in Pflegeheimen leiden unter chronischen Schmerzen. Diese werden kaum wahrgenommen und auch nicht behandelt.

Eine sensible und professionelle Schmerzerfassung beeinflusst die Schmerzbehandlung und auch den Umgang mit Schmerzen im Alltag. Chronische Schmerzen gut zu therapieren, stellt eine grosse Herausforderung dar. Der Erfolg der Therapie beeinflusst den physischen wie psychischen Bewegungsspielraum der Betroffenen sehr.

Menschen, die in einem Domicil Standort leben, sollen bis zum Lebensende eine für sie optimale Lebensqualität geniessen. Dies schliesst eine angepasste Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung während ihres Aufenthaltes wie auch am Lebensende mit ein. Menschen, die Schmerzen empfinden, aber dies nicht oder nicht mehr selbst ausdrücken können, werden dabei genauso achtsam behandelt wie Menschen, die ihren Schmerz verbal mitteilen können. Die professionelle Pflege stellt Instrumente zur Schmerzerfassung zur Verfügung, die eine angepasste Schmerzerfassung und Schmerzbehandlung von Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen ermöglichen.

Der Pflegestandard Schmerz bildet die Grundlage für eine strukturierte Schmerzerfassung und interdisziplinäre Schmerzbehandlung für die Langzeitbetreuung.

2 ZIEL DES STANDARDS

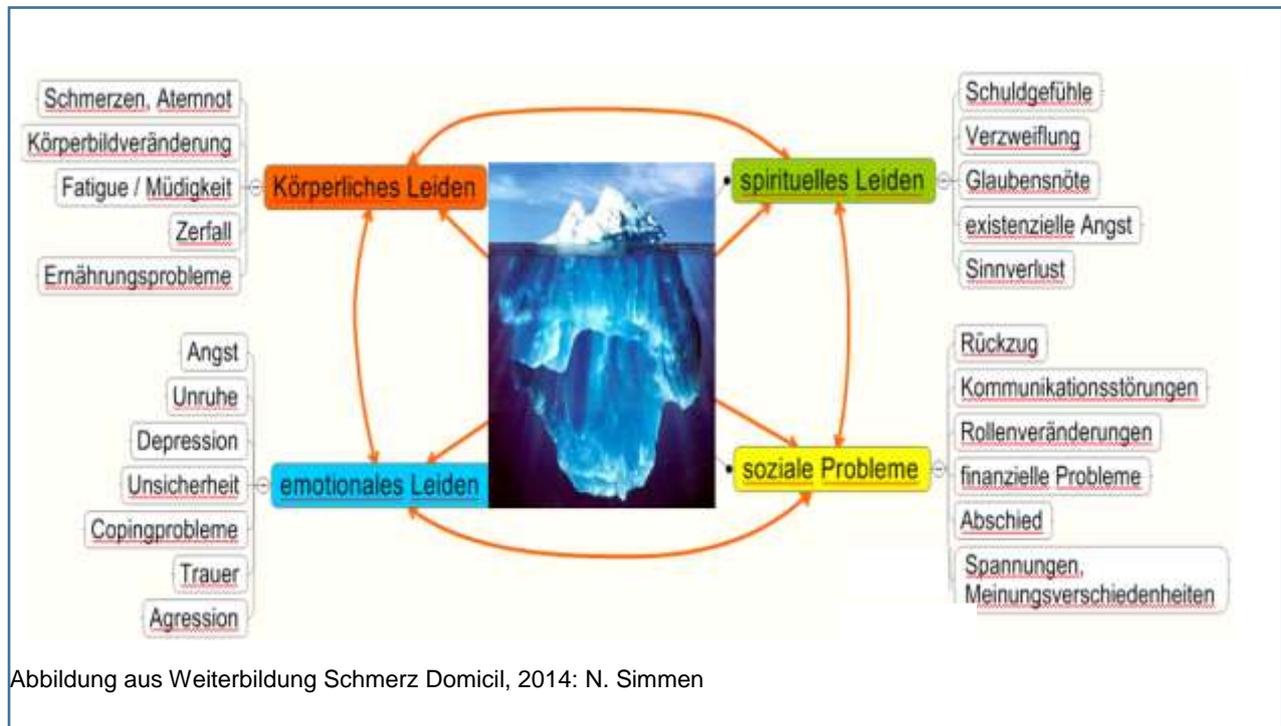
Dieser Standard dient dazu, eine systematische Schmerzerfassung bei Bewohnerinnen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen in Domicil durchführen zu können. Ziele sind im Einzelnen:

- Der Unterschied von akutem und chronischem Schmerz ist erklärt
- Instrumente zur systematischen Schmerzerfassung und Dokumentation des Schmerzverlaufs und -therapie stehen zur Verfügung
- Die Schmerzbehandlung erfolgt interprofessionell
- Die Schmerzbehandlung schliesst nichtmedikamentöse Behandlungsformen mit ein
- Die Lebensqualität der Betroffenen wird durch eine adäquate Schmerztherapie verbessert
- Die Erhaltung der Alltagskompetenz, der Selbständigkeit sowie die Teilnahme am sozialen Leben der Bewohnerinnen werden durch die Schmerztherapie unterstützt

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird die weibliche Form verwendet. Diese schliesst die männliche mit ein.

3 WAS IST SCHMERZ?

Der Schmerz als ganzheitliches Phänomen.



3.1.1.1 DEFINITIONEN

- Schmerz ist das, was die empfindende Person sagt, was er ist und vorhanden, wann immer sie sagt, dass er vorhanden ist (Mc, Caffrey, 1997)
- Schmerz ist ein durch die Wahrnehmung des Individuums messbares Symptom und von daher stets mehrdimensional (biologisch, psychisch, sozial, spirituell). Schmerz ist nur ein Symptom des Gesamtbeschwerdebildes, das stets ganzheitlich erfasst und behandelt werden muss (IASP – International Association for Study of Pain)

3.1.2 Akuter Schmerz:

Der akute Schmerz hat eine Schutzfunktion und ist ein Warnzeichen zum Selbstschutz des Körpers. Er tritt akut auf und ist zeitlich begrenzt (ca. 3-4 Monate).

Der akute Schmerz macht uns schädigende Einflüsse bewusst und hat die Funktion, den Organismus vor Dauerschäden zu schützen.

3.1.3 Chronischer Schmerz:

Chronischen Schmerz nennt man einen Schmerz, der länger als 3 Monate dauert.

Der chronische Schmerz hat seine eigentliche Funktion als Warn- und Leithinweis verloren und erhält dadurch einen selbständigen Krankheitswert.

4 SYSTEMATISCHE SCHMERZERFASSUNG

Ein gezieltes Schmerzmanagement bei überwiegend chronischen Schmerzen kann eine bestmögliche Schmerzlinderung mit wenigen Nebenwirkungen erzielen. Der erste Schritt dazu ist eine gezielte und gut dokumentierte Schmerzerfassung.

4.1.1.1 GRUNDHALTUNG IN DER SCHMERZERFASSUNG:

- ✓ *WANN IMMER MÖGLICH, DIE SCHMERZURSACHE BEHANDELN*
- ✓ *WAS IMMER DIE BEWOHNERIN ÜBER IHRE SCHMERZEN SAGT IST RICHTIG*
- ✓ *NICHT DIE BEWOHNERIN IST GESTÖRT, SONDERN DIE SCHMERZREGULATION*
- ✓ *VERTRAUENS BASIS SCHAFFEN DURCH ZUHÖREN, BEOBACHTEN, EMPATHIE, WERTSCHÄTZUNG UND „ERNST-NEHMEN“ DES SCHMERZES*
- ✓ *SCHMERZBEHANDLUNG AUF PHYSISCHER, PSYCHISCHER, SOZIALER UND SPIRITUELLER EBENE IST WICHTIG*
- ✓ *ANGEHÖRIGE WERDEN IN DEN PROZESS INTEGRIERT*

4.1.1.2 ERFASSEN VON SCHMERZDIMENSIONEN – EIN SYSTEMATISCHES VORGEHEN

Schmerzdimensionen geben Auskunft über Lokalisation, Intensität und Qualität der Schmerzen. Die Schmerzerfassung und Auswertung anhand einheitlicher Schmerzskalen innerhalb dieser Dimensionen ist der erste Schritt für eine gezielte Therapie.

Dimension	Bedeutung	Mögliche Fragen	Methode/Instrument
Schmerz-lokalisierung	Gibt Hinweis über Entstehung des Schmerzes	Wo tut es weh?	Bewohnerin zeigt auf schmerzende Stelle, die z.B. auf Köperskizze übertragen wird
Schmerz-intensität	Ist die Grundlage für das Ausmass der Schmerztherapie	Wie stark tut es weh? Wie belastend ist der Schmerz für nahe Angehörige?	Die Schmerzintensität wird anhand einer Schmerzskala skizziert in Ruhe & Bewegung mit NRS oder BISAD ²
Schmerz-qualität	Hinweis auf Schmerzentstehung und Grundlage für die Auswahl der Schmerzmedikamente / Schmerztherapie	Wie fühlt sich der Schmerz an (stechend, dumpf schneidend, ziehend, elektrisierend, hämmernd, drückend...?)	Sich den Schmerz gut beschreiben lassen oder ganz konkret nachfragen. Verlauf dokumentieren

²Schmerzskalen siehe Anhang 1

Dimension	Bedeutung	Mögliche Fragen	Methode/Instrument
Zeitliches Auftreten	Akut auftretender Schmerz? Schmerzen seit mehr als 3-4 Monaten (chronisch?) Zeitlicher Verlauf und Rhythmus sind wichtig für die Wahl der Therapie (medikamentös und nichtmedikamentös)	Seit wann treten diese Schmerzen auf? Wann werden sie beobachtet? Gibt es Zeiten wo sie schlimmer sind oder besser werden?	Regelmässiges Befragen (auch Angehörige) und Beobachten. Absprache mit Arzt Verlauf dokumentieren
Verstärkende und lindernde Faktoren	Wichtig für die Pflegeplanung und um gezielt schmerzlindernde Massnahmen einzusetzen	Was verstärkt den Schmerz? (z.B. Angst) Was lindert den Schmerz? (z.B. Musik, Bewegung)	Regelmässig befragen (auch Angehörige) und beobachten. Absprache mit Arzt Verlauf dokumentieren
Auswirkungen auf die Lebensqualität	Eine sorgfältige und regelmässige Evaluation des Schmerzverlaufs gibt Hinweise über den Erfolg der Schmerztherapie und somit auf die Lebensqualität der Betroffenen	Wie verhält sich die Betroffene im Alltag im Rahmen der Schmerztherapie gegenüber vor der Therapie?	Regelmässig befragen (auch Angehörige) und beobachten. Absprache mit Arzt Verlauf dokumentieren
Erwartung an die Schmerztherapie	Gibt Aufschluss über angestrebtes Ziel in der Schmerztherapie bezogen auf zumutbaren Schmerz und bestmögliche Lebensqualität	Wie viel Schmerz ist zumutbar und ist für die Betroffene akzeptabel?	Anhand der Schmerzskala oder Beobachtung klären. Verlauf dokumentieren
Schmerzmedikation und Begleitscheinung	Gibt Hinweise über Wirksamkeit gegen vorhandene Schmerzen und eventuelle Nebenwirkungen	Welche Schmerzmedikamente werden eingesetzt? Wie wirken sie?	Regelmässig befragen (auch Angehörige) und beobachten. Absprache mit Arzt Verlauf dokumentieren
<p>Tipp: Bei der Ersteinschätzung möglichst alle Dimensionen erfassen. Bei der Erfassung des Schmerzverlaufs werden jeweils die Schmerzintensität und die Schmerzlokalisierung in Ruhe und in Bewegung erfasst und dokumentiert. Andere Dimensionen werden bei der Erfassung des Schmerzverlaufs situativ erfasst</p>			

Tab.2: Schmerzdimensionen und Schmerzerfassung adaptiert nach Vinzentz Network, 2010 und Hirter & Jeitziner, 2013.

4.1.1.3 ERFASSUNG DES SCHMERZVERLAUFS

Bei Bewohnerinnen mit bestehenden Schmerzen wird zur Überprüfung der Wirksamkeit der begonnenen Schmerztherapie die Schmerzsituation regelmässig (ca. 30-60 Minuten nach Schmerzmittelgabe) – *in Ruhe und Bewegung* - evaluiert und dokumentiert. Anhand des Schmerzverlaufs kann die Schmerzmedikation angepasst werden.

Bei Menschen mit Demenz werden die Schmerzen mit einem strukturierten Beobachtungsbogen (BISAD³) eingeschätzt und evaluiert. Nach der Einschätzung und Absprache mit Arzt und Angehörigen kann die Schmerzmedikation angepasst werden.

4.1.1.4 MÖGLICHE ZEICHEN FÜR SCHMERZEN

- Schlafstörungen
- Sozialer Rückzug, Depression
- Appetitlosigkeit / Essensverweigerung
- Verweigerung von Bewegungsaktivitäten
- Aggressives Verhalten
- Starke Unruhe
- Verwirrt sein / Delir

4.1.1.5 INSTRUMENTE ZUR SCHMERZERFASSUNG

Bei Domicil konzentrieren wir uns auf folgende Instrumente⁴ zur Schmerzerfassung: (siehe auch Anhang 1)

4.1.2 Schmerzerfassung bei Menschen ohne kognitive Einschränkungen:

- **Numerische Rating-Skala (NRS):** Hier wird der Schmerz von 0 = „kein Schmerz“ bis 10 = „stärkster vorstellbarer Schmerz“ eingestuft. Die Befragten legen sich dabei auf eine Zahl fest, die ihrem Empfinden nach entspricht.
Cave: Die NRS kann bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen als Ergänzung zu einem speziellen Beobachtungsinstrument (BISAD) eingesetzt werden.

4.1.3 Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen

- **Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz (BISAD):** Beobachtungsinstrument für Verhaltensänderungen, welche auf Schmerzen hinweisen.

Das richtige Instrument ist dasjenige mit dem die Bewohnerin ihren Schmerz am besten beschreiben kann. Oftmals ist eine Kombination von zwei Instrumenten (Ratingskala und Beobachtung) sinnvoll.

Wichtig ist die Verlaufsdokumentation (Anhang 1) vor und nach der Intervention: medikamentöse und nichtmedikamentöse Massnahme.

4.1.3.1 HÄUFIGKEIT DER SCHMERZERFASSUNG

Grundsätzlich werden die Schmerzen von einer Pflegefachperson in individuell regelmässig festgelegten Zeitabständen (bei Schmerzangabe oder ca. 30 Minuten nach Schmerzmittelgabe) – in Ruhe und Belastung – eingeschätzt. Es empfiehlt sich bei neuauftretenden Schmerzen oder

³ BISAD ist die aktuelle deutsche Version von ECPA

⁴ Alle Instrumente im Anhang 1

neu verordneten Medikamenten zusätzlich Vitalkontrollen durchzuführen und auf unerwünschte Nebenwirkungen zu achten.

Grundsätzlich den Schmerz vor Schmerzmittelgabe anhand der Schmerzskala erfassen und Wirkung nach Schmerzmittelverabreichung (ca. 30 Minuten später) überprüfen und dokumentieren.

Ist der Schmerz gut mit der Basismedikation eingestellt, sollte mindestens 3x pro 24h die Schmerzerfassung durchgeführt werden bis keine Schmerzreservemedikation mehr regelmässig eingesetzt werden muss. Bei einer gut eingestellten Schmerztherapie gemessen an der Schmerzskala von 1-10 (Schmerz $\leq 3/10$) kann die Intervallerhebung auf 1x pro Woche für 1 Monat ausgeweitet werden. Anschliessend werden monatliche Intervallkontrollen empfohlen.

5 SCHMERZBEHANDLUNG:

Oberstes Ziel in der Schmerzbehandlung bei älteren Menschen ist der Erhalt der selbständigen Aktivität und die Teilnahme am sozialen Leben. Die Schmerztherapie soll die bestmögliche Schmerzlinderung bei einer maximalen Erhaltung der funktionalen Fähigkeiten der betroffenen älteren Person zum Ziel haben. Die medikamentöse Behandlung sollte mit der niedrigsten Wirkungsdosis beginnen und die Dosis langsam bis zum gewünschten Effekt gesteigert werden. Basismedikamente sollten nach fixen Zeiten verabreicht und einfache Einnahmeschemata verordnet werden. Die orale und transkutane (Pflaster) Verabreichung ist dabei zu bevorzugen.

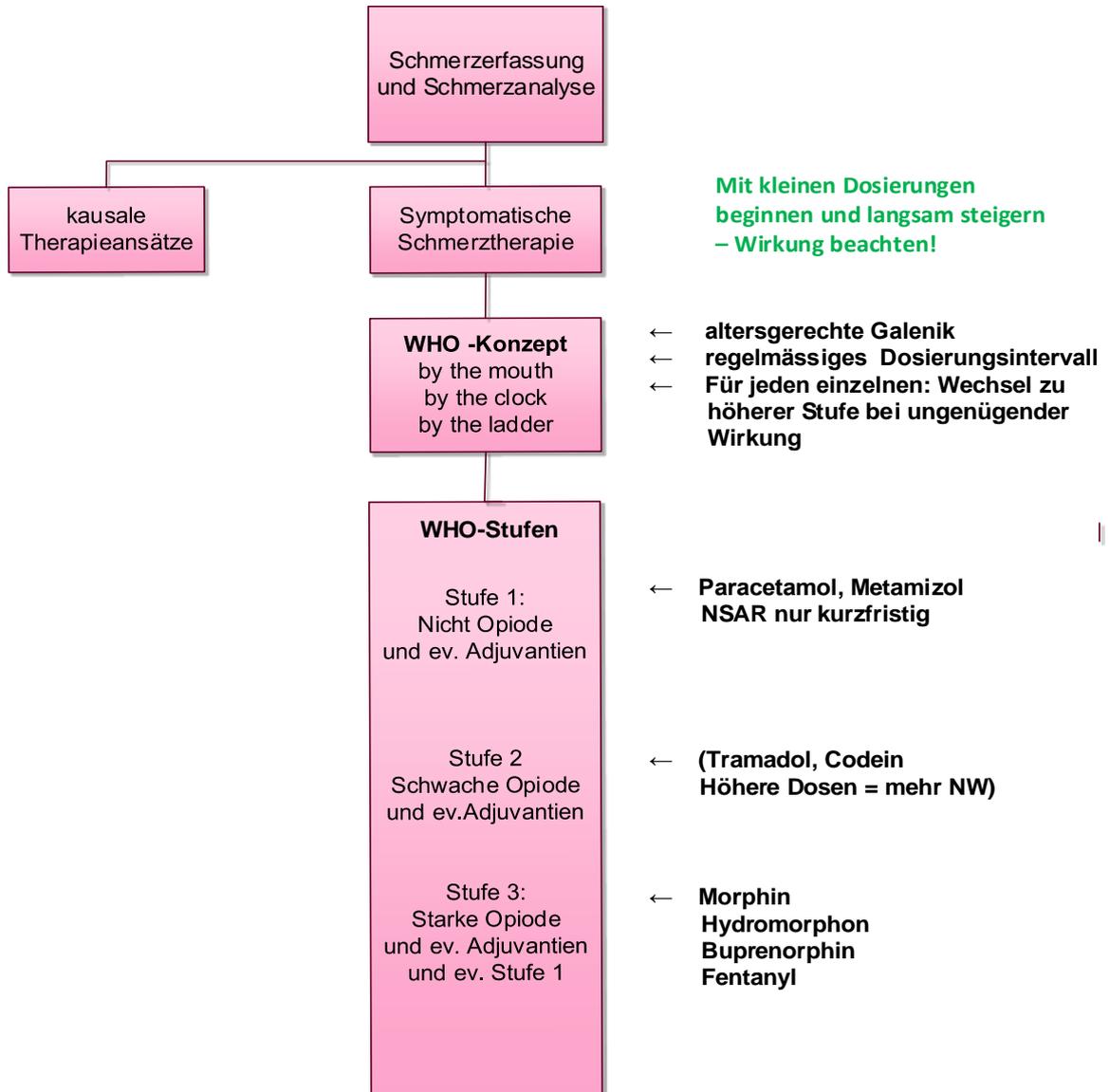
Merke:

- *„start low - go slow“: Beginn mit kleinen Dosierungen in der Schmerzmittelgabe (WHO Stufen)*
- *Regelmässige Wirkungskontrolle (30 Minuten nach Verabreichung des Medikamentes) und Dokumentation der fix verordneten Basismedikation*
- *Regelmässige Wirkungskontrolle (30 Minuten nach Verabreichung des Medikamentes) und Dokumentation der verabreichten Reservemedikation*
- *Dosisanpassung der Basismedikation mit Ärztin besprechen – bei erhöhtem Bedarf an Reservemedikation*
- *Das Ziel in der Schmerztherapie ist bekannt (Schmerzfreiheit, Schmerzlinderung, dadurch die Lebensqualität verbessern durch erträgliche Schmerzen, die funktionale Alltagsbewältigung ist wieder erträglich etc.)*
- *Kleinste kognitive Änderungen oder Verhaltensänderungen nach Medikamentenverabreichung wahrnehmen und mit dem Arzt besprechen*

Ziel der Schmerzbehandlung:

Das Schmerzempfinden der Betroffenen liegt auf der Skala von 1-10 unter 3 ($\leq 3/10$). Dies ermöglicht ihr die Teilnahme am Alltag in grösstmöglicher „schmerzfreier“ Selbständigkeit.

5.1.1.1 MEDIKAMENTÖSE THERAPIE MIT WHO STUFEN-SCHEMA

Schmerzmanagement beim älteren Patienten mit chronischen Schmerzen

Grundsätze der Opiat-Therapie:

Notwendige Dosis mit kurzwirksamen Formen eintrieren, dann Wechsel auf retardierte Formen
 Reservedosis für Durchbruchschmerzen 1/6 bis 1/10 der Tagesdosis, Wiederholung nach 1 Stunde möglich
 Rotation auf anderes Opiat bei ungünstigem Wirkungs / Nebenwirkungs - Verhältnis
Beachte: Stufe 1 ist mit Stufe 2 und 3 kombinierbar. **Stufe 2 und 3 nie miteinander kombinieren**

Adaptierte Darstellung aus:
 Felder et al.(2013). Schmerzmanagement beim älteren Menschen, S.40. Basel: Mundipharma

5.1.1.2 NEBENWIRKUNGEN VON OPIOIDEN

Häufig <ul style="list-style-type: none"> - Übelkeit / Erbrechen - Sedierung - Unruhe - Verwirrtheit /Delir 	Gelegentlich <ul style="list-style-type: none"> - Miktionsstörungen - Juckreiz - Muskelzuckungen - Mundtrockenheit
Häufig anhaltend <ul style="list-style-type: none"> - Obstipation 	Selten <ul style="list-style-type: none"> - Atemdepression - Psychische Abhängigkeit

Zur Vorbeugung von Obstipation (Verstopfung) ist der Einsatz von Laxativa (Abführmitteln) in Kombination mit einer Opioid Therapie selbstverständlich (R. Kressig, 2012).

Zu beachten:

Ältere Menschen reagieren empfindlich auf NSAR⁵ (Gastrointestinal Trakt, Niere) und Opiode (zentrale Effekte, z.B. Delir). Aus diesem Grund ist eine vorsichtige Dosierung und Beobachtung der Betroffenen auf die Wirkung der Medikamentengabe von hoher Bedeutung.

⁵ nicht Steroide Antirheumatika

5.1.1.3 NICHT - MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Neben der medikamentösen Schmerztherapie gibt es eine grosse Anzahl von nichtmedikamentösen Massnahmen im Rahmen der Schmerztherapie wie z.B. physikalische Therapie, Wickel und Auflagen, Aromatherapie, Akkupunktur, TENS, Entspannung, Musik, Malen und vieles mehr. Auch hier gilt: egal welche Therapieform gewählt wird, sie sollte immer mit Bedacht und Sorgfalt eingesetzt und deren Wirkung genau beobachtet werden.

5.1.1.4 PHYSIKALISCHE THERAPIE

Die körperlich aktivierende Therapie hat eine grosse Bedeutung zur unterstützenden Erhaltung der Mobilität von alten Menschen. Regelmässige und richtige Bewegungen sind eine wichtige Voraussetzung für die Erhaltung der Grundkraft, Muskulatur und somit der funktionalen Selbständigkeit im Alter.

Wärme und Kälteanwendungen beeinflussen das Schmerzempfinden und werden hier speziell aufgeführt, da sie einfach anzuwenden sind.

Peripher und zentral wirkende Massnahmen und mögliche Nebenwirkungen:

Peripher wirkende Massnahmen	Oberflächliche Wärmebehandlung	Oberflächliche Kälteanwendung
Methoden	Wärmeflaschen ⁶ , Wickel, Auflagen und Bäder	Eisaufgaben, Umschläge, Wickel
Schmerzlindernde Effekte	Setzt die Sensibilität für Schmerzen nach unten	Setzt die Sensibilität für Schmerzen nach unten und hat eine anästhesierende Wirkung
Anwendungsgebiete	Gelenkbeschwerden, Rücken- und Muskelschmerzen, Krämpfe, Koliken	Akutes Trauma, Blutungen, Schwellungen, Prellungen, akute rheumatische Arthritis, Migräne, Kopfschmerzen, Gelenkbeschwerden
Mögliche Nebenwirkungen	Bewohnerin mit niedrigem Blutdruck – Gefahr der Ohnmacht, Hautirritationen und Verbrennungen vorbeugen	Hautirritationen (Frostbeulen) vorbeugen, periphere vaskuläre Erkrankungen

(Vinzentz 2010)

Tipps:

- *Ein Wechsel von Wärme und Kälte wird empfohlen bei Gelenkbeschwerden, Krämpfen, Rücken- und Muskelschmerzen.*
- *Feuchte Wärme/Kälte – Anwendungen sind oft wirksamer als trockene. Die schmerzreduzierende Wirkung hält länger an.*
- *Entspannung: Alle Möglichkeiten in die Massnahmen mit einbeziehen, die der Betroffenen gut tun, die beruhigen und entspannend wirken (biografische Daten und /oder Angehörige einbeziehen)*
- *Mobilität gibt Sicherheit*
- *Mobilität fördern: Kraft, Flexibilität und Gleichgewicht trainieren, Muskeltraining, Physiotherapie*

⁶ Siehe Intranet: Vorsicht Wärmeanwendung (Quick Alert)

5.1.1.5 WEITERE NICHT - MEDIKAMENTÖSE THERAPIEFORMEN

- Psychologische Verfahren
 - Entspannungstechniken
 - Musikalische Therapieformen
 - Malen
 - etc.
- Spirituelle / religiöse Rituale
- Aromatherapie
- Wickel und Auflagen
- Music & Memory
- Biografie
- Familie
- Aktivierung
- Tiere
- ...

Ziel:

Die Dimension des Schmerzes erfassen und die geeignete Massnahme, die der betroffenen Person entspricht, wählen.

Den Schmerz als ganzheitliches Phänomen betrachten und den Menschen davor sehen.

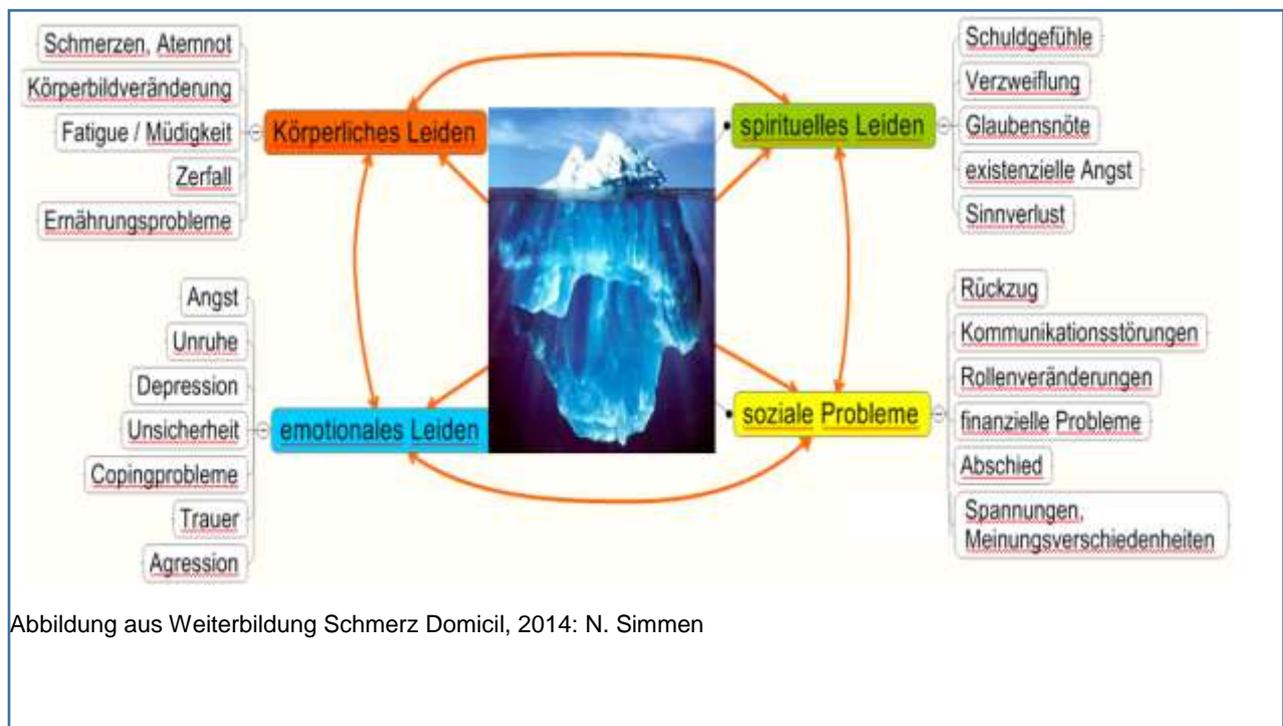


Abbildung aus Weiterbildung Schmerz Domicil, 2014: N. Simmen

6 QM – MATRIX STANDARD SCHMERZ DOMICIL

Zielsetzung: Jede Bewohnerin mit Schmerzen erhält ein angemessenes Schmerzmanagement, das ihre Schmerzen für sie erträglich und stabil macht, ihre Lebensqualität subjektiv verbessert und schmerzbedingten Krisen vorbeugt.

Begründung: Eine unzureichende Schmerzmedikation kann physische und psychische Folgen für die Betroffenen haben, die sowohl ihre Mobilität als auch die Teilnahme an sozialen Aktivitäten behindert. Ein gut angepasstes pflegerisches Schmerzmanagement leistet einen wichtigen Beitrag in der interprofessionellen Schmerztherapie.

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Dipl. Pflegefachperson (F3)⁷</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verfügt über das aktuelle Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung bei Menschen mit und ohne kognitive Einschränkungen - Sie kennt die Unterschiede von akuten und chronischen Schmerzen <p>Domicil Bern AG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stellt aktuelle und zielgruppenorientierte⁸ Instrumente zur Schmerzeinschätzung zur Verfügung 	<p>Dipl. Pflegefachperson (F3) und Fachperson (F2) nach Anleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erhebt systematisch während der RAI Beobachtungsphase und/oder bei Anzeichen von Schmerzen den Schweregrad der erlebten Schmerzen - Führt bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Ersteinschätzung mittels NRS/BISAD durch - Wiederholt die Einschätzung der Schmerzen in Ruhe und Belastung und in individuell klar festgelegten Zeitabständen - Bei instabilen Schmerzsituationen wird die behandelnde Ärztin hinzugezogen 	<ul style="list-style-type: none"> - Eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Schmerzeinschätzung liegt vor. Sie stellt die zur Therapie wichtigen Informationen zur Verfügung und bildet den Schmerzverlauf ab.
<p>Dipl. Pflegefachperson (F3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - verfügt über das notwendige Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung <p>Domicil Bern AG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stellt aktuelle und zielgruppenorientierte⁹ Instrumente zur Schmerzeinschätzung zur Verfügung 	<p>Dipl. Pflegefachperson (F3) und Fachperson (F2) nach Anleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Beginnt bei einer Schmerzintensität über 3/10 nach Skala NRS oder bei Verdacht auf Schmerzen nach BISAD mit der Schmerzbehandlung nach ärztl. Verordnung. - überprüft bei der Anpassung der Medikation den Behandlungserfolg in angepassten Zeitabständen (30 Min. nach Medikamentengabe) bis das Therapieziel erreicht ist 	<ul style="list-style-type: none"> - Die Bewohnerin ist schmerzfrei bzw. hat Schmerzen unter der Skala 3/10 NRS

⁷ Funktionsstufe gemäss Grade-Skill-Mix

⁸ Für Menschen mit und ohne kognitiven Einschränkungen

⁹ Für Menschen mit und ohne kognitiven Einschränkungen

Struktur	Prozess	Ergebnis
<p>Dipl. Pflegefachperson</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verfügt über notwendige Schulungs- und Beratungskompetenzen. <p>Domicil Bern AG</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stellt regelmässige, der Funktion angepasste Schulungsangebote zur Verfügung - Stellt aktuelle Informations- und Arbeitsmaterialien zur Verfügung - Stellt Zusammenarbeit mit externen Schmerzexpertinnen sicher 	<p>Dipl. Pflegefachperson (F3) und Fachperson (F2) nach Anleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informiert und berät die Betroffenen und ihre Angehörigen zur Schmerzsituation und Zielsetzung der Therapie - Schult Kolleginnen anderer Funktionsstufen und leitet diese in der angepassten Schmerzerfassung an - Zieht in speziellen Schmerzsituationen externe Schmerzexpertinnen hinzu 	<ul style="list-style-type: none"> - Betroffene und Angehörige sind über die Schmerzbehandlung informiert und können sich aktiv einbringen. - Die Betroffene ist auch in extremen Schmerzsituationen ihren Bedürfnissen entsprechend gut betreut.
<p>Dipl. Pflegefachperson kennt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - medikamentöse und nicht-medikamentöse Formen der Schmerzbehandlung - Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und deren Behandlungsmöglichkeiten - Kontraindikationen - Schmerzauslösende Faktoren und schmerzvermeidende Verhaltensweisen <p>Domicil Standort</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stellt sicher, dass medikamentöse und nicht-medikamentöse Massnahmen umgesetzt werden können 	<p>Dipl. Pflegefachperson (F3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Koordiniert das multiprofessionelle Team - Stellt die Durchführung der medikamentösen Therapie sicher - Plant die pflegerischen nicht-medikamentösen Massnahmen, setzt sie selber um und/oder delegiert diese gezielt ab - Vermeidet schmerzauslösende pflegerische Massnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> - Die geplanten Pflegemassnahmen sind nachvollziehbar und die Anwendung und deren Wirkung dokumentiert. Die Massnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.
<p>Dipl. Pflegefachperson</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verfügt über das Wissen und die Kompetenz den Schmerzverlauf und das Erreichen der Therapieziele und die Wirkung der gewählten Massnahmen zu beurteilen. 	<p>Dipl. Pflegefachperson (F3)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluiert regelmässig die Wirksamkeit der Pflegemassnahmen und den Stand der Therapieziele - Bei instabiler Schmerzsituation wird sofort die Ärztin und gegebenenfalls eine Schmerzexpertin beigezogen 	<ul style="list-style-type: none"> - Eine Verlaufskontrolle der angewandten Massnahmen liegt vor - Die Schmerzsituation ist stabil und die Therapieziele sind erreicht - In Phasen der Destabilisierung ist eine Anpassung der Behandlungsplans eingeleitet

7 LITERATUR

- Alon, E et. al.(2008: Erfolgreiches Management bei Schmerzpatienten. Basel: Medical Tribune
- DNQP (2015): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Osnabrück. Hochschule
- Felder, M., Krähenbühl, S., Kunz, R., Lampert, M. & Stiefel, F. (2011). Schmerzmanagement beim älteren Menschen. Basel: Mundipharma
- Fischer, T. (2007). BISAD – Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz und Anleitungshinweis. Zuletzt abgerufen am 01.05.2019 unter: <http://www.dgss.org/die-gesellschaft/arbeitskreise/schmerz-und-alter/downloads/>
- Frank, O. et. Al. (2014). Verbrennungen und Verbrühungen durch Wärmeanwendungen. Quick-Alert Nr. 34. Patientensicherheit Schweiz-CIRNET.
- Handel, E. (2009) (Hrsg.). Praxishandbuch ZOPA©. Schmerzeinschätzung bei Patienten mit kognitiven und/oder Bewusstseins Einschränkungen. Bern: Huber
- Hirter, K. & Jeitziner M. (2013). Erfassung und Überwachung von akut auftretenden Schmerzen bei Erwachsenen. Bern: Insel Spital, internes Dokument.
- Kressig, R. (2012). Schmerz im Alter – und bei gleichzeitiger Demenz. Der informierte Arzt 12_2012, S. 39-40.
- Osterbrink, J. (2009). Geleitwort in: Praxishandbuch ZOPA©. Schmerzeinschätzung bei Patienten mit kognitiven und/oder Bewusstseins Einschränkungen. Bern: Huber
- Vinzentz Network© (2010). Schmerzmanagement. Arbeitshilfe zur praktischen Umsetzung. Hannover: Vinzentz Network
- Kostrzewa, S., Gerhard, C.(2010). Hospizliche Altenpflege. Bern: Huber
- Likar, R. (2013). Schmerzmanagement beim älteren Patienten. ÖGAM – Newsletter 1/2013. Wien: Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin.
- Palliative Care und Organisationsethik (2011). Best Practice Palliative Care in der Schweiz. Meilen (ZH): Schulungsunterlagen Interdisziplinäre Weiterbildung CH
- Sittl, R. (2010). Sittl's Painrouter: <http://www.pain-router.com/> (zuletzt abgerufen am 01.05.2019)
- Von der Laage, D.(2012)Patientenatlas Schmerz. Aachen: Grüenthal GmbH

8 ANHANG 1: SCHMERZERFASSUNG IM EASYDOK PLANEN

Grundsätzlich kann die Schmerzerfassung mit den folgenden drei Pflegemassnahmen geplant werden.

Register *"Pflegeplanung"* → Unterregister *"Massnahmenplanung"*

1. Schmerzassessment planen: Massnahme *"J2 Schmerzassessment durchführen"*
2. Regelmässige Schmerzerfassung planen: Massnahme *"J2 Schmerzerfassung periodisch"*
3. Schmerzerfassung auswerten (zB. auf der Visite oder im Rahmen einer Fallbesprechung): Massnahme *"J2 Wirkung Schmerztherapie beschreiben"*
- 4.

Die Massnahmen *"J2 Schmerzassessment durchführen"* und *"J2 Schmerzerfassung periodisch"* sind mit dem Schmerzprotokoll verknüpft. Das bedeutet, dass dieses automatisch geöffnet wird, wenn die geplanten Massnahmen im Unterregister Massnahmendurchführung als erledigt gekennzeichnet (*"abgeblaut"*) werden.

SCHMERZASSESSMENT

Planung des Schmerzassessments im easyDOK

Register *"Pflegeplanung"* → Unterregister *"Massnahmenplanung"* → Massnahme *"J2 Schmerzassessment durchführen"*

Bei Eintritt und bei neu auftretenden Schmerzen wird bei jeder Bewohnerin ein vollständiges Schmerzassessment geplant und durchgeführt. Weitere Assessments im Verlauf werde situativ geplant.

Dokumentation des Schmerzassessments im easyDOK

- Wenn das Schmerzassessment bereits geplant wurde, kann die entsprechende Massnahme *"J2 Schmerzassessment durchführen"* im Unterregister Massnahmendurchführung als erledigt gekennzeichnet (*"abgeblaut"*) werden, das Schmerzprotokoll ist mit der Massnahme verknüpft und öffnet sich automatisch. Die Ergebnisse des Assessments können dort dokumentiert werden.
- Wenn das Schmerzassessment nicht geplant wurde: Register *"Verlaufsdokumentation"* → Unterregister *"Schmerzprotokoll"* → *"neuer Eintrag"*.

Bei der Ersteinschätzung werden möglichst alle Dimensionen erfasst.

SCHMERZERFASSUNG

Planung der Schmerzerfassung im easyDOK

Register *"Pflegeplanung"* → Unterregister *"Massnahmenplanung"* → Massnahme *"J2 Schmerzerfassung periodisch"*

Empfohlenes Intervall: s. Kapitel 4.6 *"Häufigkeit der Schmerzerfassung"* im Pflegestandard Schmerz.

Dokumentation der Schmerzerfassung im easyDOK

- Wenn die Schmerzerfassung bereits geplant wurde, kann die entsprechende Massnahme *"J2 Schmerzerfassung periodisch"* im Unterregister Massnahmendurchführung als erledigt gekennzeichnet ("abgeblaut") werden, das Schmerzprotokoll ist mit der Massnahme verknüpft und öffnet sich automatisch. Die erhobenen Werte können dort dokumentiert werden.
- Wenn die Schmerzerfassung nicht geplant wurde (also zB. wenn die Wirkung eines Reserve Schmerzmedikaments dokumentiert werden soll): Register *"Pflegeverlauf"* → Unterregister *"Schmerzprotokoll"* → *"Schmerzverlauf dokumentieren"* → Häkchen bei *"Eintrag Pflegebericht"* setzen und NRS oder BISAD Wert notieren.

Bei der Erfassung des Schmerzverlaufs werden jeweils die Schmerzintensität und die Schmerzlokalisierung in Ruhe **und** in Bewegung erfasst und dokumentiert. Andere Dimensionen werden bei der Erfassung des Schmerzverlaufs situativ erfasst

SCHMERZERFASSUNG AUSWERTEN

Auswertung der Schmerzerfassung im easyDOK

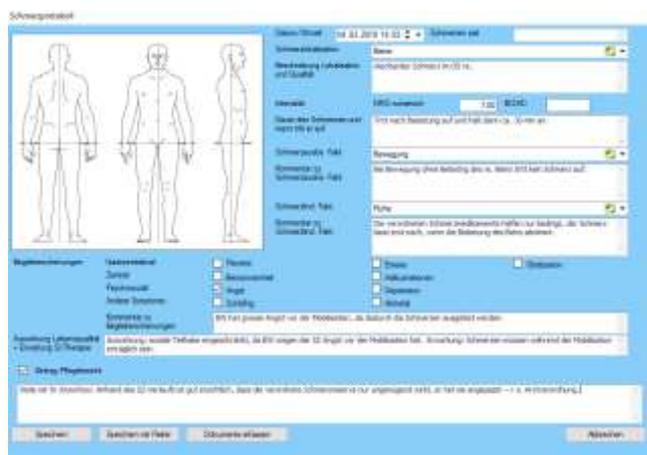
Das Schmerzassessment, die Schmerzerfassung und die Schmerztherapie (medikamentöse und nicht-medikamentöse) müssen regelmässig im Rahmen der Visite zusammen mit dem zuständigen Arzt ausgewertet werden. Je nach Auswertungsergebnis werden die Massnahmen angepasst.

Planung: Register *"Pflegeplanung"* → Unterregister *"Massnahmenplanung"* → Massnahme *"J2 Wirkung Schmerztherapie beschreiben"*

Dokumentation der Auswertung im easyDOK

Wenn die Auswertung der Schmerzerfassung bereits geplant wurde, kann die entsprechende Massnahme *"J2 Wirkung Schmerztherapie beschreiben"* im Unterregister Massnahmendurchführung als erledigt gekennzeichnet ("abgeblaut") werden, das Schmerzprotokoll ist mit der Massnahme verknüpft und öffnet sich automatisch. Die Resultate der Auswertung können dort dokumentiert werden.

Wenn die Auswertung der Schmerzerfassung nicht geplant wurde: Register *"Pflegeverlauf"* → Unterregister *"Schmerzprotokoll"*.



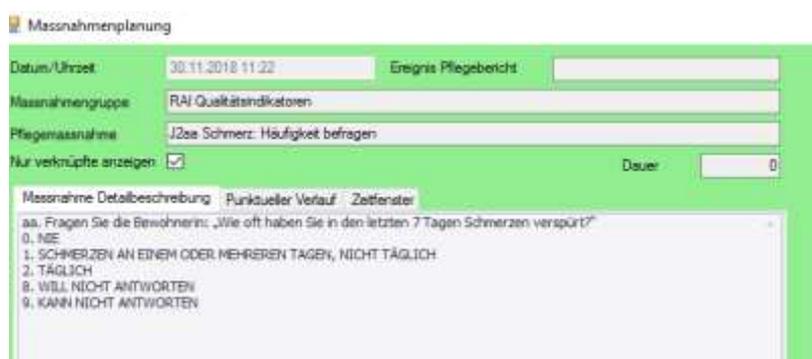
9 ANHANG 2: HINWEIS QUALITÄTSINDIKATOR SCHMERZ

FAKTENBLATT QUALITÄTSINDIKATOREN SCHMERZ

Am Ende der MDS Beobachtungsperiode werden den Bewohnenden die Fragen zur Selbsteinschätzung des Schmerzes (Häufigkeit und Intensität) gestellt.

Die Pflegefachperson, welche die Beobachtungsperiode plant, wählt im easyDOK die Massnahmen RAI QI "J2aa Schmerz Häufigkeit befragen" sowie "J2ab Intensität erfassen" und plant diese **einmalig** für die zweite Woche der Beobachtungsperiode. Diese Massnahmenplanung enthält die Fragen wie sie im MDS beantwortet werden müssen. Die Antworten werden hier dokumentiert.

Die Schmerzhäufigkeit wird verbal mit den Antwortmöglichkeiten aus dem MDS erfragt: nie, Schmerzen an einem oder mehreren Tagen, täglich



Die Schmerzintensität wird verbal mit den Antwortmöglichkeiten aus dem MDS erfragt: leicht, mässig, stark, sehr stark, unerträglich.



Die Antwort wird eingetragen und die MDS Koordinatorin kann sie beim Ausfüllen des MDS übernehmen.

Wenn die Bewohnerinnen die Frage nicht beantworten können oder wollen, geschieht die Erfassung über die Fremdeinschätzung. Die Fremdeinschätzung sollte durch eine Pflegefachperson geschehen, die die Bewohnerin kennt. Sinnvoll ist die Rücksprache mit dem Team, Angehörigen und je nach Situation die Anwendung des BISAD → siehe auch Kapitel 4.5 "Instrumente zur Schmerzerfassung"