

Konzept Schmerzmanagement – Aufgaben und Verantwortung der Pflegefachpersonen, Fachangestellten Gesundheit und Hebammen am USB

<i>Genehmigung Pflegemanagement-Konferenz</i> Esther Sackmann Rageth Stephan Schärer Anja Ulrich Michael Wehrli Dr. Irena Anna Frei Dr. Jacqueline Martin	Am 17.06.2015
<i>Genehmigung Bereichsfachverantwortliche Pflege</i> Ursi Barandun Schäfer, MNS, Med. Querschnittsfunktionen Cornelia Bläuer, MNS, Spezialkliniken Florian Grossmann, MNS, Medizin Mena Pretto, MNS, Chirurgie	Am 22.06.2015

Inhaltsverzeichnis

Beteiligte Personen	4
Urheberrecht und Haftung	4
1 Einleitung	5
1.1 Ziel	5
1.2 Geltungsbereich	5
1.3 Grundsätzliches	5
1.4 Begriffsklärung.....	5
1.5 Prinzipien beim Schmerzmanagement	5
2 Systematisches Vorgehen beim Schmerzmanagement	6
2.1 Informationen einholen	6
2.2 Erkennen von Problemen und Ressourcen	7
2.3 Zielvereinbarungen.....	7
2.4 Massnahmenplanung	8
2.5 Durchführung der Massnahmen	8
2.6 Evaluation der Massnahmen.....	10
3 Spezielle Patientengruppen	10
3.1 Patienten/-innen nach Operationen und anderen Interventionen	10
3.2 Frauen mit Schmerzen unter der Geburt	10
3.3 Patienten/-innen mit Kommunikationseinschränkungen und/oder kognitiven Veränderungen	10
3.4 Patienten/-innen am Lebensende	12
3.5 Patienten/-innen mit vorbestehender Opioidtherapie	13
4 Pharmakologische Massnahmen	13
4.1 WHO Prinzipien	13
4.2 WHO Stufenschema der Schmerztherapie.....	14
4.3 Selbständige Einnahme von Analgetika in Reserve.....	15
4.4 Patientenkontrollierte Schmerzpumpen und periphere Nervenblockaden.....	15
5 Nicht-pharmakologische Massnahmen	16
Literatur	17

Anhänge Übersicht	18
Anhang A Schmerzassessment.....	18
Anhang A1 Unterschiedliche Intensitätsstufen des Schmerzassessments	18
A 1.1 Basis-Schmerzassessment.....	18
A 1.2 Fokussiertes Schmerzassessment.....	19
Anhang A2 Instrumente zur Erfassung der Schmerzintensität	21
Anhang A3 Schmerzerfassungsinstrumente für spezielle Patientengruppen.....	23
A 3.1 BESD zur Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz	23
A 3.1.a Anleitung zu BESD zur Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz	25
A 3.2 CPOT zur Schmerzerfassung bei Menschen mit Einschränkungen der Kognition und/oder Kommunikation auf Intensivstationen.....	30
A 3.2 a Anleitung für CPOT.....	31
A 3.3. Zürich Observation Pain Assessment (ZOPA) für die Erfassung von PatientInnen mit kognitiven und/oder Bewusstseins Einschränkungen.....	32
A 3.3 a Anleitung zu Zürich Observation Pain Assessment (ZOPA)	33
A 3.4 Algoplus für die Erfassung von akuten Schmerzen bei Menschen mit Demenz.....	35
Anhang B Massnahmen.....	36
Anhang B1 Übersicht über nicht-pharmakologische Interventionen	36
Anhang B2 Anleitung zur Entspannung	38
Anhang B3 Selbständige Einnahme von Morphintropfen im Bedarfsfall.....	40
Anhang B4 Schmerzprotokoll	42
Anhang B5 Kurzanleitung Mikroschulung zur Einnahme von Opioiden	43
Anhang C Materialien – Hilfsmittel – Formulare	44
Anhang D Kontaktstellen im USB rund um das Schmerzmanagement.....	45
Anhang E Merkblatt (für Patientinnen und Patienten).....	45

Beteiligte Personen

Vorarbeiten:

Entwurf lokale Richtlinie Spezialkliniken: C. Bläuer, J. Estoppey, A. Fumasoli, M. Gisin, Ch. Klanke, E. Knecht, A. Stolz, S. Trautmann

Standard Schmerzmanagement in der Pflege Bereich Medizin: HR. Stoll und A. Ulrich

Schmerztherapiekonzept Notfallstation (2011): K. Delpont, I. Huggenberger, Ch. Nickel, W. Ruppen

Bearbeitung:

Bereichsfachverantwortliche der vier Bereiche: U. Barandun Schäfer (Querschnitt), C. Bläuer (Spezialkliniken), F. Grossmann (Medizin), M. Pretto (Chirurgie).

1. und 2. Vernehmlassungsrunde: ausgewählte Spezialisten/-innen zu SZ-Management, resp. Demenz/Delir (Beurteilung der fachlichen Stimmigkeit)

S. Eckstein, leitende Ärztin und S. Walter, APN, Palliative Care Team

W. Hasemann, APN und Leiter Basler Demenz-Delir-Programm

W. Hertel, Acute Pain Service (APS) Pflege und T. Ries APN, Anästhesiepflege

W. Ruppen, leitender Arzt Schmerztherapie Anästhesie

HR Stoll, vormals APN und Leitung Pflege Onkologie Medizin

3. Vernehmlassungsrunde: ausgewählte Pflegefachpersonen, Hebammen und Ärzte aller Bereiche (Beurteilung der Verständlichkeit und Umsetzbarkeit)

Medizin: Ch. Emsden (PFV MedInt), M. Hottiger (Pflege NFS), Ch. Rochlitz (Chefarzt Onkologie), A. Schweizer (PFV Onkologie)

Chirurgie: N. Bless (Kaderarzt NFS und Traumatologie), P. Branitzki (Leitender Arzt IMC), B. Scheidegger (PFV Chir. 6.2)

Spezialkliniken: D. Bodmer (Chefarzt HNO), M. Gisin (PFV Schwangeren- und Geburtsabteilung), V. Heinzelmann-Schwarz (Chefarztin Frauenklinik), P. Itin (Chefarzt Dermatologie), Ch. Klanke (PFV Frauenpoliklinik), S. Orgül (Chefarzt Augenklinik), J. Tröndle (Hebamme)

Querschnitt: S. Kaya (Pflege OIB), M. A. Lehmann (Oberarzt OIB), C. Wesch (PFV OIB)

Inkraftsetzung:

Bereichsfachverantwortliche Pflege und Pflegemanagementkonferenz (PMK) USB

Umsetzung

Die Verantwortung für die verbindliche Umsetzung dieses Konzeptes liegt bei den Fachbereichsleitungen Pflege, den Bereichspflegefachverantwortlichen, den Stationsleitungen und den Pflegefachverantwortlichen aller Bereiche.

Die Gesamtkoordination zur Einführung, der Qualitätsüberprüfung und die Anpassung dieses Konzeptes liegt bei der/dem Bereichsfachverantwortlichen des jeweiligen Bereichs.

Dieses Konzept wird basierend auf den neusten Erkenntnissen alle fünf Jahre aktualisiert und die Ergebnisse im Rahmen von Schulungen an die Anwender/-innen weitergegeben.

Urheberrecht und Haftung

Die Unterlagen sind im Rahmen eines Auftrages für eine bestimmte Patientengruppe am Universitätsspital Basel entwickelt worden. Sie basierten auf fundierter Analyse der Patientensituationen, vertieftem Studium der Fachliteratur sowie der Auseinandersetzung mit dem lokalen Kontext. Bevor sie in einem anderen Spital zur Anwendung kommen, muss die Aktualität und die Tauglichkeit der Erkenntnisse und Empfehlungen vor Ort überprüft werden. Im Übrigen gelten die Bestimmungen des Bundesgesetzes über das Urheberrecht und verwandte Schutzrechte (SR 231.1). Eine Haftung oder Garantie für die Aktualität, Richtigkeit und Vollständigkeit der zur Verfügung gestellten Informationen wird ausgeschlossen. Die Dokumente sind urheberrechtlich geschützt. Eine Verwendung der Informationen, insbesondere zur Publikation und/oder Weitergabe an Dritte ist ohne Zustimmung des Urhebers untersagt (Rechtsdienst USB, 2011).

Geben Sie bei wörtlicher Zitierung sowie bei Verwendung von sinngemässen Textauszügen die Referenz wie folgt an:

Ressort Pflege/MTT (Hrsg.) (2015). Konzept Schmerzmanagement – Aufgaben und Verantwortung der Pflege und Hebammen am USB. Basel: Universitätsspital Basel.

1 Einleitung

1.1 Ziel

Ziel dieses Konzeptes ist ein einheitliches und effizientes Vorgehen bei der Betreuung von Menschen mit Schmerzen. Es basiert auf aktueller Evidenz und richtet sich an Pflegende und Hebammen.

1.2 Geltungsbereich

Dieses Konzept ist übergeordnet wegweisend und kommt bei allen Patienten/-innen¹ im Universitätsspital Basel (USB) zur Anwendung. Es wird ergänzt durch (Pfleger-) Richtlinien und Instrumente für spezifische Patientengruppen und -situationen sowie Weisungen der Bereiche und Abteilungen. Das Konzept bildet den Rahmen für die Anwendung der spezifischen Instrumente und Anleitungen im Anhang. Dieses Konzept ist verbindlich für alle Pflegenden (Pflegefachpersonen, Hebammen und Fachangestellte Gesundheit)² sowie Pflegende in Ausbildung. Abweichungen sind mit Begründung zu dokumentieren.

1.3 Grundsätzliches

Dieses Konzept setzt Basiswissen voraus. Es gibt einen Überblick über Auftrag, Aufgaben und Verantwortung sowie die im USB angewendeten Instrumente.

Für ein einheitliches Verständnis sind eingangs zentrale Begriffe beschrieben. Mit wenigen Ausnahmen wird zur besseren Lesbarkeit darauf verzichtet, die Literaturangaben im Text einzufügen. Sie sind im Literaturverzeichnis aufgelistet.

Effektives Schmerzmanagement ist Teamarbeit. Die Zusammenarbeit mit Patienten/-innen, Angehörigen und anderen Mitarbeitenden des Behandlungsteams ist Voraussetzung.

1.4 Begriffsklärung

Schmerz ist das, was die/der Betroffene darüber sagt; Schmerz ist vorhanden, wenn der Patient sagt, dass er/sie Schmerzen hat (McCaffery, 1997).

Akuter Schmerz ist häufig ein Warnsignal. Akuter Schmerz geht meistens mit einer Gewebeschädigung oder einer drohenden Gewebeschädigung einher.

Chronische Schmerzen sind Schmerzen, die länger als üblich bestehen. Dabei verliert der Schmerz seine Funktion und wird zur eigenständigen Krankheit. In der Regel sinkt die Schmerzschwelle, d.h. ein Schmerzreiz wird bei Chronifizierung von stärkerer Intensität wahrgenommen (Hyperalgesie, Allodynie). Damit verbunden sind oft psychische Veränderungen, Schlafstörungen, soziale Isolation, sozialer Abstieg, Verlust von Lebensqualität bei den Betroffenen sowie eine grosse Belastung auch für die Angehörigen.

Als **Durchbruchschmerz** wird eine vorübergehende Schmerzverstärkung eines relativ stabilen kontrollierten Dauerschmerzes bezeichnet.

1.5 Prinzipien beim Schmerzmanagement

Die Behandlung und die Unterstützung von Patienten/-innen mit Schmerzen sind – mit Ausnahme während des Geburtsverlaufs – prioritäre Aufgaben aller Beteiligten im Behandlungsprozess, insbesondere der Ärzte/-innen, Pflegenden und Hebammen. Schmerzen erfordern sofortige Interventionen mit dem Ziel, das Schmerzniveau **möglichst schnell** auf ein für die Betroffenen erträgliches Mass zu reduzieren.

Prinzipiell ist das Ziel jeder Schmerzbehandlung **die Therapie der Ursache**. Abklärung und Therapie können einige Zeit in Anspruch nehmen und führen nicht immer zum Ziel. Oft ist daher

¹ Die geschlechtsbestimmenden Begriffe im Singular stehen stellvertretend für beide Geschlechter. Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen sind mit dem Begriff „Patientinnen“ mitgemeint

² „Pflegende“ meint hier folgende Mitarbeitende: Dipl. Pflegefachpersonen HF und FH, Fachangestellte Gesundheit, Hebammen FH und Medizinische Praxisassistentinnen; „Pflegefachpersonen“ meint Dipl. Pflegefachpersonen HF und FH sowie Hebammen FH.

primär eine symptomatische Behandlung der Schmerzen erforderlich. Dabei **behindert die Gabe von Analgetika die Diagnosestellung** in der Regel **nicht**.

Bei zu erwartenden Schmerzen (z.B. prozedurale Schmerzen bei diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Massnahmen und post-operative Schmerzen) gilt, dass die frühzeitige Prophylaxe besser ist als die Therapie nachfolgender akuter Schmerzen. Die Schmerzen unter der Geburt stellen eine spezielle Situation dar – siehe [Abschnitt 3.2](#).

Die Schmerzbehandlung ist oft komplex und erfordert deshalb eine **gute interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit**. Dazu tragen die Pflegefachpersonen wie folgt bei:

- Die Pflegefachpersonen führen mittels eines standardisierten Instruments ein initiales Schmerzassessment bei Patienten durch und monitorisieren und dokumentieren den Schmerzverlauf gemeinsam mit den Patienten.
- Die Pflegefachpersonen thematisieren das Schmerzmanagement z.B. an der Arztvisite, bringen die relevanten Fakten und Vorschläge ein.
- Sie regen zum Einbezug der Therapiedienste an, die die Schmerzprävention und die Bewältigung von Schmerzen durch nicht-pharmakologische Massnahmen unterstützen können.
- Zur Unterstützung in der Schmerzverarbeitung und -bewältigung können sich Pflegefachpersonen mit den Pflegefachverantwortlichen beraten und/oder den Einbezug von Psychosomatik, Psychoonkologie und Psychiater anregen.
- Persistieren Schmerzen trotz Modifikation der Therapie, können und sollen Pflegefachpersonen – je nach Situation – ein Konsilium vorschlagen:
 - primär bei allen Arten von Schmerzen (akut, chronisch, Tumorschmerzen, benigne Schmerzen, Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen): Acute-Pain Service (APS) Anästhesie
 - bei Patienten/-innen in Palliativsituationen: Palliative Care TeamSiehe Kontaktstellen im [Anhang D](#)
- Sie achten bei Verlegungen darauf, dass die Kontinuität des Schmerzmanagements gewährleistet ist.

Zu einem guten Schmerzmanagement gehört eine **gute Dokumentation**, die ermöglicht, später nachzuvollziehen, welche Interventionen mit welchem Erfolg eingesetzt worden sind. Minimalinhalte sind: Schmerzort und -stärke (Score), Massnahmen, Wirkung und Nebenwirkungen.

2 Systematisches Vorgehen beim Schmerzmanagement

2.1 Informationen einholen

Als Grundlage für spätere Interventionen erheben die Pflegefachpersonen im Rahmen der Informationssammlung Pflege die relevanten Angaben zum Thema Schmerzen aus der Vorgeschichte (Pflegeanamnese) und führen das Assessment durch (Beurteilung der aktuellen Situation). Die Angaben der Patienten/-innen zu chronischen Schmerzen und deren Auswirkungen auf den Alltag sind ebenso relevant, wie der Umgang und die Bewältigung der Schmerzen inklusive Medikation und Wirkung. Weiterhin sollte der Wissensbedarf zum Thema Schmerz erfragt werden. Informationen von Angehörigen, Hausarzt, Spitex und/oder aus dem Verlegungsbericht ergänzen die Informationssammlung.

Alle Patienten/-innen werden mindestens einmal pro Schicht – in der Regel bei Schichtbeginn – gefragt, ob sie Schmerzen haben. Schlafende Patienten/-innen (z.B. im Nachtdienst), werden dafür nicht geweckt.

Bei Schmerzen, die eine sofortige Intervention erfordern (z.B. bei Nierenkolik), führen die Pflegefachpersonen schnell ein **Basis-Schmerzassessment** ([Anhang A 1.1](#)) durch und leiten erste Interventionen ein, bevor sie die Informationssammlung vervollständigen.

Ein **fokussiertes Schmerzassessment** ([Anhang A 1.2](#)) führen die Pflegefachpersonen durch, bei Schmerzen, die

- schon länger bestehen (z.B. aufgrund einer Diskushernie)
- aktuell ein erträgliches Schmerzniveau aufweisen
- ein zentrales Pflegeproblem darstellen und/oder deren Behandlung im Mittelpunkt steht

Ein **Re-Assessment** wird durchgeführt

- bei Verdacht auf akute Schmerzen (z.B. post-operativ, nach Trauma, nach Herzinfarkt)
- nach Schmerzbehandlung zum Zeitpunkt des zu erwartenden Wirkungseintritts sowie
- zum Zeitpunkt, wenn die Wirkung der Behandlung vermutlich abgeklungen ist.

Beim Re-Assessment erfassen die Pflegenden die subjektiv erlebte **Stärke oder Intensität der Schmerzen** in Ruhe und bei Belastung (beispielsweise bei Bewegung, Verbandswechsel, Atemtherapie); das Instrument wählen sie je nach Patientensituation (siehe Übersicht Instrumente zur Schmerzerfassung im [Anhang A](#)). Zur Skala 0 bis 10 erklären die Pflegenden den Patienten/-innen, dass der Wert 10 dem grössten vorstellbaren Schmerz entspricht.

2.2 Erkennen von Problemen und Ressourcen

Aus den eingeholten Informationen erkennen die Pflegefachpersonen *mögliche* Probleme und Ressourcen. Sofern möglich, überprüfen sie das Resultat mit dem betroffenen Patienten.

2.3 Zielvereinbarungen

Die Pflegefachpersonen vereinbaren mit dem Patienten Ziele. Diese orientieren sich an seinen subjektiven Bedürfnissen (z.B. individuelle Schmerzschwelle) und am objektiven Bedarf, welcher sich aus Sicht der Pflegenden ergibt (z.B. schmerzarme Mobilisation oder Vermeidung von Schonatmung, Reduktion des Risikos der Chronifizierung – vergl. [Abschnitt 3.1](#)). Die formulierten Ziele sollen die grösstmögliche erreichbare Verbesserung darstellen.

Bei zu erwartenden Schmerzen durch ärztliche, pflegerische oder physiotherapeutische Interventionen (prozedurale Schmerzen) ist das Ziel die Information und die frühzeitige Prävention.

Bei akuten Schmerzen ist das wichtigste Kriterium die möglichst schnelle und effektive Schmerzlinderung. Während vieler Jahre galt als Ziel „Schmerzen gleich oder kleiner 3“ auf der Skala von 0 bis 10 (0= kein Schmerz; 10 = grösster vorstellbarer Schmerz). Heute hingegen bespricht man stattdessen mit den Patienten/-innen einen individuellen Zielwert. Dabei sind folgende Kriterien zu berücksichtigen: welches Schmerzniveau ist für den Patienten akzeptabel, welche Funktionalität soll erreicht werden, nimmt der Patient ein höheres Risiko für Nebenwirkungen in Kauf, welche Qualität und welche Auswirkungen auf den Alltag haben die Schmerzen, wie stark beeinträchtigen die Schmerzen die Schlafqualität. Zudem wird mit den Patienten/-innen besprochen, welche ihrer Erwartungen grundsätzlich erreichbar sind.

Über den angestrebten Zielwert für das Schmerzniveau hinaus können folgende Ziele sinnvoll sein:

- Der Patient hat realistische Vorstellungen zu Wirkungen und Nebenwirkungen der Behandlung
- Er beugt Schmerzen selbst erfolgreich vor
- Er verhält sich bei Schmerzen sinnvoll (z.B. meldet sich bei Schmerzen)
- Schmerzen behindern die Massnahmen zur Therapie (z.B. Atemtherapie) und Rehabilitation (z.B. Mobilisation) nicht.

Bei chronischen Schmerzen ist Schmerzfreiheit selten ein realistisches Ziel. Umso wichtiger ist, gemeinsam mit dem Patienten realistische Therapieziele zu den Auswirkungen der Schmerzen im körperlichen Bereich (Verbesserung von Bewegung, Körperpflege, Schlaf), im psychosozialen Bereich (Stimmung, Pflegen sozialer Kontakte, Arbeiten, Haushalt) und zur generellen Lebensqualität zu vereinbaren.

Sowohl bei akuten als auch bei chronischen Schmerzen ist ein erfolgreiches Selbstmanagement ein wichtiges Ziel, das explizit mit den Patienten/-innen thematisiert wird. Das heisst, dass sie selbst und unter Umständen auch ihre Angehörigen lernen, beim Schmerzmanagement möglichst aktiv und selbständig zu sein, respektive zu werden. Beispiele von Zielen in diesem Bereich sind: „Meldet sich bei Schmerzen rechtzeitig“; „Führt das Schmerzprotokoll selbständig“; „Wendet Entspannungstechniken an“; „Nimmt die Schmerzmedikamente selbständig“; „Integriert den Schmerz in den Alltag“ und „Kann mit der Reservemedikation selbständig umgehen“; „Beherrscht das Management der Nebenwirkungen (z.B. Obstipation)“.

2.4 Massnahmenplanung

Zur Planung der **medikamentösen Behandlung** sind die Aufgaben der Pflegefachpersonen:

- Bedürfnisse und Bedarf mit dem Patienten und dem ärztlichen Dienst besprechen
- verordnete Dosisintervalle einhalten und Reservemedikamente ausschöpfen (siehe auch [Kapitel 4](#))
- patientenbezogene Barrieren in Bezug auf das Schmerzmanagement ansprechen, auf Ängste (z.B. vor Nebenwirkungen) eingehen
- Informationen abgeben, damit der Patient eine informierte Entscheidung treffen kann
- vor schmerzhaften Prozeduren Analgetika gemäss zu erwartendem Wirkungseintritt verabreichen
- zur Verordnung von Begleitmedikamenten anregen, um Nebenwirkungen vorzubeugen, z.B. Antiemetika in den ersten Tagen einer Opioidtherapie; Laxantien bei Opioiden; Magenschutz bei nicht-steroidalen Entzündungshemmern (NSAID)¹
- gemeinsam mit dem Ärzteteam darauf achten, dass bei Beginn einer Opioidtherapie die passende Dosis nicht mittels transdermal verabreichten Opioiden (Pflaster) ermittelt wird
- Wirkung und relevante Nebenwirkungen mit dem Patienten und dem ärztlichen Dienst besprechen.

In Bezug auf **nicht-pharmakologische Massnahmen** sind es primär die Pflegefachpersonen, die mit den Patienten/-innen besprechen, welche Massnahmen zur Auswahl stehen und angemessen sind (vergl. Übersicht im [Anhang B1](#)). Grundlage für die Auswahl sind u.a. Informationen zu erfolgreichen und -losen Schmerzbewältigungsstrategien der Patienten/-innen.

Pflegefachpersonen können und sollen den Patienten/-innen auch Massnahmen vorschlagen, die diese bisher noch nicht ausprobiert haben.

Die Massnahmen werden versuchsweise angewendet. Diejenigen, die sich bewähren, nehmen die Pflegefachpersonen in den Pflegeplan auf.

2.5 Durchführung der Massnahmen

Bei der Durchführung der pharmakologischen und der nicht-pharmakologischen Massnahmen gelten die **Pflege- und Hygienerichtlinien** des USB.

Bei der Durchführung von schmerzlindernden Massnahmen sind die Auswirkungen der inneren Erwartung zu beachten. Neuere Studien zeigen, dass bis zur Hälfte der positiven Wirkung von Medikamenten und nicht-pharmakologischen Interventionen der positiven Erwartungshaltung der Patienten zuzuschreiben ist. Diese Auswirkung der positiven Erwartung, der sogenannte „Placebo-Effekt“, ist wiederum beeinflussbar durch die Haltung der verabreichenden Person. Gibt die Pflegendende bei der Verabreichung von Analgetika, respektive bei der Durchführung von nicht-pharmakologischen Massnahmen ihrer Überzeugung Ausdruck, dass diese Massnahme gegen die Schmerzen hilft, erhöht das die Chance auf eine positive Wirkung. Bildgebende Verfahren belegen die Aktivitäten im Gehirn, die diesen psychologischen Mechanismen zugeschrieben werden. Pflegendende können und sollen das im Sinne eines erfolgreichen Schmerzmanagements zur Schmerzreduktion bewusst einsetzen.

¹ Die Abkürzung NSAID steht für „non-steroidal anti-inflammatory drugs“.

Im Gegensatz zur hier propagierten Nutzung des Placebo-Effektes eines Verums¹ ist die Verabreichung von Placebos² aus ethischen Gründen abzulehnen, wenn das nicht vorgängig mit dem Patienten vereinbart wurde.

Auch bei der Umsetzung der medikamentösen und nicht-medikamentösen Massnahmen ist die gute Zusammenarbeit zwischen Patienten/-innen, Angehörigen und Behandlungsteam sehr wichtig. Dazu beziehen Pflegende die Patienten/-innen und Angehörigen möglichst früh und in passender Weise aktiv in die Umsetzung der Behandlung ein.

Bei persistierenden³ und bei exazerbierten⁴ akuten Schmerzen sowie bei chronischen Schmerzen unterstützt ein **Schmerzprotokoll** ([Anhang B4](#)) die Optimierung der Schmerztherapie. Das Führen des Schmerzprotokolls wird im standardisierten Pflegeplan unter Schmerz vermerkt. Zum aktiven Einbezug kann es von Vorteil sein, dass die Patienten/-innen das Schmerzprotokoll wenn möglich selbst führen – falls nötig mit Unterstützung durch die Pflegenden. Gerne können und sollen Angehörige einbezogen werden.

Ein weiteres Instrument steht mit dem Schmerztagebuch der Schweizerischen Krebsliga zur Verfügung. Dieses eignet sich aufgrund seiner Handlichkeit (Booklet) vor allem dann, wenn die Patienten/-innen das Protokoll zuhause weiterführen. Die Schmerztagebücher sowie zusätzliches Informationsmaterial können direkt bei der Schweizerischen Krebsliga bestellt werden: www.krebsliga.ch.

Zur **Vorbereitung eines erfolgreichen Spitalaustritts** soll der ganze Aufenthalt im Spital genutzt werden, um mit den Patienten/-innen und ihren Angehörigen die Grundlagen für ein erfolgreiches Selbstmanagement zu entwickeln und um dieses zu trainieren (vergl. [Abschnitt 2.3](#)).

Angehörige unterstützen die Erreichung der Ziele, indem sie mit dem Patienten zusammen Neues zum Schmerzmanagement lernen und Gelerntes üben.

Sobald absehbar ist, dass ein Patient die Schmerztherapie nach Spitalaustritt weiterführen wird, muss sichergestellt werden, dass er das nötige Wissen und die entsprechenden Fähigkeiten dazu hat. Zur Austrittsplanung gehören die Anleitung der Patienten/ -innen und/oder der Angehörigen zur medikamentösen und zur nicht-medikamentösen Schmerztherapie sowie die Erläuterung aller Unterlagen, die abgegeben werden.

Zu den Medikamenten müssen die Patienten/-innen, respektive die Angehörigen wissen:

- a) Dosierung und Zeit(en) der Einnahme
- b) Art der Einnahme und Handhabung der Medikamente inkl. forensische Aspekte wie z.B. strenges Opioid-Einfuhrverbot in bestimmte Länder, Fahrfähigkeit
- c) Nebenwirkung und deren Vorbeugung (z.B. Obstipation bei Opioiden)

Der Patient muss in der Lage sein, die Medikamente selbständig und zuverlässig einzunehmen. Kann er das nicht, müssen betreuende Angehörige dies tun können und wollen. Ist das nicht der Fall, organisiert die Pflegefachperson zeitnah Spitex oder Onko-Spitex, respektive das Richten der Medikamente durch eine Apotheke.

Das Rezept für die Medikamente muss rechtzeitig abgegeben werden, damit die Therapie zu Hause lückenlos weitergeführt werden kann. Die Abgabe von Medikamenten an Patienten/-innen bei Austritt ist im Kanton Basel Stadt gesetzlich nicht erlaubt. Die Abgabe einzelner Dosen zur Überbrückung bis zur Beschaffung der Medikamente in der Apotheke ist im USB nur in Ausnahmefällen möglich.

Die Kurzanleitung Mikroschulung zur Einnahme von Opioiden im [Anhang B5](#) unterstützt die Austrittsplanung.

¹ Verum: Medikament mit richtigem Wirkstoff

² Placebo: Scheinmedikamente

³ Persistierend: anhaltend

⁴ Exazerbierend: sich deutlich verschlimmernd

2.6 Evaluation der Massnahmen

Es ist wichtig, nach zu erwartendem Wirkungseintritt der Schmerzmedikation, respektive der nicht-pharmakologischen Massnahmen deren Wirkung zu evaluieren. Für dieses Re-Assessment reicht oft die Erfassung der Schmerzintensität und allfälliger Nebenwirkungen. Bei Bedarf werden die Massnahmen wiederholt (Cave: wiederholte Opioidabgaben nur bei wachen Patienten/-innen), intensiviert oder durch andere ersetzt.

Wenn die Wirkung ungenügend und die Reservemedikation ausgeschöpft ist und/oder relevante Nebenwirkungen vorliegen, informiert die Pflegefachperson den Arzt. Therapierefraktäre Schmerzen können Ausdruck einer schweren Komplikation sein (z.B. Kompartmentsyndrom). Deshalb wird die Situation neu eingeschätzt und das weitere Vorgehen besprochen. Lässt der Schmerz nach – beispielsweise post-operativ – kann auch die Frequenz der Re-Assessments bis auf das grundsätzliche Minimum von einmal pro Schicht reduziert werden.

Auch bei Patienten/-innen mit chronischen Schmerzen kann die Frequenz der Schmerzerfassung in Absprache mit ihnen und den Ärzten reduziert werden.

3 Spezielle Patientengruppen

3.1 Patienten/-innen nach Operationen und anderen Interventionen

Bei Patienten/-innen nach Operationen und anderen Eingriffen besteht die Gefahr der Chronifizierung der Schmerzen. Dieses Risiko kann umso grösser sein, je weniger ausreichend der akute Schmerz behandelt wird.

Schlecht eingestellte Schmerzen erhöhen auch das Risiko für die Entwicklung anderer Komplikationen deutlich, insbesondere für Pneumonie, Delir, Dekubitus, Obstipation, Venenthrombose, kardiologische Komplikationen und endokrine Entgleisung (z.B. bei Diabetes) und auch für psychische Beschwerden wie depressive Verstimmung und Angst. Deshalb ist es wichtig, dass Pflegenden auf ein gutes Schmerzmanagement achten und auch die Patienten/-innen auf diese Zusammenhänge hinweisen. Umgekehrt können Ängste (u.a. vor Schmerzen) zu einer stärkeren Wahrnehmung von Schmerzen führen. Auch deshalb ist es wichtig, darauf einzugehen. Siehe „Leitlinie zur Schmerztherapie bei chirurgischen Patienten“ (Ruppen / AMK USB, 2012).

Im Bereich Chirurgie werden ca. 7.5% der Patienten durch den APS der Anästhesie betreut und über 90% der Patienten sind auf eine gut funktionierende standardisierte Analgesie angewiesen. Dazu gehört in der frühen postoperativen Phase auch eine i.v. Opiatverabreichung durch Pflegenden (Weisung Bereich Chirurgie).

3.2 Frauen mit Schmerzen unter der Geburt

Der Geburtsschmerz wird durch die Uteruskontraktionen und die Dilatation der Zervix hervorgerufen und gehört während der Geburt zum natürlichen Prozess. Verschiedene medizinische Indikationen wie z.B. kardiopulmonale Vorerkrankungen, Adipositas permagna und schwere Präeklampsie indizieren eine Schmerztherapie. Neben den medizinischen Indikationen stellt das Verlangen der Gebärenden nach einer Schmerztherapie eine weitere Indikation dar.

Es gibt verschiedene Methoden und Möglichkeiten zur Behandlung von Schmerzen unter der Geburt. Dazu gehören nicht-pharmakologische Methoden wie Entspannungsbad oder Wassergeburt, Homöopathie und Akupunktur. Die epidurale Analgesie ist die effektivste pharmakologische Therapie gegen Schmerzen unter der Geburt.

3.3 Patienten/-innen mit Kommunikationseinschränkungen und/oder kognitiven Veränderungen

Bei Patienten/-innen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit und/oder kognitiven Veränderungen ist das Risiko grösser, dass Schmerzen nicht adäquat behandelt werden, weil Unruhe oder auffälliges Verhalten oft fehlinterpretiert und nicht als Ausdruck möglicher Schmerzen erkannt werden.

Es gibt kein Schmerzerfassungsinstrument, das für *alle* Patienten/-innen passt. Vielmehr gilt es, nach Gründen und Auswirkungen der Einschränkung zu unterscheiden.

Patienten/-innen mit Sprechstörung haben aufgrund einer mechanischen Behinderung wie Schwellung im Mund-Nasen-Rachenraum nach Trauma, Operation oder durch Tumor oder Endotrachealtubus oder -kanüle Schwierigkeiten, so zu sprechen, dass sie sich verständigen können. Liegt nicht zusätzlich ein kognitives Problem vor, können zur Erfassung der Schmerzintensität und zur Beschreibung von Schmerzzuständen Kommunikationsmittel wie Mimik, Gestik, Aufschreiben-Lassen, Bildtafeln und elektronische Hilfsmittel eingesetzt werden.

Patienten/-innen mit Sprachstörung, beispielsweise bei Aphasie können in allen vier Dimensionen (Lesen, Schreiben, Verstehen und Sprechen) der Sprache unterschiedlich stark ausgeprägte Probleme haben:

Bei nichtflüssiger Aphasie (vormals als motorisch bezeichnet) ist das Sprachverständnis meistens besser erhalten, so dass mit Gesten gearbeitet werden kann. Lesen und Schreiben sind fehleranfällig.

Patienten/-innen mit sogenannter flüssiger Aphasie (vormals als „sensorisch“ bezeichnet) und Patienten/-innen mit globaler Aphasie leiden meistens an einer Sprachverständnisstörung, so dass sie Fragen nicht richtig verstehen. Die verbale und die non-verbale Kommunikation sind so fehlerhaft, dass bei der Beurteilung von potentiellen Schmerzen auf Beobachtungen des Verhaltens ausgewichen werden muss, wenn möglich unter Einbezug von Angehörigen.

Patienten/-innen mit Demenz haben je nach Form und Stadium der Demenz sehr unterschiedliche und unterschiedlich ausgeprägte kognitive Veränderungen. Deshalb gilt für die Schmerzerfassung folgende Vorgehensweise: Die erste Wahl ist auch bei Patienten/-innen mit kognitiver Einschränkung die Selbsteinschätzung. Falls diese Selbsteinschätzung nicht zuverlässig scheint, ist mehr Gewicht auf angepasste Fixmedikation zu legen, insbesondere wenn Schmerzen wahrscheinlich sind (post-operativ, nach Traumata oder vor potentiell schmerzhaften Interventionen). Dies gilt insbesondere, wenn bei fortgeschrittener Demenz eine Beeinträchtigung der Sprache vorliegt. Die Einschätzung potentieller Schmerzen erfolgt anhand des Verhaltens (siehe unten), wenn möglich unter Einbezug von Angehörigen.

Bezüglich Interventionen wurde festgestellt, dass der Placebo-Effekt (vergl. [Abschnitt 2.5](#)) bei Patienten mit einer Alzheimerdemenz aufgrund von Veränderungen im Frontalhirnbereich reduziert ist. Diese Patientengruppe benötigt deshalb tendenziell höhere Schmerzmitteldosen.

Patienten/-innen mit Delir können bei Schmerzen mit auffälliger psychomotorischer Aktivität (hyperaktives Delir mit Nesteln, motorische Unruhe) aber auch mit einer Lethargie (hypoaktives Delir) reagieren. Bei einem Delir kommunizieren die Hirnregionen nicht zuverlässig miteinander (sogenannte „Dissoziation“). Dies führt dazu, dass Betroffene sich ihrer Wahrnehmungen nicht mehr adäquat bewusst sind und diese nicht äussern können. Bei unruhigen oder lethargischen Patienten/-innen muss daher immer daran gedacht werden, dass sie an Schmerzen oder anderen unangenehmen Symptomen leiden könnten, auch wenn sie diese verbal verneinen. Vor der Gabe von Beruhigungsmedikamenten werden deshalb versuchsweise potentielle Schmerzen, Ausscheidungs- und Atmungsprobleme behandelt.

Patienten/-innen mit eingeschränkter Kommunikation und/oder verändertem Bewusstsein auf der Intensivstation

Bei vielen Patienten/-innen auf Intensivstationen sind – meist vorübergehend – Kommunikation und/oder Bewusstsein verändert. Ursachen sind die Krankheit, Folgen eines Unfalls oder auch Medikamente, insbesondere Sedativa. Manchmal ist nicht eindeutig erkennbar, welche Beeinträchtigung im Vordergrund steht. Ist keine Selbsteinschätzung möglich, achten die Pflegenden auf entsprechende Merkmale im Verhalten und nutzen die für diese Patientengruppe geeigneten Schmerzerfassungsinstrumente.

Verhaltensänderungen bei Schmerzen

Ist keine zuverlässige Selbsteinschätzung durch die Patienten/-innen möglich, wird das Verhalten der Betroffenen beurteilt. Hinweise auf potentiellen Schmerz sind: Entsprechender Gesichtsausdruck, Lautäusserungen wie Jammern, Rufen, erhöhter Muskeltonus, Schutz- und Abwehrbewegungen, veränderte Mobilität, oberflächliche Atmung, Auffälligkeiten bei der Interaktion mit Anderen, veränderter Schlaf, Reizbarkeit.

Diese Merkmale sind unspezifisch, das heisst, sie können auch bei anderen Symptomen (wie Harndrang, Stuhldrang, Durst, Übelkeit, Atemnot) und/oder gewissen Gefühlszuständen (Angst, Stress oder sogar Freude) beobachtet werden. Wichtig zu wissen ist, dass Schmerzen bei Fremdeinschätzungen in der Regel eher unterschätzt werden.

Gegen diese Unterversorgung hilft die regelmässige gezielte Beobachtung. Wichtigstes Ziel ist die Abnahme der beobachtbaren Merkmale, die auf potentiellen Schmerz hindeuten, wobei die Mimik (Augenpartie und Gesichtsmuskulatur) als der treffsicherste Hinweis gilt. Werden individuelle Merkmale für das Vorliegen potentieller Schmerzen identifiziert (eventuell durch Unterstützung der Angehörigen), werden diese in der Pflegedokumentation beschrieben.

Die Verhaltensmerkmale liegen auch den folgenden Erfassungsinstrumenten zugrunde, die im [Anhang A2](#) aufgeführt sind. Sie können die Schmerzeinschätzung unterstützen.

- BESD: Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz
- CPOT: Critical Care Pain Observation Tool
- AlgoPlus
- ZOPA: Zürich Observation Pain Assessment

Zur Anwendung solcher Instrumente wird empfohlen, eine damit vertraute Fachperson beizuziehen, sofern das Instrument auf der Abteilung nicht eingeführt ist. Wichtige Limitationen: Der erhaltene Score ermöglicht keine genaue Angabe über die Schmerzintensität. Einem erhöhten Score können auch andere Symptome oder Gefühlszustände zu Grunde liegen.

Versuchsweise Gabe von Schmerzmittel

Wird aufgrund der Einschätzung (mit oder ohne Erfassungsinstrument) vermutet, dass ein Patient, der keine zuverlässige Selbsteinschätzung machen kann, Schmerzen hat, wird versuchsweise ein Schmerzmittel verabreicht und/oder nicht-pharmakologische Massnahmen (z.B. Positionswechsel) angewendet („analgesic trial“). Dann wird die Einschätzung nach Eintritt der zu erwartenden Wirkung des Medikamentes, respektive der Massnahme wiederholt (Re-Assessment). Bei diesen Patienten/-innen ist vor potentiell schmerzhaften Untersuchungen und/oder Interventionen (z.B. Mobilisation) besonders auf ausreichende Analgesie zu achten.

3.4 Patienten/-innen am Lebensende

Die letzte Lebensphase erfordert eine spezielle Berücksichtigung der Beschwerden und Bedürfnisse der Patienten/-innen und ihrer Bezugspersonen. Die Bedürfnisse und Wünsche der Patienten/-innen sollten dabei in allen Dimensionen, physisch, psychisch, sozial und spirituell ermittelt werden. Die Behandlung richtet sich nach den individuellen Bedürfnissen und dem Willen der Patienten/-innen, mit dem Ziel, die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und Leiden zu lindern.

Ein häufiges Symptom in der letzten Lebensphase sind Schmerzen. Wenn es dem Patientenwunsch entspricht, sollte die Linderung dieser Beschwerden - also die Symptomkontrolle - im Vordergrund stehen und Therapieziel sein. Hierfür bedarf es manchmal einer Anpassung der medikamentösen Schmerztherapie (Dosierung, Applikationsweg), die einen sedierenden Effekt haben kann, wobei dieser nicht das primäre Therapieziel ist. Im Sinne der Handlungssicherheit für alle Beteiligten ist es wichtig, das individuelle Therapieziel schriftlich festzuhalten.

Die Dosierung der Medikamente erfolgt entlang der Symptomkontrolle: „So wenig wie möglich, so viel wie nötig“. Studiendaten weisen darauf hin, dass die in diesem Zusammenhang mögliche Sedierung den Sterbeprozess in dieser Lebensphase nicht beschleunigt und unter Umständen

den das Gegenteil bewirken kann, jedoch bleibt ein kleines Risiko dafür bestehen¹. Dies muss in einem Gespräch mit Patienten/-innen oder Stellvertretern/-innen thematisiert und dokumentiert werden. Sollte mit der symptomorientierten Verabreichung von Analgetika in der Sterbephase das Risiko einhergehen, dass sich die Lebenszeit verkürzt, darf dies in Kauf genommen werden, wenn keine andere Therapie ausreichende Symptomkontrolle bringt¹.

Der Einbezug des Palliative Care Teams kann hierbei zur Unterstützung des primären Behandlungsteams und der Patienten/-innen hilfreich sein und wird angestrebt. Der Einbezug geschieht mittels elektronischer Konsultation. Zudem kann jedes Teammitglied telefonisch Rücksprache mit dem Palliative Care Team nehmen.

3.5 Patienten/-innen mit vorbestehender Opioidtherapie

Bei Patienten/-innen mit vorbestehender Opioid-Therapie unterscheiden sich zwei Subgruppen:

- a) diejenigen mit Opioid-Therapie aufgrund einer Schmerzerkrankung
- b) diejenigen mit Opioid-Substitutionstherapie aufgrund einer Opioid-Abhängigkeit.

Es ist wichtig zu realisieren, dass die Patienten/-innen beider Subgruppen bei Schmerzexazerbationen oft äusserst schwierig zu therapieren sind und meist kein befriedigendes Resultat erreicht werden kann. Somit muss meist die Erwartungshaltung der Patienten/-innen und auch des Behandlungsteams relativiert werden. Es empfiehlt sich, falls sinnvoll, gewohnte Medikamente, Dosierungen und Einnahmemuster möglichst beizubehalten.

Die wichtigsten orientierenden Handlungsempfehlungen der Abteilung Schmerztherapie:

- Wenn immer möglich das schmerzhafteste Gebiet mit einer Regional-Anästhesie / Analgesie abdecken (APS Anästhesie).
- Opiode nicht unbegründet absetzen, da das im Rahmen einer (Kurz-)Hospitalisation meist keinen Sinn macht.
- Bei Wechsel des Opioidpräparates und der Applikationsform auf die unterschiedliche analgetische Potenz und die unterschiedlichen Wirkungszeiten achten (vergl. Liste und Rechner der Spitalpharmazie).

4 Pharmakologische Massnahmen

Die medikamentöse Therapie zur Schmerzlinderung erfolgt grundsätzlich auf ärztliche Verordnung. In definierten Settings ist es möglich, dass Pflegefachpersonen und Hebammen Schmerzmedikamente im Rahmen von Standardverordnungen verabreichen (z.B. Notfallstation, Geburtsabteilung).

Bezüglich Verabreichung von Medikamenten gehört zu den Aufgaben der Pflegefachpersonen, die Wirkung und relevante Nebenwirkungen der Analgesie zu erfassen (Re-Assessment) sowie mit dem Patienten und dem ärztlichen Dienst zu besprechen.

Opioidpflaster werden im gelben Spritzenbehälter für spitze Gegenstände entsorgt, um Missbrauch durch substanzabhängige Patienten/-innen vorzubeugen.

4.1 WHO Prinzipien

Die medikamentöse Schmerztherapie von Patienten/-innen mit einer Krebserkrankung orientiert sich an den **Prinzipien der WHO** und dem **WHO Stufenschema**, die sich für diese Patientengruppe seit langem bestens bewähren.

¹ Der juristische Begriff dafür lautet: indirekte aktive Sterbehilfe und ist in der Schweiz legal (Bundesamt für Justiz (2010)).

Prinzipien der WHO (Krebsliga, 2004)

By the mouth - orale vor parenterale Applikationsformen

Ausnahmen sind starke postoperative Schmerzen, Schmerzzustände von kurzer Dauer, Bewusstseinsstörungen, Schluckbeschwerden, unkontrolliertes Erbrechen oder gastrointestinale Obstruktion. Auch post-operativ gilt es, möglichst bald auf orale Applikation umzustellen.

By the clock - regelmässige Analgetika und zeitnahe Reserve

Basistherapie und Reserve ist ärztlich verordnet. Bei ungenügender Wirkung der Basistherapie wird die erste Reserve verabreicht. Die zweite Reserve wird verabreicht, wenn die erste nicht wirkt – frühestens nach Ablauf des zu erwartenden Wirkungseintritts der ersten Reserve. Es ist nicht sinnvoll, anstelle der Reserve die nächste Basistherapie-Dosis vorzuziehen.

By the ladder - abgestuft gemäss WHO Stufenschema (siehe unten)

Bei akuten Schmerzen können Stufen übersprungen werden und z.B. direkt starke Opioide verabreicht werden. Schwache und starke Opioide (Stufe II und III) werden nicht kombiniert.

For the individual - angepasst an den einzelnen Menschen

Dosierung und Art der Schmerzmedikation richten sich nach dem individuellen Schmerzempfinden (vgl. [Abschnitt 2.3](#)).

Attention to detail - zusätzlich zu beachten

Patientenbedürfnisse werden berücksichtigt und auch nicht-medikamentöse Massnahmen finden Anwendung, u.a. zur Überbrückung bis zum Wirkungseintritt der Medikamente.

4.2 WHO Stufenschema der Schmerztherapie

Das Stufenschema der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde für die Behandlung von Tumorschmerzen entwickelt (vergl. WHO 1996). Die Behandlung von Schmerzen anderer Ursachen ist komplexer und lässt sich nicht in einem einzelnen Schema abbilden.

WHO Stufenschema für Tumorschmerzen (in Anlehnung an Vargas-Schaffer, 2010):

Stufe	Therapeutische Optionen	Beispiele
Stufe I: Leichte bis mässige Schmerzen	Nicht-Opioide-Analgetikum ± Adjuvantien	Nicht-saure antipyretische Analgetika: z.B. Paracetamol (z.B. Dafalgan®) oder Metamizol (Novalgin®) Nicht-steroidale Entzündungshemmer (NSAID): z.B. Ibuprofen (z.B. Brufen®) Adjuvantien: z.B. Antidepressiva, Antiepileptika (Alpha2-Rezeptor-Agonisten)
Stufe II: Mittelstarke bis starke prolongierte Schmerzen	Schwache Opioide ± Nicht-Opioide-Analgetikum ± Adjuvantien	Schwache Opioide: z.B. Tramadol (z.B. Trama®) Adjuvantien: wie oben
Stufe III: Persistierende/ sehr starke Schmerzen	Starke Opioide ± Nicht-Opioide-Analgetikum ± Adjuvantien	Starke Opioide: z.B. Morphin, Hydromorphon (Palladon®), Oxycodon+Naloxon (Targin®), Fentanyl (Durogesic®), Buprenorphin (Transtec®) Adjuvantien: wie oben
Stufe IV	Nervenblockade Patientenkontrollierte Analgesie (PCA) Patientenkontrollierte epidurale Analgesie (PCEA)	z.B. Ropivacain (z.B. Naropin 0,2%®), Fentanyl, Ketamin (z.B. Ketalar®), Bupivacain mit/ohne Fentanyl (z.B. Bupivacain/Carbostesin®)

4.3 Selbständige Einnahme von Analgetika in Reserve

Nehmen Patienten/-innen Medikamente bei Bedarf selbständig ein, wirkt das Medikament in doppelter Weise schneller: a) die Entscheidung fällt leichter und schneller, weil sie niemanden beheimlichen müssen und b) sie nicht warten müssen, bis jemand auf das Klingeln reagiert, die Verordnung nachschaut und das Medikament zur Einnahme zu ihnen bringt.

Zudem ist dieses Vorgehen für die Patienten/-innen eine gute Gelegenheit, sich bereits während des Spitalaufenthalts im Selbstmanagement zu üben (vgl. [Abschnitt 2.5](#)).

Vor der Bereitstellung von Schmerzmitteln zur selbständigen Einnahme muss die zuständige Pflegefachperson überprüfen, ob die Voraussetzungen gegeben sind:

- Der Patient muss kognitiv und körperlich zur selbständigen Einnahme in der Lage sein
- Er muss verstehen, wann und wie er das Medikament nehmen soll
- Er muss verstehen, dass er sich nach der Einnahme zwecks Dokumentation melden soll

Die Pflegefachpersonen leiten den Patienten an, darauf zu achten, dass die bereit gestellten Medikamente nicht in die Hände von Kindern oder Mitpatienten/-innen geraten.

Opioid-Reservemedikamente zur selbständigen peroralen Einnahme im Bedarfsfall werden in einem speziellen Behältnis mit Deckel auf dem Nachttisch des Patienten bereitgestellt, das mit den Initialen des Patientennamens, der Zimmernummer, der Arzneimittelbezeichnung, der Dosis sowie des Datums und der Uhrzeit der Abfüllung beschriftet wird. Nicht eingenommene per os-Opioid-Reservemedikamente werden 24 Stunden nach der Abfüllung im gelben Abwurfbehälter für spitze Gegenstände entsorgt.

Details siehe [Anhang B3](#).

4.4 Patientenkontrollierte Schmerzpumpen und periphere Nervenblockaden

Auch bei patientenkontrollierten Systemen liegt der Hauptvorteil darin, dass die Zeit zwischen dem Bedarf nach einer weiteren Dosis und deren Applikation gleich null beträgt. Meistens kommen sie während der ersten post-operativen Tage zum Einsatz.

Patienten/-innen mit patientenkontrollierter Pumpe werden durch den APS der Anästhesie instruiert und betreut. Am Bett jedes Patienten mit einer solchen Pumpe befindet sich ein Klemmbrett mit den sogenannten „Minimal-Safety“-Punkten. Bei Einhaltung dieser Punkte sind die Pumpen technisch sicher und Zwischenfälle selten. Siehe Pflegerichtlinie 6.1.3. „Patientenkontrollierte Analgesie (PCA)“ und Pflegerichtlinie 6.1.2. „[Auto Fuser Elastomerpumpe](#)“ zur Schmerztherapie mittels Einmalpumpe.

Im Einsatz stehen im USB:

- Die **patientenkontrollierte Analgesie mittels PCA** (patient controlled analgesia), bei der intravenös via Infusionspumpe bolusweise Opioid oder andere Analgetika mit oder ohne Ketamin verabreicht werden.
- Die **patientenkontrollierte epidurale Analgesie, PCEA** (patient controlled epidural analgesia), zur epiduralen Verabreichung von Lokalanästhetika mit oder ohne Opioid, in der Regel Kombination aus Basalrate und der Möglichkeit für den Patienten, zusätzlich Bolusgaben auszulösen.

PCA- und PCEA-Pumpen

Der Patient muss situativ ausreichend wach und orientiert sein, um sich an die Anleitung zu erinnern und sie umsetzen zu können. Zudem muss er manuell in der Lage sein, den Druckknopf zur Auslösung einer Analgetika-Applikation zu betätigen. Deshalb schätzt der Anästhesist vor Anlage der Pumpe ein, ob der Patient die kognitiven und manuellen Voraussetzungen erfüllt. Bei angelegter Pumpe schätzen die betreuenden Pflegefachpersonen mindestens einmal pro Schicht ein, ob diese Voraussetzungen aktuell noch gegeben sind.

Patientenkontrollierte Pumpen dürfen nicht durch andere Personen als die Patienten/-innen selbst angewendet werden; eine Bedienung durch die betreuenden Pflegefachpersonen

und/oder Ärzte und/oder Angehörige kann mitunter gefährlich sein und ist deshalb nicht erlaubt¹.

Veränderungen der postoperativen Schmerztherapie werden zwischen APS, ärztlicher Leitung des Schmerzdienstes Anästhesie, der betreuenden Pflegefachpersonen und den behandelnden Ärzten abgesprochen.

Ein Mitarbeiter des APS visitiert Patienten/-innen mit PCA- oder PCEA-Pumpe an Wochentagen täglich und dokumentiert die Visite auf dem Protokoll am Patientenbett. Bei Bedarf nimmt er Rücksprache mit den betreuenden Pflegepersonen.

Siehe [Pflegerichtlinie 6.1.3. „Patientenkontrollierte Analgesie \(PCA\)“](#).

Periphere Nervenblockaden

Bei peripheren Nervenblockaden werden Lokalanästhetika in die Nähe von Nerven und/oder Nervenplexen (Nervenplexen) verabreicht, entweder

- a) über Einmalinjektion (sogenannte „Single-Shots“) oder
- b) via Katheter kontinuierlich.

In diesem Fall wird die Dosis durch einen Anästhesisten in Absprache mit den Patienten/-innen verordnet. Bei Bedarf passt sie ein APS-Mitarbeiter in Rücksprache mit einem Anästhesisten an.

Die betreuenden Pflegefachpersonen überwachen die Patienten/-innen mit Nervenblocks gemäss Verordnung. Bei Hinweisen auf Unter- oder Überdosierung oder falscher Lage des Katheters rufen sie den APS. Siehe [Pflegerichtlinie 6.1.2. „Auto Fuser Elastomerpumpe“](#).

Intrathekale Verfahren

Das Verfahren der intrathekalen Schmerztherapie (Verabreichung von Analgetika in den Liquorraum) ist am USB bisher kein Standardverfahren der postoperativen Schmerztherapie. Vereinzelt wird es bei Patienten/-innen in palliativen Situationen am Lebensende eingesetzt.

5 Nicht-pharmakologische Massnahmen

An nicht-pharmakologischen Massnahmen steht eine breite Palette zur Verfügung, z.B.:

- Ruhigstellung (z.B. nach Trauma)
- Bewegung (z.B. bei chronischen Rückenbeschwerden und Arthrose)
- Musik (generelle Entspannung)
- Kälteanwendung (z.B. post-traumatisch und bei Entzündungen); maximal 20 Minuten
- Wärmeanwendungen (z.B. Muskelverspannungen); nicht bei Wahrnehmungsstörungen
- geführte Imagination („Anleitung zur Selbstlenkung“)
- Anleitung zu Entspannung
- Massagen

Das Angebot in der aktuellen Situation des einzelnen Patienten richtet sich nach Ursache und Art der Schmerzen, allfälligen spezifischen Kontraindikationen (z.B. für Kälte und Wärme) sowie nach den Vorlieben der Patienten/-innen (z.B. ist Körperkontakt generell erwünscht oder nicht). Oft lohnt es sich, Verschiedenes vorzuschlagen und auszuprobieren, bis klar wird, was am besten passt und hilft.

Auch nicht-pharmakologische Massnahmen werden mit den Ärzten abgesprochen – manche werden auch ärztlich verordnet (z.B. Ruhigstellung); mehr dazu im [Anhang B1](#).

Neben diesen Massnahmen von Pflegenden werden in ausgewählten Situationen von entsprechend ausgebildeten Fachpersonen weitere nicht-pharmakologische Schmerzbehandlungen wie Hypnose und Akupunktur angewendet. Auch die Therapiedienste bieten schmerzlindernde

¹ Ausnahme: Ist bei sterbenden Patienten/-innen eine Schmerzpumpe zur patientenkontrollierten Analgesie im Einsatz, können Personal und Angehörige nach vorheriger Absprache mit dem APS durch Knopfdruck „stellvertretend für den Patienten“ Boligaben auslösen.

Anwendungen an (z.B. Wickel und transkutane Elektrostimulation, TENS, welche ärztlich verordnet werden müssen.

Literatur

- Alt-Epping, B., Sitte, T., Nauck, F. & Radbruch, L. (2010). Sedierung in der Palliativmedizin: Leitlinie für den Einsatz sedierender Massnahmen in der Palliativversorgung. *Der Schmerz*, 28(4), 342-54.
- Bachmann-Mennenga, B., & Veit, G. (2002). Prävention von Schmerz – präemptive Analgesie. In M. Beck (Hrsg.): *Schmerztherapie*, S. 86ff. Stuttgart, New York: Thieme.
- Benedetti, F., (2012). Placebo-induced improvements: How therapeutic rituals affect the patients's brain. *Journal of Acupuncture an Meridian Studies*, 5(3), 97-103.
- Bundesamt für Justiz (2010). Die verschiedenen Formen der Sterbehilfe und ihre gesetzliche Regelung. Schweizerische Eidgenossenschaft. [Zugriff 03.01.2015]
<https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>
- DNQP (2011). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.).
- Girard, T. & Schälling, B. (2013). Schmerztherapie in der Geburtshilfe. *Gynäkologie*, 46, 477-87.
- Larsen, R. (2013). *Anästhesie* (Vol. 10. Auflage). München: Urban & Fischer Verlag.
- Medical Tribune (Hg.)(2008). *Erfolgreiches Management von Schmerzpatienten*. Basel: Medical Tribune Seminare.
- Mc Cafferey, M., Beebe, A. & Latham, J. (1997): *Schmerz. Ein Handbuch für die Pflegepraxis*. Berlin/Wiesbaden: Ullstein Mosby.
- Portenoy, R. K., Forbes, K., Lussier, D. et al. (2004). Difficult pain problems: an integrated approach. In: Doyle D., Hanks G., Cherny N., Calman K. (Eds): *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3rd. ed. Oxford: Oxford University Press.
- Rossaint, R., Werner, C., & Zwissler, B. (Eds.). (2008). *Die Anästhesiologie* (Vol. 2. Auflage). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Medizin Verlag Berlin, Heidelberg, New York.
- Turk DC und Okifuji A (2001). Pain terms and taxonomies. in Loeser D, Butler SH, Chapman JJ et al.: *Bonica's management of pain* (3 ed.). Lippincott Williams & Wilkins. pp. 18–25.)
- Universitätsspital Zürich (2006). *Arbeitsanweisung Schmerzmanagement Pflege*. Zürich.
- Vargas-Schaffer, G. (2010). Is the WHO analgesic ladder still valid? *Can. Fam. Physician*, 56(6), 514-7.
- World Health Organization (1996). *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability* (2. Aufl., S. 14f). Geneva: WHO
- Handel, E. (Hrsg.) (2010). *Praxishandbuch ZOPA©*. Bern: Huber.

USB interne Quellen

- Ruppen, W. (2012). Leitlinie zur Schmerztherapie bei chirurgischen Patienten (2012), Arzneimittelkommission USB (Hrsg.)
- Standard Schmerzbehandlung in der NFS. Projektgruppe NFS und R. Bingisser (2014). Notfallstation USB (Hrsg.)
„Schmerztherapie“ auf folgender Seite anklicken:
<http://www.medstandards.ch/notfallstandards/startseite.php>
- Projektgruppe Schmerzmanagement OIB und MedInt (2013). Nicht-pharmakologische Interventionen gegen Schmerzen Anwendungspapier für die Operative Intensivbehandlung (OIB) und die Medizinische Intensivstation (MedInt) USB (2013). Pflege- und ärztliche Leitung OIB und MedInt (Hrsg.).

Anhänge Übersicht

Anhang A Schmerzassessment

A1: Unterschiedliche Intensitätsstufen des Schmerzassessments

A 1.1 Basisassessment

A 1.2 Fokussiertes Schmerzassessment

A2: Instrumente zur Erfassung der Schmerzintensität:

Numerische Skala, Visuelle Analog Skala, Verbale Rang Skala (VRS), Gesichterskalen

A3: Schmerzerfassungsinstrumente für spezielle Patientengruppen

A 3.1 BESD Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz

A 3.2 CPOT Critical Care Pain Observation Tool

A 3.3 AlgoPlus

A 3.4 ZOPA Zürich Observation Pain Assessment

Anhang B Massnahmen

B1: Übersicht über nicht-pharmakologische Interventionen

B2: Anleitung zur Entspannung

B3: Selbständige Einnahme von Morphintropfen im Bedarfsfall

B4: Schmerzprotokoll

B5: Kurzanleitung Mikroschulung zur Einnahme von Opioiden

Anhang C Materialien, Hilfsmittel, Formulare

Anhang D Kontaktstellen

Anhang E Merkblatt (für Patientinnen und Patienten)

Anhang A Schmerzassessment

Anhang A1 Unterschiedliche Intensitätsstufen des Schmerzassessments

A 1.1 *Basis-Schmerzassessment*

Zum Basisassessment bei neu auftretenden Schmerzen gehört die Erhebung der Aspekte (PQRST-Schema):

- **P (Provokation):** Was hat die Schmerzen ausgelöst? Was verstärkt sie? Was bringt Erleichterung?
- **Q (Qualität):** Wie ist der Schmerz: Stechend, reißend, brennend, stumpf, pochend, kolikartig?
- **R (Region):** Ort, lokal begrenzt oder undefinierbar, „wandern“ sie?
- **S (Stärke):** Wie stark sind die Schmerzen ([Anhang A2](#))
- **T (Time):** Wie lange bestehen die Schmerzen? Haben sie sich verändert? Haben Sie solche Schmerzen schon einmal gehabt?

Zudem ist die Frage nach allfälligen Begleiterscheinungen (z.B. Übelkeit, Atemnot) sinnvoll.

Ist noch keine Verordnung für Schmerzmedikamente vorhanden, wird zusätzlich geklärt:

- Gibt es Kontraindikationen und/oder Allergien?
- Welche Interventionen wurden bereits ergriffen?

Die Angaben werden in der Kurve/im Überwachungsblatt, resp. im Partogramm dokumentiert.

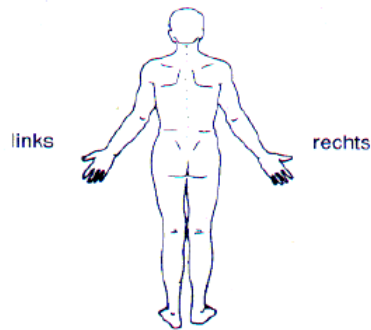
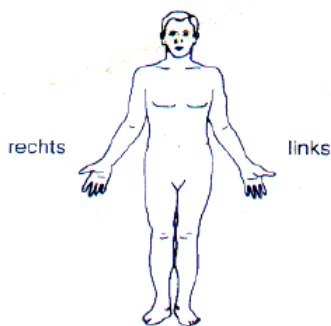
A 1.2 Fokussiertes Schmerzassessment

Printer Nr. 14

Datum:
Visum:

Fokussiertes Schmerzassessment

Schmerzlokalisierung



Beschreibung der Hauptschmerzen in den Worten des Patienten / der Patientin:



Schmerzbeschreibung

Schmerzcharakter

- pochend
- scharf

- brennend
- einschliessend
- Anderes:

- heiss
- schneidend

- krampfartig
- stechend

Schmerzempfinden

- stark
- quälend

- scheusslich
- mörderisch
- Anderes:

- schrecklich
- zermürend

- unerträglich
- erschöpfend

Intensität der Schmerzen

● momentaner Sz ▼ stärkster Sz ○

Kein Schmerz
0

Stärkster vorstellbarer
Schmerz
10



Tagebuch: ja nein

Forts. A 1.2 Fokussiertes Schmerzassessment

Dauer der Schmerzen (Schübe, dauernd, Tageszeit)

Sz ausgelöst durch:

Sz gelindert durch:

Begleiterscheinungen

Magen/Darm

- Übelkeit
- Verstopfung
- Erbrechen

Nervensystem

- Benommenheit
- Schläfrigkeit
- Halluzinationen
- Kopfschmerzen

Psychosoziale Folgen

- Angst
- Depression
- eingeschränkte Kontakte

Weiteres

- allg. Aktivität
- Freizeit
- Sexualität
- Beruf
- Haushalt

Medikation: Fest

Name	Dosierung Form	Applikationsart	Dosierungsintervall (Mo, Mi, Ab, NA)

Medikation: Reserve

Name	Dosierung Form	Applikationsart	Indikation

Andere Massnahmen zur Schmerz-Linderung:

Zielsetzung des Patienten / der Patientin:

Anhang A2 Instrumente zur Erfassung der Schmerzintensität

Am häufigsten wird die subjektiv wahrgenommene Schmerzstärke oder -intensität erhoben. Es gibt verschiedene Instrumente für unterschiedliche Patientengruppen und Settings:

Die Numerical Rating Scale (NRS), bei der die Patienten/-innen angeben, wie stark der Schmerz zwischen 0 (keine Schmerzen) und 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) ist, gilt als zuverlässigstes Instrument zur Erfassung der Schmerzstärke. Als fast so gute Alternativen gelten die Visual Analog Scale (VAS) und die Facial Pain Scale (FPS).

Numerische Rating Skala (NRS¹)

Die Patienten werden gebeten anzugeben, wie stark ihre Schmerzen auf einer durchnummerierten Skala mit den Polen 0 (kein Schmerz) bis 10 (grösster vorstellbarer Schmerz) sind. Sie geben den Zahlenwert mündlich oder durch Anzeigen auf der vorgehaltenen Skala an. Mit der NRS können relativ kleine Veränderungen der Schmerzstärke erfasst werden.



Visuelle Analog Skala (VAS)

Die VAS ist der NRS ähnlich, sie beinhaltet jedoch keine Zahlen. Die Patient/-innen werden gebeten, auf einer vorgehaltenen Skala die Stärke ihrer Schmerzen anzuzeigen. Die Pflegenden können auf der Rückseite der Skala den entsprechenden Zahlenwert ablesen. Die Skala ist nicht geeignet für motorisch eingeschränkte oder sehbehinderte Patienten/-innen.

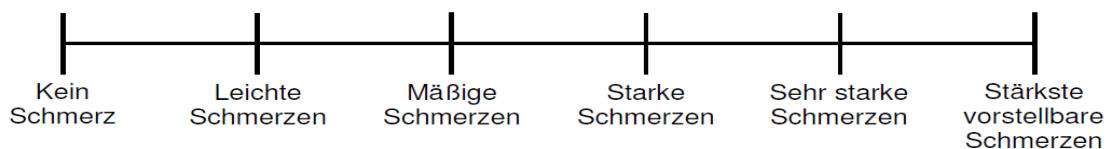
Auch mit der VAS können relativ geringe Veränderungen der Schmerzstärke erfasst werden.

Dem Patient/der Patientin werden die zwei Pole „keine Schmerzen“ und „stärkster vorstellbarer Schmerz“ erklärt. Anschliessend soll sie ihre Schmerzintensität einschätzen und die entsprechende Stelle auf der Skala anzeigen. Der entsprechende Wert kann auf der Rückseite abgelesen werden.



Verbale Rang Skala (VRS)

Die Verbale Rang Skala beschreibt in Worten sechs Schmerzstärken, aus denen die Patientin mündlich oder schriftlich den aktuell zutreffenden Wert auswählt. Die Stärkegrade sind unpräziser als bei der NRS und der VAS. Deshalb wird diese Skala nur dann angewendet, wenn eine Patientin mit NRS und VAS nicht zurechtkommt. Wie oben werden die zwei Pole erklärt. Anschliessend wird die Patientin gebeten, die Intensität ihrer Schmerzen anzugeben.



¹ Beachte Verwechslungsgefahr: die im USB verwendete Nutrition Risk Scale wird auch mit NRS abkürzt.

Gesichterskalen

Gesichterskalen mit je einem Gesicht für die sechs Intensitätsstufen gibt es mit oder ohne Kurzbeschreibungen in Worten. Sie eignen sich vor allem dann, wenn die Erhebung mittels NRS, VAS und VRS wegen sprachlichen oder kognitiven Barrieren nicht möglich ist.

Im Internet gibt es Versionen in unterschiedlichen Sprachen: www.wongbakerFACES.org

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale



www.wongbakerFACES.org

©1983 Wong-Baker FACES® Foundation. Used with permission.

Anhang A3 Schmerzerfassungsinstrumente für spezielle Patientengruppen

Für die Fremdeinschätzung von (potentiellen) Schmerzen sind am USB mehrere Instrumente in Anwendung – abhängig von der Patientengruppe und vom Setting. Siehe [A 3.1](#) und [A 3.2](#).

A 3.1 *BESD zur Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz*

BESD

BEurteilung von Schmerzen bei Demenz

Beobachten Sie den Patienten/die Patientin zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Setzen Sie die Kreuze in die vorgesehen Kästchen. Mehrere positive Antworten (außer bei Trost) sind möglich. Addieren Sie nur den jeweils höchsten Punktwert (maximal 2) der fünf Kategorien.

Name des/der Beobachteten:

Ruhe

Mobilisation und zwar durch folgender Tätigkeit:

Beobachter/in:

	nein	ja	Punkt- wert
1. Atmung (unabhängig von Lautäußerung)			
• normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
• gelegentlich angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• lautstark angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Cheyne Stoke Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Negative Lautäußerung			
• keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
• gelegentlich stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• sich leise negativ oder missbilligend äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• wiederholt beunruhigt rufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• laut stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zwischensumme 1			

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale Warden, Hurley, Volicer et al. 2003
 © 2007 der deutschen Version Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Tel: 0621 8102 3601, Fax: 0621 8102 3610; email: M.Schuler@diako-ma.de
 Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.
 Fassung Dezember 2008

Forts. A 3.1 BESD zur Schmerzerfassung bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz

Name des/der Beobachteten:

	nein	ja	Punkt- wert
3. Gesichtsausdruck			
• lächelnd oder nichts sagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
• trauriger Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• ängstlicher Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• sorgenvoller Blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• grimassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
4. Körpersprache			
• entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
• angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• nervös hin und her gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• Körpersprache starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
• geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• sich entziehen oder wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
• schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Trost			
• trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
• Ist bei oben genanntem Verhalten ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
• Ist bei oben genanntem Verhalten trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Zwischensumme 2			
Zwischensumme 1			
Gesamtsumme von maximal 10 möglichen Punkten			_/10

Andere Auffälligkeiten:

.....

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale Warden, Hurley, Volicer et al. 2003
 © 2007 der deutschen Version Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Tel: 0621 8102 3601, Fax: 0621 8102 3610; email: M.Schuler@diako-ma.de
 Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.
 Fassung Dezember 2008

A 3.1.a Anleitung zu BESD zur Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz

1

Anleitung zu BESD: BEurteilung von Schmerzen bei Demenz

Gütekriterien

Die Beobachtungsskala wurde aus dem Amerikanischen übersetzt. Die Originalversion wird beschrieben in folgender Publikation:

Warden, V., Hurley, A.C. Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. *J Am Med Dir Assoc*, 4, 9 – 15.

In Deutschland wurden bisher 99 demenzkranke Bewohner aus acht Pflegeeinrichtungen mit einem Durchschnittsalter von 84 Jahren ($SD = 7$) in die Evaluation des Beobachtungsinstrumentes einbezogen. Als Maße für die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) ergaben sich bei der Beobachtung durch Pflegenden Werte zwischen 0,85 und 0,86. Die Inter-Rater-Reliabilität beträgt für die Pflegenden zwischen $r = 0,72$ und 0,82. Die Wiederholungsreliabilität mit einem Abstand von zwei bis drei Wochen beläuft sich auf Werte zwischen 0,60 und 0,76. Die Beobachtung ist zuverlässiger in Situationen, in denen die Beobachteten mobilisiert werden, als in Ruhesituationen. Als Validitätshinweis wird die Tatsache gewertet, dass sich Personen, die als akut unter Schmerzen leidend eingestuft werden, sich hinsichtlich der BESD-Werte signifikant von denen unterscheiden, denen keine Schmerzen zugeschrieben werden. Weiterhin verringert sich das Schmerzverhalten unter analgetischer Medikation.

Beobachtungsanleitung und Auswertung

Geben Sie an, in welcher Situation die Beobachtung stattfindet (z.B. im Sitzen, im Bett liegend, während des Waschens oder Gehens). Bitte beobachten Sie die/den BewohnerIn in dieser Situation zwei Minuten lang und achten Sie darauf, ob sich die beschriebenen Verhaltensweisen zeigen. Kreuzen Sie anschließend in dem Beobachtungsbogen die zutreffenden Verhaltensweisen an (Spalte „ja“). Markieren Sie bitte zur Kontrolle auch die Spalte „nein“, wenn Sie ein Verhalten nicht beobachtet haben. Zu den einzelnen Begriffen gibt es eine ausführliche Beschreibung, die Sie vor dem Ausfüllen gewissenhaft durchlesen sollten.

Die Beobachtung bezieht sich auf fünf Kategorien: Atmung, negative Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost. Für jede Kategorie sind maximal 2 Punktwerte zu vergeben. Für die Auswertung addieren Sie die in der rechten Spalte angegebenen Werte über die einzelnen Kategorien, wobei Sie nur den jeweils höchsten erzielten Wert pro Kategorie berücksichtigen. Es ist ein maximaler Gesamtwert von 10 für Schmerzverhalten möglich. Ein Wert von 6 oder darüber in einer Mobilitätssituation wird von uns als behandlungsbedürftig angesehen.

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale Warden, Hurley, Volicer et al. 2003
© 2007 der deutschen Version Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Tel: 0621 8102 3601, Fax: 0621 8102 3610; email: M.Schuler@diako-ma.de
Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.

Forts. A 3.1.a Anleitung zu BESD zur Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz

Definitionen

1. ATMUNG

- Normal

Als „normal“ wird ein geräuschloses, gleichmäßiges Ein- und Ausatmen ohne Anstrengung bezeichnet.

- Gelegentlich angestrengt atmen

„Gelegentlich angestregtes Atmen“ ist charakterisiert durch gelegentliches Auftreten von anstrengenden, ermüdenden oder schweren Atemzügen.

- Kurze Phasen von Hyperventilation

„Kurze Phasen von Hyperventilation“ sind schnelle und tiefe Atemzügen von insgesamt kurzer Dauer.

- Lautstarkes, angestrengt atmen

„Lautstarkes, angestregtes Atmen“ ist gekennzeichnet durch Geräusche beim Ein- oder Ausatmen, die laut, gluckend oder pfeifend sein können und anstrengend zu sein scheinen.

- Lange Phasen von Hyperventilation.

„Lange Phasen von Hyperventilation“ sind übermäßig schnelle und tiefe Atemzüge. Die Phasen dauern recht lange.

- Cheyne Stoke Atmung

„Cheyne Stoke Atmung“ ist gekennzeichnet durch immer tiefer werdende und wieder abflachende Atemzügen mit Atempausen.

2. NEGATIVE LAUTÄUßERUNG

- Keine

Die Kategorie „keine“ bezeichnet Sprache oder Lautäußerungen mit angenehmem oder neutralem Klang.

- Gelegentlich stöhnen oder ächzen

Unter „stöhnen“ ist jammern oder vor sich hinmurmeln wie auch klagen oder schreien zu verstehen. „Ächzen“ ist definiert durch unverständliche und unbeabsichtigte Geräusche, die lauter als üblich sind und oft plötzlich beginnen und enden. Beides sollte nur gelegentlich auftreten.

- Sich leise negativ oder missbilligend äußern

„Sich leise negativ oder missbilligend äußern“ ist gekennzeichnet durch leises Murren, Jammern, Fluchen oder Schimpfen mit einem klagenden, sarkastischen oder bissigen Unterton.

- Wiederholt beunruhigt rufen

Die Kategorie „Wiederholt beunruhigt rufen“ bezeichnet Phrasen oder Worte, die wiederholt in einer Art geäußert werden, die Angst, Unbehagen oder Verzweiflung vermuten lässt.

- Laut stöhnen oder ächzen

Unter „stöhnen“ ist jammern oder murmeln wie auch klagen oder schreien deutlich lauter als üblicherweise zu verstehen. „Ächzen“ ist definiert durch unverständliche und unbeabsichtigte Geräusche, die lauter als üblich sind und oft plötzlich beginnen und enden.

- Weinen

Unter „Weinen“ wird eine emotionale Ausdrucksform verstanden, die mit Tränen einhergeht. Der Betroffene kann schluchzen oder weinerlich wirken.

Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale Warden, Hurley, Volicer et al. 2003
© 2007 der deutschen Version Matthias Schuler, Diakonie-Krankenhaus, Mannheim, Tel: 0621 8102 3601, Fax: 0621 8102 3610; email: M.Schuler@diako-ma.de
Nicht – kommerzielle Nutzung gestattet. Jegliche Form der kommerziellen Nutzung, etwa durch Nachdruck, Verkauf oder elektronische Publikation bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung, ebenso die Verbreitung durch elektronische Medien.

Forts. A 3.1.a Anleitung zu BESD zur Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz

3. GESICHTSAUSDRUCK

- Lächelnd oder nichts sagend

„Lächelnd“ ist gekennzeichnet durch nach oben gerichtete Mundwinkel, leuchtende Augen und einen Ausdruck von Zufriedenheit.

„Nichts sagend“ bedeutet ein neutraler, ruhiger, entspannter oder leerer Gesichtsausdruck.

- Traurig

„Traurig“ ist gekennzeichnet durch einen unglücklichen, einsamen, niedergeschlagenen oder deprimierten Ausdruck. Tränen in den Augen können zusätzlich auftreten.

- Ängstlich

Unter „ängstlich“ versteht man einen Ausdruck von Furcht, Schreck oder Besorgnis. Die Augen sind weit geöffnet.

- Sorgenvoller Blick

Ein „sorgenvoller Blick“ ist gekennzeichnet durch nach unten gerichtete Mundwinkel. Falten auf der Stirn und um den Mund können sich stärker als üblich zeigen.

- Grimassieren

„Grimassieren“ ist gekennzeichnet durch einen verzerrten und verzweifelten Gesichtsausdruck. Die Stirn weist stärkere Falten auf als die Mundpartie. Die Augen können fest zugekniffen sein.

4. KÖRPERSPRACHE

- Entspannt

„Entspannt“ meint eine ruhige und gelassene Körperhaltung. Die Person wirkt sorgenfrei.

- Angespannt

„Angespannt“ beschreibt eine angestrengte, verkrampfte oder besorgte Körperhaltung. Das Gebiss kann fest zusammengebissen sein. (Kontrakturen sind auszuschließen)

- Nervös hin und her gehen

„Nervös hin und her gehen“ meint eine ruhelose Aktivität. Sie kann mit ängstlichem, besorgtem oder beunruhigtem Ausdruck einhergehen. Die Gehgeschwindigkeit kann langsam oder schnell sein.

- Nesteln

„Nesteln“ meint, sich ruhelos bewegen. Wälzen im Stuhl oder das Rücken eines Stuhls durch das Zimmer sowie wiederholtes Berühren, Ziehen oder Reiben von Körperteilen können beobachtet werden.

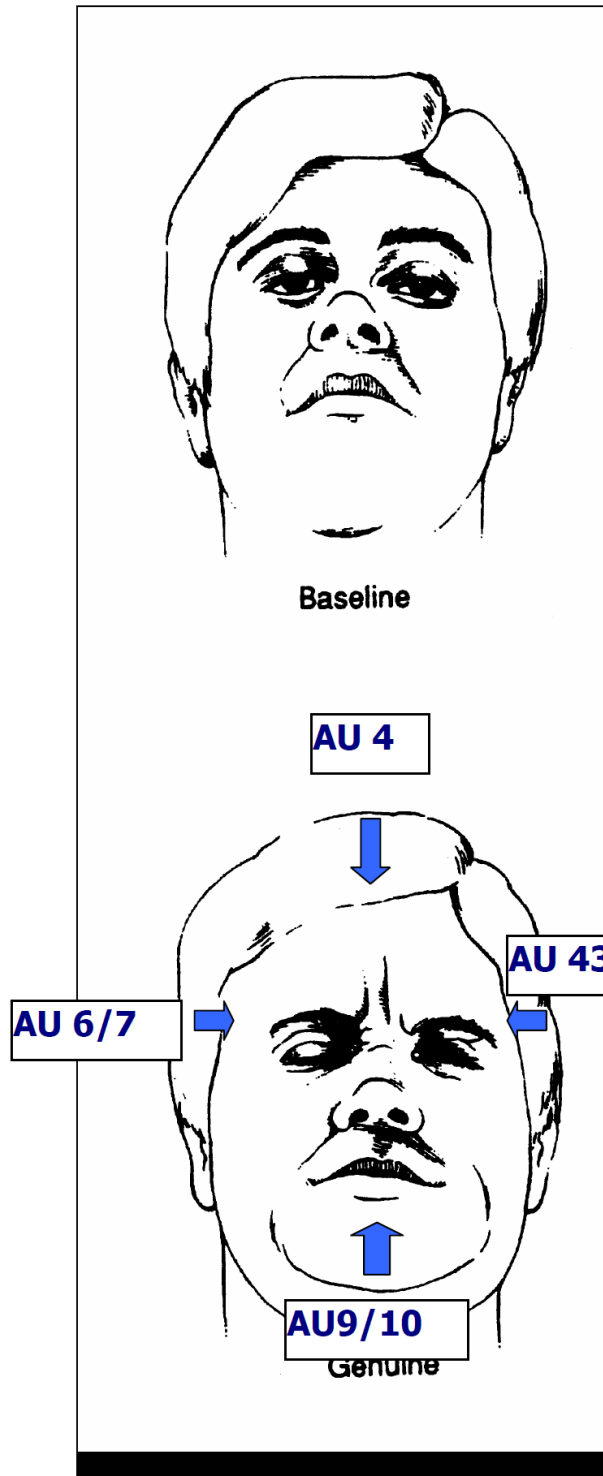
Forts. A 3.1.a Anleitung zu BESD zur Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz

- Starr
„Starr“ meint eine steife Körperhaltung. Die Arme und/oder Beine sind angespannt und unbeweglich. Der Rumpf imponiert gestreckt und unbeugsam. (Kontrakturen sind auszuschließen)
- Geballte Fäuste
„Geballte Fäuste“ sind fest geschlossene Hände. Die Hände können sich allerdings auch wiederholt öffnen und schließen oder fest geschlossen bleiben.
- Angezogene Kniee
„Angezogene Kniee“ bedeuten in Richtung Brust gezogene Kniee. Die Person wirkt insgesamt aufgewühlt. (Kontrakturen sind auszuschließen)
- Sich entziehen, wegstoßen
Personen wehren Annäherung oder Fürsorge ab. Sie versuchen, der Annäherung zu entkommen, sich zu entwinden oder zu entreißen bis dahin, dass sie andere wegstoßen.
- Schlagen
Unter „Schlagen“ werden alle Formen der körperlichen Auseinandersetzung verstanden: u.a. schlagen, hauen, treten, zupacken, beißen.

5. TROST

- Trösten nicht notwendig
Die Person scheint sich wohl zu fühlen und zufrieden zu sein.
- Ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich
Ein auffälliges Verhalten kann unterbrochen werden, indem die Person angesprochen oder berührt wird. Die Unterbrechung des auffälligen Verhaltens dauert über die gesamte Phase der Zuwendung an. Die Person wirkt dabei sorglos.
- Trösten, ablenken oder berühren nicht möglich
Die Person kann nicht beruhigt werden. Das auffällige Verhalten kann durch Ansprache oder Berührung nicht unterbrochen werden. Es ist jedoch möglich, dass das auffällige Verhalten durch Ansprache oder Berührung abgeschwächt wird. Das auffällige Verhalten ist zumindest zeitweise auch während der Zuwendung noch zu erkennen.

Forts. A 3.1.a Anleitung zu BESD zur Beurteilung von Schmerzen bei Menschen mit Demenz



Mimische Schmerzreaktion „grimassieren“

- Kontraktion der Augenbrauen (AU4)
- Kontraktion der Muskelgruppen um die Augen herum (AU6/7)
- Levatorkontraktion/Rümpfen der Nase (AU9/10)
- schließen der Augen für mindestens 1/2 Sekunde (AU 43)

A 3.2 CPOT zur Schmerzerfassung bei Menschen mit Einschränkungen der Kognition und/oder Kommunikation auf Intensivstationen

Critical Care Pain Observation Tool (CPOT)

Deutsche Version CPOT (engl. und franz. Gélinas, 2006) finale Version MedInt und OIB 09.02.2015 (ChE/BAU)

Indikator	Bewertung	Beschreibung
Gesichtsausdruck	Entspannt, neutral	0 Keine Muskelanspannung beobachtbar
	Angespannt	1 Runzelt Stirn, zieht Augenbrauen zusammen, kneift Augen etwas zu, verzieht Gesicht oder zeigt weitere Veränderungen des Gesichtsausdruckes (z.B. öffnet Augen, Tränenfluss während schmerzhaften Prozeduren)
	Verziehen des Gesichtes	2 Zeigt alle oben genannten Veränderungen des Gesichtsausdruckes und zusätzlich festes Zusammenkneifen der Augen (eventuell öffnet Pat. dabei den Mund oder beißt auf den Tubus)
Körperbewegungen	Keine Bewegungen, keine auffällige Körperhaltung beobachtbar	0 Bewegt sich überhaupt nicht (bedeutet nicht unbedingt Schmerzfreiheit) oder hat eine normale Körperhaltung (keine Bewegungen hin zur schmerzhaften Körperstelle oder um eine Schonhaltung einzunehmen)
	Schutzverhalten, Schonhaltung	1 Zeigt langsame vorsichtige Bewegungen, berührt, reibt schmerzende Stelle, erweckt Aufmerksamkeit durch Bewegungen
	Unruhig, agitiert	2 Zieht an Schläuchen, versucht aufzusitzen, bewegt Extremitäten, wälzt sich herum, befolgt keine Aufforderungen, wehrt sich gegen das Personal, versucht, aus dem Bett zu steigen
Adaptation an die Beatmung (intubierte Pat.)	Toleriert Beatmung auch während Positionswechsel	0 Keine Alarme, Beatmung problemlos
	Hustet, toleriert aber Beatmung	1 Hustet, Alarme möglich, sie stoppen aber spontan
	Kämpft gegen die Beatmung	2 Asynchrone Beatmung: Presst gegen die Beatmung, häufige Alarme
Lautäusserungen (nichtintubierte Pat.)	Normaler Tonfall oder keine Äusserung	0 Spricht in normalem Tonfall oder ist still
	Seufzen, Stöhnen	1 Seufzt, stöhnt
	Schreien, Weinen, Schluchzen	2 Schreit, weint, schluchzt
Muskelspannung (Beurteilung durch passives Beugen und Strecken der oberen Extremität während Ruhephase oder bei Positionswechsel)	Entspannt	0 Zeigt keinen Widerstand bei passiver Bewegung
	Angespannt, steif	1 Zeigt Widerstand bei passiver Bewegung
	Sehr angespannt, starr	2 Zeigt starken Widerstand gegen passive Bewegung oder passive Bewegung ist nicht durchführbar

Bewertung des CPOT: 0 = vermutlich keine Schmerzen, 8= vermutlich starke Schmerzen

(Falls ein Parameter nicht beurteilbar: Bewertung mit 0 und entsprechende Berücksichtigung im Summenscore.)

A 3.2 a Anleitung für CPOT

Anleitung zur Anwendung von CPOT (Gélinas 2006) Emsden C./Barandun Schäfer U. (2015)

Schritt 1: Erfassung des CPOT-Ausgangswertes

Der Patient wird für eine Minute in Ruhe beobachtet, um einen Ausgangswert zu erhalten.

Danach wird die Muskelspannung durch passives Beugen und Strecken der oberen Extremität beurteilt.

Vorgehen: Die Pflegefachperson schaut in das Gesicht und auf den Körper des Patienten und achtet während einer Minute auf sichtbare Bewegungen.

Sie gibt für alle Indikatoren (ausser Muskelspannung) einen Punktwert.

Am Ende der einminütigen Beobachtungsphase nimmt die Pflegefachperson einen Arm des Patienten in ihre beiden Hände – mit einer Hand hält sie den Ellenbogen des Patienten, mit der anderen die Hand. Dann bewegt sie den Arm des Patienten passiv, indem sie den Arm zunächst beugt und dann streckt. Dabei achtet sie auf einen allfälligen Widerstand.

Ist die passive Bewegung einfach und ohne Widerstand durchzuführen, gilt der Patient als entspannt (Bewertung 0). Ist die Bewegung mit mehr Kraftaufwand durchzuführen, ist daraus zu schliessen, dass der Patient Widerstand zeigt (Bewertung 1).

Falls die Pflegenden die Bewegung nicht vollständig ausführen kann, gilt das als starker Widerstand (Bewertung 2).

Schritt 2: Erfassung des CPOT bei Positionswechsel

Anschliessend wird der Patient während einer potentiell schmerzhaften Prozedur (z.B. Positionswechsel) beobachtet, um allfällige Veränderungen in seinem Verhalten bei Schmerz zu entdecken.

Vorgehen: Auch während dem Positionswechsel kann die Pflegefachperson den Schmerz des Patienten erfassen.

Während sie den Patienten zur Seite dreht, achtet sie auf Reaktionen wie Stirnrunzeln oder Verziehen des Gesichtes. Diese Reaktionen können von kurzer oder längerer Dauer sein.

Die Pflegefachperson achtet auch auf Körperbewegungen. Beispielsweise achtet sie auf Schutzverhalten wie Bewegungen in Richtung einer schmerzhaften Körperstelle (z.B. Wundgebiet nach einer Operation oder einem Unfall), resp. deren Berührung.

Bei einem intubierten Patienten achtet sie auf Alarme und darauf, ob sie selbstlimitierend sind oder einer Intervention (z.B. Beruhigung, Sedation) bedürfen.

Bei nichtintubierten Patienten werden stattdessen die Lautäusserungen des Patienten erfasst.

Wie bei der Muskelspannung kann die Pflegefachperson allfälligen Widerstand gegen die Bewegung spüren.

Bewertung 2 ist gegeben, wenn der Patient Widerstand zeigt und versucht, sich in die Rückenlage zurück zu drehen.

Allgemeines:

- Die Indikatoren „Adaptation an Beatmung“ und „Lautäusserungen“ werden nie gemeinsam erhoben.
- Für die Bewertung des CPOT wird zu jedem Indikator der höchste Punktwert vergeben, der während einer Erhebung beobachtet worden ist.
- Jeder Indikator des CPOT muss erfasst werden. Vor allem bei der Erhebung des Schmerzes in Ruhe ist es wichtig, dass die Muskelspannung als letzter Indikator erhoben wird, denn schon die Stimulation der Berührung (beim passiven Beugen und Strecken eines Armes) kann zu Veränderungen im Verhalten führen.
- Bei tracheotomierten Patienten am Trachvent kann die Erhebung des CPOT nur gemacht werden, wenn der Patient intermittierend am Respirator angeschlossen ist (Indikator „Adaptation an Beatmung“) oder wenn der Patient eine Sprechkanüle hat (Indikator „Lautäusserungen“). Ansonsten ist das CPOT nicht vollständig erhebbar.
- Falls bei einem Patienten Hinweise auf Schmerzen vorhanden sind, soll je eine Erhebung vor Verabreichung eines Analgetikums sowie während dessen maximaler Wirkung gemacht werden, um einzuschätzen, ob die Schmerztherapie wirkt oder nicht.
- Am aussagekräftigsten bezüglich Schmerz ist der Indikator Gesichtsausdruck, an zweiter Stelle folgt die Muskelspannung, an dritter Stelle die Körperbewegungen, am wenigsten aussagekräftig ist die Adaptation an die Beatmung bzw. Lautäusserungen.
- Kontraindikationen/Limitationen zur Erfassung des CPOT: Muskelrelaxation, Spastische/Plegische Extremität, Critical Illness Polyneuropathie, Hyperaktives Delir

Quellenangaben:

Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K. A., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of the Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. *American Journal of Critical Care*, 15 (4), 420-427 [supplemental material: CPOT- descriptions and directives to use, French and english versions].

A 3.3 a **Anleitung zu Zürich Observation Pain Assessment (ZOPA)**

ZOPA® Leitfaden Schmerzprotokoll

Ziel

Die Schmerzeinschätzung dient als Grundlage für ein individuelles, optimales Schmerzmanagement.

Bei allen Patienten, die Schmerzen haben, wird der Schmerz mittels eines Assessments eingeschätzt und im Schmerzprotokoll festgehalten.

Bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen wird der Schmerz mittels dem spezifischen Assessment «ZOPA®» eingeschätzt.

Einschätzung

Der Patient wird während des ganzen Pflegeprozesses (vom Eintritt bis zum Austritt) nach Schmerzproblemen befragt und dementsprechend wird eine Pflegediagnose/Interventionen formuliert.

Zur Schmerzeinschätzung wird die NRS/VRS oder bei Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung das ZOPA® benutzt.

Zur Einschätzung, ob eine kognitive Beeinträchtigung des Patienten vorliegt, werden folgende Schlüsselkriterien geklärt:

- **Sprachvermögen und Sprachverständnis**
Dazu den Patienten auffordern, den *niedergeschriebenen* Satz:
«Schließen Sie die Augen» zu lesen und der Aufforderung nachzukommen.
- **Desorientierung**
 - zeitlich/örtlich, z. B. Frage nach dem jetzigen Aufenthaltsort oder nach der aktuellen Saison
 - situativ/bezüglich Personen, Situationen oder Ereignissen, z. B.: Wissen Sie, warum Sie hier sind? Wissen Sie, wer ich bin?
 - zur Person, z. B. Frage nach dem Zivilstand, Frage nach aktuellem Alter (nicht dem Geburtsdatum oder Jahrgang)
- **Kurzzeitgedächtnis**
Drei vertraute Gegenstände, z. B. Apfel, Lampe, Tisch werden benannt. Die Benennungen/Worte werden vorgesprochen, die Patientin/Patient repetiert die Worte. Nach einer Ablenkung, durch z. B. Gespräch, nach etwa drei Minuten erneutes Abfragen dieser drei zuvor benannten Worte. Patient/Patientin soll wieder repetieren ohne eine nochmalige Wiederholung.
- **Bewusstseinsveränderungen**
Bei Benommenheit, Somnolenz, Sopor, Koma wird der GCS ausgefüllt

Trifft eines (oder mehrere) dieser Kriterien zu, dann ist eine Entscheidung zu treffen, ob der Einsatz des ZOPA® angezeigt ist.

Vorgehen

Bei Patienten mit Schmerzangaben oder beobachteten Verhaltensmerkmalen, die auf Schmerz hinweisen, wird nach max. 24 Stunden ein Schmerzprotokoll geführt.

Beim Ausfüllen eines Schmerzprotokolls ist zu beachten:

- Den Patient (wenn möglich) über den Sinn und Zweck der Schmerzerfassung mittels Instrument aufklären.
- Wenn möglich wird der Patient instruiert, wie die Einschätzung des Schmerzes mittels dem Assessmentinstrument/Skala erfolgt.
- Die Schmerzeinschätzung mittels der Schmerzskala NRS und/oder Verhaltensmerkmale (ZOPA[®]) wird mindestens 72 Stunden mit dem Schmerzprotokoll geführt.
- Mindestens alle 24 Stunden findet eine Auswertung bezüglich des Verlaufs des Schmerzes/Verhaltensmerkmale (siehe Dokumentation) mit den Ärzten und dem Pflegepersonal statt.
- Bei einer Schmerzintensität von mehr als 3 analog der Numerischen Rangskala (NRS) oder anhaltende Beobachtungen der Verhaltensmerkmale (ZOPA[®]) erfolgt eine Anpassung der 24-Stunden-Basismedikation und der Reservemedikation.
- Mindestens einmal pro Schicht findet eine Schmerzeinschätzung/Beobachtung Verhaltensmerkmale mit dem Patienten statt.
- Spätestens 30 Minuten nach der Gabe von Schmerzmedikamenten erfolgt eine erneute Schmerzeinschätzung/Beobachtung der Verhaltensmerkmale, welche im Schmerzprotokoll dokumentiert wird.

Dokumentation

- Situation der Erfassung: Hier wird die Tätigkeit während den Schmerzen festgehalten, z. B. Lagerung, Transfer etc.
- Medikamentenname mit Dosisangabe,
- Andere schmerzlindernde Maßnahmen, wie z. B. Coldpack, Moorpackung, ASE etc.
- Die beobachteten Verhaltensmerkmale werden zum jeweiligen Zeitpunkt im Protokollblatt dokumentiert.
- Das NRS-Schmerzprotokoll wird vom Patienten ausgefüllt und im Kardex aufbewahrt.
- In der Rubrik Bemerkungen können Außerordentlichkeiten beschrieben werden.

Quellen

Folstein et al. «Mini-mental state»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975; 12: 189–198.

GCS von Teasdale und Jennett, 1974, Glasgow Schottland.

DNQP – Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Fachhochschule Osnabrück, 2005.

Handel et al., 2007, © 2009, ZEFP/USZ

**A 3.4 Algoplus für die Erfassung von akuten Schmerzen bei Menschen mit Demenz
(deutschsprachige Version NFS USB)**

Anleitung

Fremdbeobachtung zur Schmerzeinschätzung Ab zwei positiven Beobachtungen aus unterschiedlichen Gruppen, sollte von Schmerzen ausgegangen werden
Gesichtsausdruck: Stirnrunzeln, grimassierend, Zähne zusammenbeissend, angespannt, ausdruckslos
Blick: unaufmerksam, leerer Blick, distanziert oder flehend, Tränen in den Augen, geschlossene Augen
Lautäusserungen: „aua“, „das macht weh“, stöhnen, schreien
Körpersprache: entziehen oder Schutz eines Körperteils, starre Körperhaltung, Abwehr bei Bewegung
Untypisches Verhalten: Agitation, aggressives Verhalten, sich an etwas klammern, nach jemandem greifen

Skala

Bewerte jeweils aus derselben Gruppe ob vorhanden oder nicht vorhanden	Ja	Nein
Gesichtsausdruck: Stirnrunzeln, grimassierend, Zähne zusammenbeissend, angespannt, ausdruckslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blick: unaufmerksam, leerer Blick, distanziert oder flehend, Tränen in den Augen, geschlossene Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lautäusserungen: „aua“, „das macht weh“, stöhnen, schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpersprache: entziehen oder Schutz eines Körperteils, starre Körperhaltung, Abwehr bei Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untypisches Verhalten: Agitation, aggressives Verhalten, sich an etwas klammern, nach jemandem greifen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl Ja	<input type="checkbox"/>	/ 5

Adaptiert und übersetzt aus Algoplus® (Rat et al., 2011) für die Notfallstation Universitätsspital Basel durch T. Dreher-Hummel (2015)

Anhang B Massnahmen

Anhang B1 Übersicht über nicht-pharmakologische Interventionen

Meistens geht es nicht darum, dass nicht-pharmakologische Massnahmen die medikamentöse Behandlung ersetzen, sondern sie ergänzen. Eine breite Palette an Massnahmen steht zur Verfügung. Ihre positive Wirkung erklärt sich durch eine Kombination aus körperlicher Entspannung (reduzierte Muskelanspannung), erlebter Fürsorge (emotionale Entspannung) und psychokognitiven Mechanismen („Placeboeffekt“ durch innere Erwartung an die positive Wirkung, siehe Konzept Schmerzmanagement [Abschnitt 2.5](#)).

Das Angebot an die Patientin richtet sich nach Ursache und Art der Schmerzen sowie nach ihren Vorlieben (z.B. mag sie generell Körperkontakt oder nicht). Oft lohnt es sich, verschiedene vorzuschlagen und auszuprobieren, bis klar wird, was am besten passt und hilft.

Als wichtige Partner des Behandlungsteams bei einigen dieser Massnahmen sind die Therapiedienste, welche in Absprache mit dem ärztlichen Dienst beigezogen werden sollen.

Die ausgewählten Massnahmen werden in den Pflegeplan aufgenommen.

Die wichtigsten nicht-pharmakologischen Massnahmen, deren schmerzlindernde Wirkung recht gut bis sehr gut belegt ist (DNQP, 2011) und die im USB zur Verfügung stehen¹, sind:

Musik: Als besonders wirksam gilt leise Instrumentalmusik in möglichst gleichbleibendem Rhythmus und in langsamem Takt (nicht schneller als die Herzfrequenz).

Geführte positive Imagination: Die Pflegefachperson leitet den Patienten langsam und in ruhigen Worten dazu an, eine bequeme Körperposition einzunehmen, die Augen zu schliessen und sich eine positive Erinnerung als Bild vor die inneren Augen zu führen. Sie lädt ihn während 3-4 Minuten dazu ein, genauer hinzuschauen, zu hören und zu riechen. Oft unterstützt das die Entspannung und lenkt von Schmerz, Stress und Angst (vor Schmerz) ab.

Wärme: Bei schmerzhaften Muskelverspannungen und Rückenschmerzen, über die Patienten oft klagen, hilft oft eine Wärmeapplikation. Aus hygienischen Gründen ist im Akutspital trockener Wärme (Hotpack) vor feuchter Wärme (feuchtwarme Wickel) den Vorzug zu geben. Vorsicht bei Wahrnehmungsstörungen: Gefahr von Verbrennungen.

Kälte: Nach Trauma sowie bei entzündlichen Prozessen wirkt Kälte (Coldpack, Crush-Eis) meist schmerzlindernd. Wichtig ist, dass die Haut geschützt wird und dass die Anwendung nach ca. 20 Minuten unterbrochen werden soll, um die Durchblutung nicht zu gefährden.

Ruhe, Ruhigstellung: Bei Verletzungen und Operationswunden an Extremitäten hilft Ruhigstellung der betroffenen Gliedmasse meist sehr gut gegen Schmerzen. Je besser die Ruhigstellung (z.B. durch Schiene), desto weniger Schmerzen und desto geringer die Einschränkung der restlichen Mobilität des/der Betroffenen. Da Ruhigstellung auch schaden kann (Kontrakturen, Muskelabbau, Druckstelle, Nervenschädigung) gilt es, die Indikation gut zu prüfen, die Ruhigstellung fachgerecht anzupassen sowie regelmässig zu beobachten.

Weitere Empfehlungen aufgrund klinischer Erfahrung (nachgewiesene Evidenz mässig):

Spezielle Positionen: Viele Patienten wissen oder spüren intuitiv, welche Position Linderung verspricht, schaffen es aber nicht aus eigener Kraft, die Position zu wechseln. Gegebenenfalls sollen die Pflegenden eine Position vorschlagen, z.B. Seitenlage oder angewinkelte Knie bei Bauchschmerzen, zur Reduktion der Spannung im Abdomen.

Bewegung/Positionswechsel: Insbesondere Schmerzen durch Gelenksarthrose und oder unspezifische Rückenschmerzen werden meistens durch Bewegung besser; bei Arthrose empfiehlt sich regelmässiges Bewegen, bei Rückenschmerzen häufiger Positionswechsel.

¹ Für folgende Massnahmen finden sich zwar gute Belege für die schmerzreduzierende Wirkung, sie stehen aktuell im USB jedoch nicht, respektive nicht allen Patienten zur Verfügung: Hypnose, transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) und Akupunktur.

Anleiten zu Entspannungstechniken: Manche Patientinnen reagieren sehr gut auf Anleitung zur Entspannung durch bewussten Spannungsabbau (z.B. forcierte Ausatmung oder progressive Muskelrelaxation nach Jacobson). Manche haben früher schon einmal eine solche Entspannungstechnik gelernt und es reicht, sie daran zu erinnern.

Ablenkung: Vielen Menschen hilft bei Schmerzen oder anderen Symptomen, sich abzulenken, respektive sich ablenken zu lassen. Vermutlich weil die Aufmerksamkeit dadurch auf etwas anderes gelenkt wird. Zur Ablenkung können die Lektüre eines Buches, „Small-Talk“ oder Fernsehen dienen. Es ist sinnvoll, Patienten mit Schmerzen Ablenkung *explizit* vorzuschlagen oder zu empfehlen. Implizite Vorschläge zur Ablenkung sind unter Umständen kontraproduktiv, wenn sich die Patienten nicht ernst genommen fühlen.

Berührung/Massage: Die meisten Menschen berühren eine schmerzende Körperstelle von sich aus mehr als andere. Vielleicht, um die Rezeptoren durch eine angenehme Wahrnehmung vom unangenehmen Schmerz abzulenken. Viele Patientinnen mögen es sehr, wenn Pflegende sie z.B. bei Rücken-, Nacken, Kopf- oder Beineschmerzen massieren. Die Merkmale von berührenden Bewegungen zur Entspannung (z.B. atemstimulierende Einreibung ASE) sind: mit warmen Händen, langsam, grossflächig und im gleichen Rhythmus bleibend.

Anhang B2 Anleitung zur Entspannung

Methoden zur Entspannung bei Angst / Furcht / Schmerz / Atemnot von PatientInnen

Allgemeine Entspannungsübung

- Lassen Sie den Unterkiefer langsam nach unten gleiten, so als ob Sie leicht zu gähnen beginnen würden.
- Halten Sie Ihre Zunge ruhig auf dem Mundboden.
- Lassen Sie Ihre Lippen weich werden.
- Atmen Sie langsam und rhythmisch mit folgendem Muster: einatmen – ausatmen – Pause.
- Bilden Sie keine Wörter – denken Sie nicht einmal daran.

In Anlehnung an Good M, 1995

Rhythmisches Atmen

- Atmen Sie langsam und tief.
- Während Sie langsam atmen, lassen Sie es zu, die Entspannung zu spüren und fühlen Sie, dass die Anspannung Ihren Körper verlässt.
- Nun atmen Sie langsam und regelmässig in einem für Sie angenehmen Rhythmus ein und aus.
- Damit die Aufmerksamkeit bei der Atmung bleibt, sagen Sie sich selbst in Gedanken:
 - bei der *Einatmung*: Ein, zwei, drei.
 - Bei der *Ausatmung*: Aus, zwei, drei.
- Beenden Sie die Übung mit einem langsamen, tiefen Atemzug. Stellen Sie sich vor, dass Sie sich an einem schönen Ort befinden, z.B. an einem warmen Sommertag im Gras oder am Strand.

In Anlehnung an Good M, 1995 und Osterbrink J et.al. 2000

Progressive Muskelentspannung

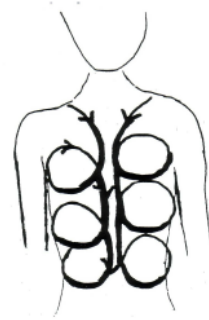
- Bequeme Haltung einnehmen (sitzen oder liegen) und sich einen schönen Ort vorstellen (z.B. an einem Strand, einem sanften Regen lauschend).
- Die im folgenden genannten Muskelgruppen sollen jeweils 5 Sekunden leicht (nicht maximal) angespannt und darauf 10 – 15 Sekunden lang entspannt werden.
- Bei der Entspannung soll bewusst wahrgenommen werden, wie sich diese im Gegensatz zur Anspannung anfühlt.
- Zehen – Füsse – Wade – Oberschenkel – Gesäss – unterer Rückenbereich – Hände (Faust) – Unterarm – Oberarm – Schultern – Hals – Gesicht (Grimasse).
- Nach der Entspannung des Gesichts 15 Minuten ruhig bleiben (oder so lange wie es möglich ist) und sich dabei auf Frieden, Ruhe und die Atmung konzentrieren.

In Anlehnung an Kim et. al. 1999

Forts. Anhang B2 Anleitung zur Entspannung

Atemstimulierende Einreibung

- Haltung des Patienten sitzend, auf Bauch oder ausgeprägt auf Seite liegend, so dass viel Rückenfläche zugänglich ist.
- Beide Hände (nicht kalt) flach auf die Schulter legen und ein paar langsame Ausstreichungen in Richtung Gesäss machen.
- Beide Hände durch kreisende Bewegungen (atemsynchron zur einreibenden Person) auf beiden Seiten der Wirbelsäule von den Schultern bis zum unteren Rücken massieren.
- Die Hände nacheinander zur Schulter zurückführen (Kontakt aufrecht erhalten).
- Abschluss nach ca. 5 Minuten durch einige Abstriche wie am Anfang.
- Einreibung kann auch über das Nachthemd oder einen dünnen Pullover erfolgen.



In Anlehnung an die Anleitung zur ASE, Bienstein C et.al. 2003

Beruhigende Ganzkörperwaschung

- Wassertemperatur 37 – 40 °C
- Waschlappen auswringen
- In Haarwuchsrichtung waschend am Brustkorb beginnen, dann Arme, Beine
- Gesicht aussparen
- Mehrmaliges Waschen eines Körperteils unterstreicht den Effekt
- Evtl. mit einem warmen Fussbad verbinden
- abtrocknen und falls gewünscht eincremen in Haarwuchsrichtung.

Assmann C, 1996

Musik

Falls der/die PatientIn, gerne Musik hört, können evtl. Angehörige / Freunde Musik von zu Hause mitbringen, von welcher der Patient, die Patientin eine entspannende Wirkung erwartet.

Good M, 1995

Hinweise zum Berühren allgemein:

- langsam, ohne Hektik
- von oben nach unten (mit den Körperhaaren)
- „fest“ und grossflächig
- an öffentlicher Zone (nicht an intimer resp. kitzliger Stelle)
- Berührung haltend (nicht unterbrochen)

Kursunterlagen Interventionen bei Angst von PatientInnen, U. Barandun Schäfer

Dieses Skript wurde uns freundlicher Weise von Ernst Näf, Kantospital Olten zur Verfügung gestellt.

Anhang B3 Selbständige Einnahme von Morphintropfen im Bedarfsfall

Zielsetzung der selbständigen Einnahme von Schmerzmedikamenten

Können Betroffene bei Bedarf selbständig bereitgestellte Medikamente einnehmen, verkürzt sich die Zeit bis zur Einnahme und damit bis zum Eintritt der Wirkung in doppelter Weise:

- a) fällt die Entscheidung leichter und schneller (sie müssen niemanden behelligen) und
- b) müssen sie nicht warten, bis eine Pflegende auf das Klingeln reagiert, in der schriftlichen Verordnung nachschaut und das Medikament für die Einnahme zu ihnen bringt.

Oft ist die Schmerztherapie bei Spitalaustritt nicht zu Ende. Die selbständige Einnahme bereitgestellter Schmerzmedikamente ermöglicht es den Betroffenen, sich im Selbstmanagement zu üben.

Voraussetzungen

Vor der Bereitstellung von Schmerzmitteln zur selbständigen Einnahme muss die zuständige Pflegefachperson – bei Unsicherheit in Absprache mit dem ärztlichen Dienst – überprüfen, ob die folgenden Voraussetzungen gegeben sind:

Die Patientin, der Patient

- ist kognitiv, körperlich und manuell in der Lage zur selbständigen Einnahme
- hat verstanden, wann und warum sie, er die Tropfen nehmen soll - Verständnis muss überprüft werden
- ist angeleitet, sich nach der Einnahme zwecks Dokumentation zu melden

Die bereit gestellten Morphintropfen

- gelangen nicht in die Hände von Kindern oder Mitpatientinnen, -patienten
- werden verdünnt mit 3-5 ml Wasser
- werden in einem Behältnis mit Deckel mit Initialen des Patientennamens, Zimmer, Arzneimittelbezeichnung, Dosis sowie Datum und Uhrzeit der Abfüllung bereitgestellt
- die nicht eingenommen werden, werden 24 Stunden nach der Abfüllung entsorgt.

Vorgehen

- Medikamentenverordnung durch Arzt/Ärztin. Post-operativ durch Anästhesisten/Anästhesistin (auf Verordnungsblatt Departement Anästhesie).
- Übliche Maximaldosis Morphin Tropfen 2%: 0,2 mg pro kg Körpergewicht (KG) pro Stunde. Beispiel: Patient mit 80 kg Körpergewicht: Maximaldosis: 16 mg pro Stunde.
- Pflegende überträgt Verordnung in die Patientendokumentation (Reservemedikation)
- Pflegende legt – falls nicht schon vorhanden – ein Überwachungsblatt an.
- Pflegende beurteilt beim Patienten/der Patientin:
 - o Bewusstsein: wach genug (mindestens durch Ansprache weckbar)?
 - o Kognitive und sprachliche Kompetenz: kann Anleitung verstehen, wiederholen und umsetzen
 - o Fähigkeit, die im Medikamentenbecher bereit gestellte Medikamentendosis zu erreichen, um die Tropfen einzunehmen
 - o Schluckstörung ausschliessen
- Pflegende erklärt dem Patienten/der Patientin
 - o die Bedeutung einer guten (post-operativen) Analgesie
 - o die Logik der bereit gestellten Morphintropfen zur selbständigen Einnahme.
 - o dass er/sie die Tropfen bei Bedarf einnehmen soll
 - o dass und warum er/sie nach der Einnahme bitte klingeln soll (Dokumentation)
- Die Pflegende überprüft
 - o bei Dienstantritt, ob Morphintropfen, die bereit stehen sollten, bereit stehen.

- Ist dies nicht der Fall, befragt sie die Patientin/den Patienten nach dem Zeitpunkt der Einnahme und der Wirkung.
- Ist dies der Fall vergewissert sie sich, ob der Patient/die Patientin weiss was bei Schmerzen zu tun ist.
- ob die Morphintropfen in Reichweite des Patienten/der Patientin stehen.
- wie lange die Morphintropfen schon dort bereit stehen. Bei mehr als 24 Stunden verwirft sie diese und ersetzt sie bei Annahme auf weiteren Bedarf durch eine neue Dosis. Oft benötigen Patientinnen, die während der letzten 24 Stunden keine Schmerzreserve mehr eingenommen haben, keine weitere Reserve mehr. Deshalb bespricht die Pflegende mit dem Patienten/der Patientin, ob sie eine weitere Dosis-bereitstellen soll.

Dokumentation

Bei Entnahme aus Betäubungsmittel(BM)-Schrank: Dosis auf BM-Kontrollkarte austragen.

Bei Bereitstellen im Zimmer: Eintrag Überwachungsblatt: „Morphinreserve auf Nachttisch“.

Nach Einnahme: Eintrag der Dosis und der Einnahmezeit im Überwachungsblatt *und* ggf. ins Schmerzprotokoll. Nach zu erwartendem Wirkungseintritt: Wirkung (Score) und ggf. Nebenwirkung dokumentieren.

Bei Verwerfen der Dosis: Eintrag im Überwachungsblatt.

Material

- | | |
|--|-----------------------|
| - Rote Medikamenten-Becher mit Deckel | Magazinnummer 9116564 |
| - Etiketten Morphin Trinklsg. in Reserve | SAP-Nr. 9140847 |
| - Etiketten Oxycodon Trinklsg. in Reserve | SAP-Nr. 9140848 |
| - Etiketten Hydromorph.Trinklsg.in Reserve | SAP-Nr. 9140849 |

Rechtssicherheit

Die beschriebene Abgabe von Morphintropfen ist mit dem Rechtsdienst abgesprochen (Rechtsdienst USB, 2012).

Vergl. auch: Leitlinie zur Schmerztherapie bei chirurgischen Patienten (2012)

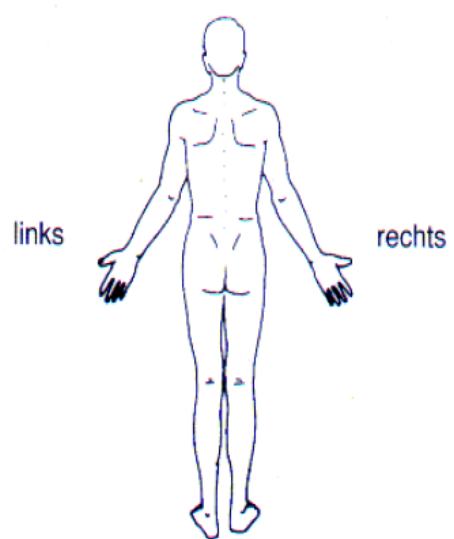
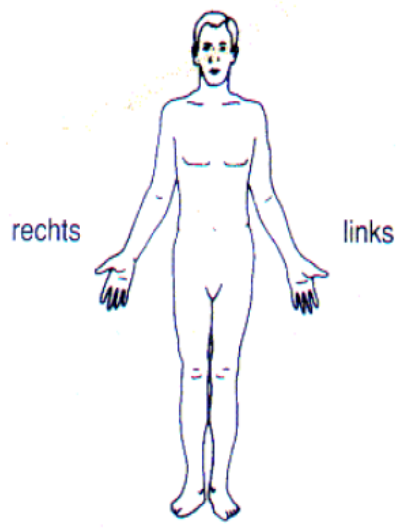
Anhang B4 Schmerzprotokoll

Blatt Nr.:

Printer Nr.:14

Datum															
Zeit															
Stärkste vorstellbare Schmerzen	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
Starker Schmerz	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Mässiger Schmerz	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Leichter Schmerz	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Kein Schmerz	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Basis-Medikation siehe Patientendokumentation															
Pflegerische unterstützende Massnahmen (Bsp. Cold Pack,...)															
Reserve-Medikation															
Nebenwirkungen															
Beeinträchtigung in der Aktivität	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉
Allgemeine Befindlichkeit	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉	☉☉☉

Universitätsspital
 Basel



Hier besteht die Möglichkeit die Schmerzlokalisierung einzutragen und bei mehreren Lokalisationen zu nummerieren.

Es können auch unterschiedliche Symbole für das Einzeichnen des Aktivitätsgrades verwendet werden

- X Sz unter Mobilität
- O Sz in Ruhe

Anhang B5 Kurzanleitung Mikroschulung zur Einnahme von Opioiden

Beachte auch [Anhang E](#) Merkblatt (für Patientinnen und Patienten)



Ressort Pflege/MTT
Abteilung Praxisentwicklung Pflege

Kurzanleitung Mikroschulung zur Einnahme von Opioiden

Hintergrund:

- Wenn eine Pflege- oder ärztliche Fachperson das „Merkblatt für die Einnahme von Opioiden gegen Schmerzen“ abgibt, führt sie dazu eine sogenannte „Mikroschulung“ durch.
- Schriftliches Informationsmaterial unterstützt mündliche Erläuterungen. Ein Merkblatt kann und soll die mündliche Information, Anleitung und Einübung von Handlung nicht ersetzen.
- Eine Mikroschulung zur Wissensvermittlung oder zum Einüben von Fertigkeiten und Verhalten dauert circa 15 Minuten. Bei Bedarf werden mehrere Mikroschulungseinheiten zum gleichen Thema angeboten.

Das Merkblatt wird abgegeben, wenn

- Patient/-in neu ein Opioid erhält, das nach der Spitalentlassung weiter eingenommen werden soll
- Patient/-in, die/der schon länger ein Opioid einnimmt, noch nie von einer Fachperson eingehend informiert wurde und/oder sich im Umgang damit unsicher fühlt

1. Schritt: Merkblatt Abgabe, Basiswissen vermitteln und Termin für Mikroschulung vereinbaren

Vorgehen: Die Fachperson ...

- trägt auf der Frontseite des Merkblattes die aktuelle Medikation ein
- bittet Patient/-in bei der Abgabe, das Merkblatt sorgfältig durchzulesen
- vereinbart einen Termin für die Besprechung - wenn möglich und von allen Beteiligten erwünscht im Beisein der Angehörigen
- erfragt das Wissen zur Medikamenteneinnahme und vergleicht die Angaben mit der Verordnung:
 - Dosierungsintervall
 - Passende Zeitpunkte gemäss Tagesablauf (z.B. 08.00 und 20.00 Uhr)
 - Einnahme der Reservemedikamente
- Dokumentation in Pflegeverlauf: Abgabe Merkblatt und geplanter Zeitpunkt der Mikroschulung

2. Schritt: Durchführung Mikroschulung

Vorgehen: Die Fachperson ...

- erkundigt sich nach Fragen, Bedenken und dem Wissensstand
z.B.: Welche Fragen und/oder Sorgen haben Sie? Welche Nebenwirkungen kennen Sie?
- setzt mit Patient/-in **Ziel/e**: Wissensgewinn **und/oder** Erlernen einer Fertigkeit
Beispiel: Patient/-in kennt die relevanten Nebenwirkungen und Anzeichen dafür

Ziel: Wissensgewinn, z.B. Patient/-in weiss, wann Reservemedikamente einzunehmen sind

Je nach Patientenbedürfnis werden ausgewählte Themenbereiche aus dem Merkblatt besprochen:

- Wissen erfragen
- Inhalte vermitteln
- Abschluss: Verständnis prüfen

Ziel: Fertigkeiten erlernen, z.B. Patient/-in richtet die Medikamente korrekt und nimmt sie richtig ein

- Wissen zu Handhabung erfragen
- Bei Patient/-in mit Erfahrung: Handlung zeigen lassen
- Bei Patient/-in ohne Erfahrung: Handlung mit ihm/ihr zusammen durchführen
- Bei Unsicherheit wiederholen, bis er/sie die Handlung korrekt und sicher durchführen kann

Vor Austritt bitte überprüfen!

- Patient/-in oder die Angehörigen haben das Rezept und den aktuellen Medikamentenplan
- Patient/-in oder die Angehörigen haben das Merkblatt „Opiode zuhause“ erhalten und verstanden
- Es ist vereinbart, wer zu Hause die Medikamente richten wird
- Abgabe des Merkblatts und Mikroschulung sind dokumentiert (auch wegen forensischem Aspekt)

Anhang C Materialien – Hilfsmittel – Formulare

Anhang C1 Materialien der Spitalpharmazie

Materialien der Spitalpharmazie zur Verabreichung von Schmerzmedikamenten finden sich:
Im Internet: [Themen von A bis Z](#) > S > Spitalpharmazie;
Im Internet: <http://www.spitalpharmazie-basel.ch>

Bezeichnung	Beschreibung	Pfad im Intranet
Arzneimittelliste Spitalpharmazie Basel	Alle Medikamente von USB, UKBB und UPK in allen verfügbaren Verabreichungsformen alphabetische Liste Beachte Hilfe zur Handhabung und Glossar	Themen von A bis Z > S > Spitalpharmazie > wichtige Informationen
Hilfe zur Handhabung	Hilfe zur Handhabung der Arzneimittelliste	Ebenda
Glossar der Arzneimittelliste	Glossar der Arzneimittelliste	Ebenda
Zermörserbarkeit / Verabreichungshinweise	Zermörserbarkeit und Verabreichungshinweise zu Tabletten und Dragées, insbesondere im Hinblick auf die Verabreichung per Sonde, alphabetische Liste. Beachte Glossar Abkürzungen Seite 5	Themen von A bis Z > S > Spitalpharmazie > wichtige Informationen > Dienstleistungen > wichtige Informationen zu Arzneimitteln >
Wirkeintritt von Analgetika	Wirkeintritt und Wirkungsdauer von Analgetika in verschiedenen Applikationsformen alphabetische Liste	Themen von A bis Z > S > Spitalpharmazie > wichtige Informationen > Dienstleistungen > wichtige Informationen zu Arzneimitteln
Aequivalenzdosen von Opioiden	Tabelle mit Angaben zur analgetischen Wirkung der im USB gebräuchlichen Opioiden. Sehr hilfreich für die Umstellung von einem Opiat auf ein anderes	Themen von A bis Z > S > Spitalpharmazie > wichtige Informationen > Dienstleistungen > wichtige Informationen zu Arzneimitteln > Aequivalenzdosen
Aequivalenzdosen von Opioiden Rechner	Rechner für die Berechnung der richtigen Dosis bei der Umstellung von einem Opioid auf ein anderes	Ebenda oder direkt: http://usb.x-service.ch/

Anhang C2 Formulare zum Schmerzmanagement mit Angabe zum Bezug

Bezeichnung	Ort	Artikel-Nummer
Schieber mit Numerischer Rating Skala (NRS), Visual-analog Skala (VAS) und Gesichterskala	Zentrallager	Alte Nr. 9014669 Neue Nr. folgt
Erfassungshilfe Wong Baker Faces in verschiedenen Fremdsprachen	http://wongbakerfaces.org/faces-download/	
Schmerzstagebücher Krebsliga	www.krebsliga.ch	
Rote Medikamenten-Becher (zur Bereitstellung von Reserve-Medikamenten)	Zentrallager	9124775
Deckel zum Medikamenten-Becher	Zentrallager	9116564
Etiketten Morphin Trinklsg. in Reserve	Spitalpharmazie	9140847
Etiketten Oxycodon Trinklsg. in Reserve	Spitalpharmazie	9140848
Etiketten Hydromorph. Trinklsg. in Reserve	Spitalpharmazie	9140849

Anhang D Kontaktstellen im USB rund um das Schmerzmanagement

Bezeichnung	Beschreibung des Angebotes	Kontakt via
Acute Pain Service (APS) Anästhesie	Konsiliarische Betreuung des Schmerzmanagements stationärer Patienten. Betreuung von Patienten mit verschiedenen Schmerzpumpen.	Mo-Fr, 08.00-17.00 Uhr: APS Dienstsucher: 8 65 80 Am Wochenende und nachts: Tel. Dienstsucher Anästhesie 8 66 00
Palliative Care Team	Konsiliarische Beratung zum Symptommanagement bei Patientinnen in palliativen Situationen inkl. Patienten am Lebensende	Mo-Fr Anmeldung via E-Konsilium oder Tel. USB intern: 5 39 12
Psychoonkologie	Angebot an alle onkologischen Patienten/-innen (unabhängig von Schmerzen)	Anmeldung via E-Konsilium Tel. Nr. Dienstarzt: 85338 Ausserhalb Bürozeiten: 65509
Abteilung für Psychosomatik	Konsiliarische Beratung zur Abklärung bei Schmerzen unklarer Aetiologie (somatoforme Schmerzstörungen) und zur Bewältigung schwer therapiebarer Schmerzen, u.a. bei Verdacht auf schwierige psychosoziale Begleitumstände	Anmeldung via E-Konsilium Tel. Nr. Dienstarzt: 65509
Abteilung für Spitalpharmazie	Auskünfte zu Medikamenten	Intranet USB: A bis Z > S > Spitalpharmazie Internet: http://www.spitalpharmazie-basel.ch Telefon USB intern 5 29 03

Anhang E Merkblatt (für Patientinnen und Patienten)



Merkblatt für die Einnahme von Opioiden gegen Schmerzen

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr

Ihre Ärztin/Ihr Arzt hat Ihnen ein Opioid-Präparat zur Schmerztherapie verschrieben. Dieses Merkblatt fasst die wichtigsten Informationen zusammen, die Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt oder die Pflegefachperson mündlich erläutert hat.

Opioide sind starke Schmerzmittel und können gegen Schmerzen gut helfen. Sie hemmen die Schmerzempfindung in Gehirn und Rückenmark sowie auch lokal. Andere Sinneswahrnehmungen wie Temperatur- und Tastsinn werden nicht beeinträchtigt. Eines der bekanntesten Opioide ist Morphin. Der menschliche Körper produziert selbst Morphin-ähnliche Stoffe, die Schmerzen lindern. Bei starken Schmerzen erschöpfen sich die körpereigenen Opioide. Oft wird ein **langwirksames Opioid (ein Retard Präparat) in festem Zeitplan** und dazu ein **kurzwirksames Opioid in Reserve** zur Einnahme bei zusätzlichem Bedarf verordnet.

Ihr langwirksames Opioid heisst:

Ihr Reserve-Opioid heisst:

Die Schmerztherapie mit diesen Medikamenten hat begonnen am:

Wichtiges zur Einnahme

- Nehmen Sie die langwirksamen Opioide nach dem verschriebenen **festen Zeitplan** ein, auch wenn die Schmerzen aktuell erträglich sind. Die regelmässige Einnahme beugt stärkeren Schmerzen vor. Tipp: Die Weckfunktion von Armbanduhr und Handys oder auch ein Zettel am Kühlschrank oder der Wohnungstüre können Sie darin unterstützen, die Einnahme nicht zu vergessen.
- Achten Sie darauf, Zuhause und auf Ausflügen immer einen **«eisernen Vorrat»** Ihrer Medikamente bei sich zu haben. Das gilt für die festverordneten und für allfällige Reserve-Opioide. So sind Sie für den Fall gewappnet, dass sie unerwartet aufgehalten werden. So haben Sie bei zusätzlichem Bedarf das Reserve-Opium zur Hand.
- Merken Sie, dass Sie die Einnahme einer **Dosis vergessen** haben, sollten Sie diese sofort einnehmen. Der Abstand zur nächsten Dosis soll mindestens sechs Stunden betragen.
- Bei **Erbrechen** oder anderen Gründen, die die Opium-Einnahme verhindern oder die Aufnahme behindern könnten, kontaktieren Sie bitte Ihre Ärztin/Ihren Arzt.
- Spüren Sie eine **Zunahme der Schmerzen**, sollten Sie nicht zögern, zusätzlich das kurzwirksame Reservemedikament einzunehmen. Frühes Reagieren beugt Schmerzspitzen vor.
- Informieren Sie **Personen Ihres Vertrauens** (in Familie und Freundeskreis, am Arbeitsplatz) über die Opium-Therapie. Tragen Sie die Information zur Opium-Therapie auf sich. Beides hilft in Notfallsituationen (z. B. unerwarteter Spitalertritt), die Schmerztherapie gut weiterzuführen.
- Opioide können Ihre **Fahrtüchtigkeit** einschränken. Sie sind verantwortlich dafür, nur unter folgenden Bedingungen Auto zu fahren:
 - a) stabile Opium-Dosis seit mindestens 2 Wochen
 - b) kein Alkohol oder andere Medikamente, die die Konzentration verändern könnten
 - c) keine Symptome wie Müdigkeit, Schwindel
 - d) Sie fühlen sich selber fahrtüchtig.
- Sammeln Sie **gebrauchte Opium-Pflaster** an einem sicheren Ort und bringen Sie sie in die Apotheke **zur fachgerechten Entsorgung**.
- Besprechen Sie **Reisepläne** ausserhalb der Schweiz frühzeitig mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt. Innerhalb der Schweiz können Sie sich mit ärztlich verordneten Opiumen frei bewegen. Das gilt auch für Länder, die das Schengener Abkommen unterzeichnet haben – allerdings beschränkt auf die für 30 Tage verordnete Menge Opioide. Bei Auslandsaufenthalten über 30 Tagen muss das Opium vor Ort verschrieben und bezogen werden. Lassen Sie sich eine ärztliche Bescheinigung geben. Sehr ernst zu nehmen sind die Vorschriften in Ländern ausserhalb des Schengener Abkommens. Oft braucht es eine Genehmigung der jeweiligen Botschaft. Gewisse Länder verbieten die Einfuhr medizinisch verordneter Opioide grundsätzlich. Mehr dazu unter: www.swissmedic.ch oder Tel. +41 31 324 91 88.

Wichtiges zu den Nebenwirkungen

Wie alle Medikamente haben Opioide Nebenwirkungen. Eine individuell angepasste Kombination mit anderen Schmerzmitteln hilft, die Opium-Dosis und damit auch Nebenwirkungen möglichst gering zu halten. Bei Bedarf erhalten Sie weitere **Medikamente**, um die Belastung durch Nebenwirkung zu reduzieren, ohne die Schmerzlinderung zu reduzieren.

Zu Beginn der Behandlung und bei Steigerung der Dosis können **Benommenheit, Schwindel** und **Müdigkeit** auftreten. Diese Nebenwirkungen verschwinden oft nach einigen Tagen.

In den ersten Tagen kann milde bis starke **Übelkeit** auftreten. Sollte das bei Ihnen der Fall sein, erhalten Sie ein Medikament, das Übelkeit und Brechreiz unterdrückt.

Sehr häufig führen Opioide zu **Verstopfung**. Deshalb verschreibt Ihnen Ihre Ärztin/Ihr Arzt von Beginn der Opium-Therapie an ein Abführmittel zur Unterstützung der Verdauung. Wir empfehlen Ihnen, zusätzlich dazu viel zu trinken – insbesondere Magnesiumreiches Mineralwasser. Körperliche Bewegung, eine ballaststoffreiche Ernährung, Feigensirup, Pflaumen oder Buttermilch regen die Darmtätigkeit an.

Gelegentlich tritt **Mundtrockenheit** auf. Häufiges Trinken, regelmässiges Mundspülen sowie Kaugummi oder Bonbons bessern Mundtrockenheit schnell.

Langdauernde Opium-Therapie kann diverse Auswirkungen auf Ihren Körper haben. So kann sie beispielsweise die sexuelle Lust und die Menstruation verändern. Weitere Folgen können Müdigkeit, Konzentrationsschwäche und Probleme beim Wasserlassen sein. Sprechen Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt darüber.

Spätestens nach drei Monaten muss eine **Kontrolle** der Wirksamkeit der Opium-Therapie durchgeführt werden. Bei nicht-tumorbedingten Schmerzen verlieren Opioide meist innerhalb weniger Wochen einen Grossteil ihrer Wirkung, die Nebenwirkungen halten oft jedoch länger an. Deshalb besteht bei nicht-tumorbedingten Schmerzen selten ein Grund, Opioide länger als drei Monate zu verabreichen. Ziel ist, die Opium-Therapie so rasch als möglich wieder auszuschleichen und abzusetzen. Fragen Sie dazu Ihrer Schmerztherapeutin/Ihren Schmerztherapeuten, Ihre Onkologin/Ihren Onkologen oder Ihre Hausärztin/Ihren Hausarzt.

Entzugserscheinungen können auftreten, wenn Opioide zu schnell reduziert oder abrupt abgesetzt werden. Deshalb wird Ihre Ärztin/Ihr Arzt Ihre Opium-Therapie gegebenenfalls langsam reduzieren. Trotz aller Vorsichtsmassnahmen kann es – wenn auch sehr selten – dazu kommen, dass Sie Zeichen eines beginnenden Entzugs spüren. Diese sind: Unruhe, eine laufende Nase, Bauchschmerzen, Grippesymptome. Rufen Sie bei solchen Zeichen bitte Ihre Ärztin/Ihren Arzt an.

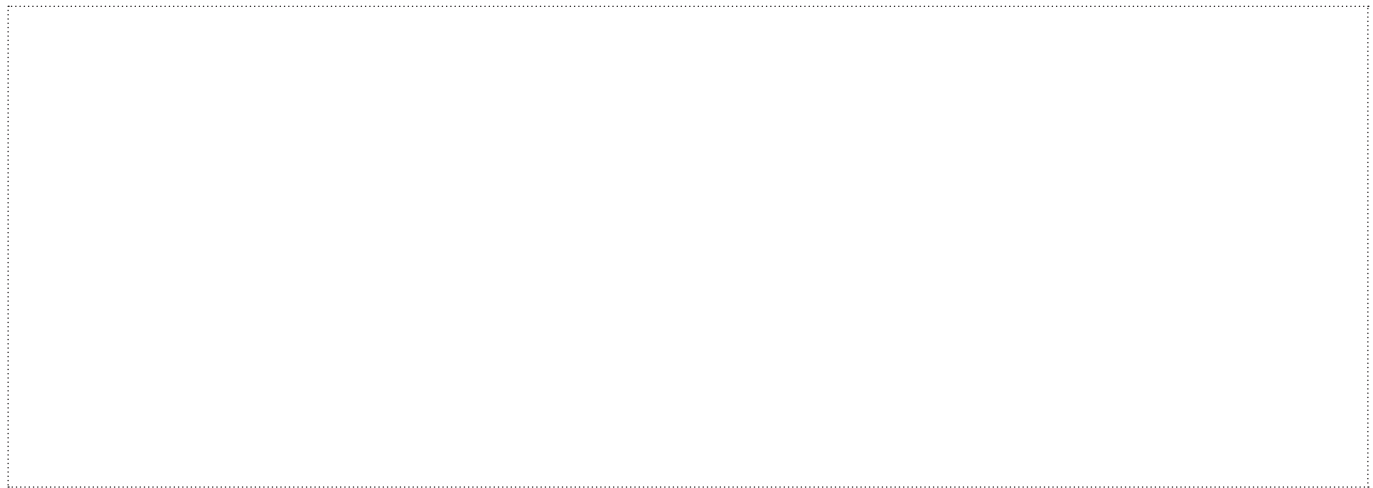
Sucht und medizinisch verordnete Opioide

Sie erhalten von uns das Opium zur Schmerztherapie in verschriebener Dosis und nach festgelegtem Zeitplan. **Sucht**, bzw. **psychische Abhängigkeit** entsteht, wenn Opioide ohne medizinischen Grund und ohne ärztliche Kontrolle unregelmässig oder in zu hohen Dosen eingenommen werden. Deshalb sind Sie als Patientin/Patient gefordert, sich genau an die Verschreibung Ihrer Ärztin/Ihres Arztes zu halten.

Für die Schmerzbehandlung und Ihren weiteren Weg wünschen wir Ihnen alles Gute.

Was tun bei Fragen?

Montag bis Freitag, 9 bis 18 Uhr: Kontaktaufnahme mit Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt.



Was tun in Notfallsituationen?

Montag bis Freitag, 9 bis 18 Uhr: Kontaktaufnahme mit Ihrer behandelnden Ärztin/Ihrem behandelnden Arzt.

Nachts (ab 18 Uhr) und am Wochenende:
Rufen Sie die **Medizinische Notfallzentrale** der Region Basel an,
Tel. +41 61 261 15 15

Universitätsspital Basel
Spitalstrasse 21 / Petersgraben 4
CH-4031 Basel

www.unispital-basel.ch