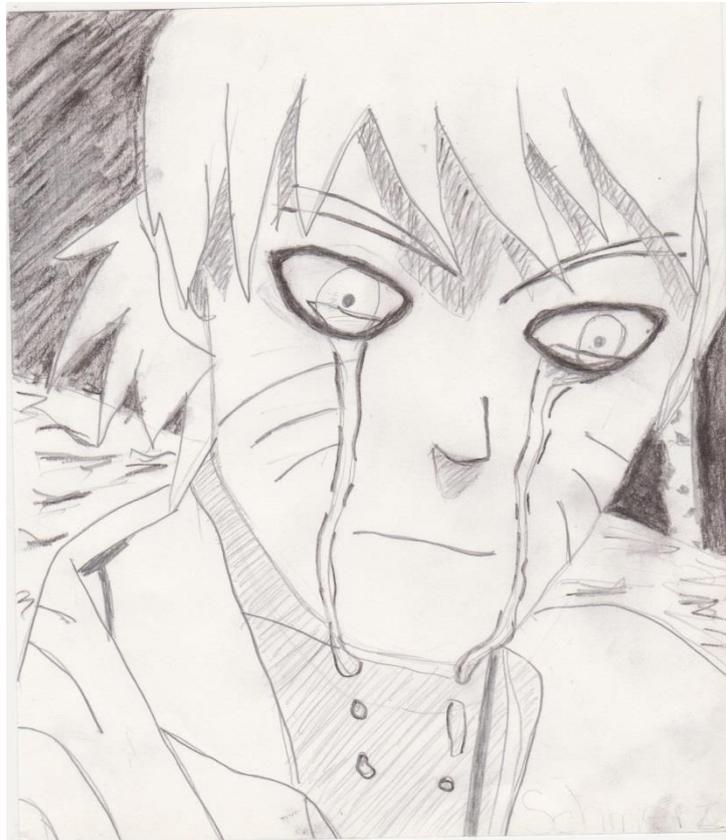


**Implementierung eines
standardisierten Schmerzprotokolls
beim Krankenpflegeverein Jagdberg**

oder

„Wie geht´s uns denn heute?“



Brigitte Trautz

Betreuerin: Anna Frick

Schmerzmanagementlehrgang 2015

Bildungshaus Batschuns

Übersaxen, am 24.08.2015

Vorwort

Für meine Abschlussarbeit für den Schmerzmanagementlehrgang war es mir wichtig etwas zu gestalten, dass auch in der Praxis anwendbar ist.

Ich habe mich sehr gerne mit der Thematik beschäftigt, weil sich dadurch eine Erleichterung für unser Team ergeben sollte.

An dieser Stelle möchte ich mich auch bei meinen Mitarbeiter herzlich für ihre Offenheit und Unterstützung bedanken, ohne euch würde das Projekt überhaupt keinen Sinn ergeben.

Dankeschön auch an den Vorstand des Krankpflegevereins Jagdberg, der es mir ermöglicht solche Fortbildungen zu besuchen, indem sie mich vom Dienst „freistellen“ und die Kosten des Lehrganges übernehmen.

Einen lieben Gruß an „meine“ Patienten die immer Verständnis für meine (verrückten) Ideen haben. Sie lassen sich für vieles begeistern und sind für alles offen. Sie interessieren sich auch für das Ergebnis der Arbeit und nehmen wie selbstverständlich daran Anteil.

Besonders bedanke ich mich bei meiner Familie, die auf mich verzichten konnte und trotzdem alles im Griff hatten. Ihr unterstützt mich bei all meinen Ideen und lasst mir den notwendigen Freiraum.

Vielen Dank an Anna Frick für ihre Fachbereichsbegleitung. Du warst für mein Thema immer offen und hast mit die nötigen „Gestaltungsfreiheiten“ gelassen, dich aber sehr unterstützend eingebracht.

Ein liebes Dankeschön meinem Patenkind Johanna Moll, sie hat das Bild für das Deckblatt selbst gezeichnet. Ich bin sehr stolz auf das Ergebnis!

Zum Schluss einen ganz großen und warmen Dank an alle Teilnehmer/innen des Schmerzmanagementlehrganges. Ich habe die Zeit mit euch sehr genossen und von euren Erfahrungen profitiert.

Es war mir eine große Freude euch kennengelernt zu haben und hoffe, dass sich unsere Wege wieder kreuzen! („I find mir waren a schöne Gruppe“ ;))

Ich bitte um Verständnis, dass personenbezogene Bezeichnungen jeweils in der männlichen und weiblichen Form gelten.

Übersaxen, am 24.08.2015

Brigitte Trautz

Inhaltsangabe:

1. Einleitung	Seite 1
2. Erhebung des Ist - Zustandes	Seite 2
3. Ausarbeitung des Schmerzprotokolls	Seite 3
3.1. Das Schmerzprotokoll	Seite 3
3.1.1 Schmerzlokalisierung	Seite 3
3.1.2 Schmerzqualität	Seite 4
3.1.3 Schmerzverlauf	Seite 4
3.1.4 Schmerzdauer	Seite 4
3.1.5 Schmerzintensität	Seite 5
3.1.6 Einschränkungen durch den Schmerz	Seite 5
3.1.7 Schmerzmedikation	Seite 6
3.1.8 Alternative Methoden	Seite 8
3.1.9 Eigene Strategien zur Schmerzbehandlung	Seite 10
3.1.10 Wie soll es weitergehen (Zielformulierung)	Seite 11
4. Mitarbeiterinformation	Seite 12
5. Das Schmerzprotokoll in der Praxis	Seite 13
6. Fazit	Seite 15
7. Anhang (Schmerzprotokoll, Information für Mitarbeiter)	Seite 16
8. Literaturliste	Seite 21

1. Einleitung

Im Laufe des Schmerzmanagementlehrgangs ist mir bewusst geworden, wie wichtig eine standardisierte Schmerzerfassung ist.

Nachdem der Ist-Zustand erhoben wurde, war klar, dass eine Änderung herbeigeführt werden muss.

Die Arbeitskollegen wurden informiert was verändert werden soll. Sie sagten ihre Unterstützung zu.

Ich schaute mir verschiedene Schmerzerfassungsbögen an und adaptierte diese, dass sie für die Hauskrankenpflege anwendbar sind.

Dies stellte sich als nicht ganz einfach heraus. Bei den meisten Schmerzassessments wird davon ausgegangen, dass es eine Kontinuität (zeitlich, personell,...) gibt. Dies ist bei uns nicht möglich.

Wir kommen nicht immer zur gleichen Zeit oder in der gleichen Situation zum Patienten. Auch jede Pflegeperson schätzt den Schmerz anders ein. So soll es nun ein „Instrument“ geben, das alle anwenden können und für alle nachvollziehbar macht wie sich die Schmerzsituation darstellt.

Die Anwendung des Schmerzprotokolls soll auch die Kommunikation mit den Hausärzten vereinfachen.

Durch den professionellen Umgang soll der Schmerz für die Patienten und deren Angehörigen etwas an „Schrecken“ verlieren. So kann gemeinsam nach Lösungen gesucht werden.

Im Pflorgeteam gab jeder seine Ratschläge, aber es wurde nur unzureichend dokumentiert.

Der Patient ist verunsichert, wenn jede Woche eine andere Pflegeperson mit einem gegensätzlichen Vorschlag ankommt. Mit dem Schmerzprotokoll verwenden alle vom Pflorgeteam die gleiche „Sprache“. Die Erhebungen werden so miteinander vergleichbar.

2. Erhebung des Ist-Zustandes

Eine standardisierte Schmerzerfassung gibt es bei uns im Krankenpflegeverein Jagdberg lediglich auf unserem Wundprotokoll. Dort wird bei jedem Verbandswechsel gefragt ob der Patient Schmerzen hat. Es kann „ja“, „nein“ oder „erträglich“ angekreuzt werden.

Teilweise werden vom Pflegepersonal noch Anmerkungen hinzugefügt

- mit Schmerzmittel erträglich,
- Schmerzen nur beim Verbandswechsel.

Ansonsten wird in die Pflegedokumentation eingetragen, wenn ein Patient, Schmerzen angibt. Dies liegt aber an der jeweiligen Pflegeperson inwieweit nachgefragt und wie genau dies dokumentiert wird.

In unserem Team hat bisher niemand regelmäßig mit einem Schmerzprotokoll gearbeitet.

Da diese Situation sehr unbefriedigend und nicht mehr „up to date“ ist, habe ich mich entschlossen eine standardisierte Schmerzerfassung für unseren Krankenpflegeverein auszuarbeiten.

Zuerst sollten alle Patienten erhoben werden, aufgrund des Aufwandes werden jetzt nur die Neuaufnahmen und Patienten mit langjähriger „Schmerzgeschichte“ erfasst.

Für unser Team ist es so ein gangbarer Weg. Es ist eine überschaubare Zahl an Patienten die zu erheben sind. So kann das Schmerzprotokoll stressfrei kennengelernt und die Anwendung erprobt werden.

3. Ausarbeitung des Schmerzprotokolls

Da wir es in der Hauskrankenpflege größtenteils mit chronischen Schmerzen zu tun haben, wollte ich auch einen Schmerzerfassungsbogen, der hauptsächlich diese Punkte erfasst erarbeiten. „Unsere“ Patienten leiden vielfach an verschiedenen Schmerzen die sie seit Jahren „begleiten“. Teilweise haben die Patienten eigene „Behandlungsmethoden“ gefunden.

Diese sollten unbedingt berücksichtigt werden, damit die Patienten und deren Angehörige wissen, dass sie ihre Richtigkeit haben und sehr wertvoll sind.

Einige Patienten möchten ihre eigenen Methoden nicht preisgeben, da sie die Befürchtung haben, dass diese nicht angenommen oder ernstgenommen werden. Diese Befürchtungen dürfen auf keinen Fall aufkommen, denn alles was hilft ist erlaubt.

3.1 Das Schmerzprotokoll

3.1.1 Schmerzlokalisierung:

Der erste Punkt des Erhebungsbogens ist die Schmerzlokalisierung. Die Erfahrung zeigt, dass es den meisten leichter fällt dies in ein Schema einzutragen, als mit Worten zu beschreiben. Deshalb gibt es das Schema, in dem die Schmerzlokalisierung die der Patient an sich zeigt einfach übertragen werden kann.

Trotzdem ist es von Vorteil, wenn noch kurz beschrieben wird wo (z.B.: 5 cm oberhalb des Innenknöchels,...) der Schmerz lokalisiert wird.

3.1.2 Schmerzqualität:

Es gibt hauptsächlich Adjektive zum Ankreuzen die bei chronischen Schmerzen relevant sind, da diese Schmerzart unsere Patienten öfters betrifft.

Die Patienten sollen den Schmerz selbst beschreiben und dann kann das passende Wort angekreuzt werden.

3.1.3 Schmerzverlauf:

Der Punkt Schmerzverlauf soll klarstellen, ob die Schmerzen akut nach einer bestimmten Situation auftreten

- nach dem Aufstehen,
- im Liegen,
- bei Belastung

Ebenfalls ob die Schmerzen langsam beginnen und es gar nicht richtig wahrgenommen werden kann, wie und wann der Schmerz beginnt.

3.1.4 Schmerzdauer:

Bei der Frage nach der Schmerzdauer kann eventuell schon herausgefunden werden, ob es etwas gibt, was den Schmerz lindert bzw. was diesen verstärkt. Daraus kann auch schon abgeleitet werden, was gut tut und was vermieden werden sollte.

3.1.5 Schmerzintensität:

Die Beurteilung der Schmerzintensität findet mit der klassischen visuell analogen Schmerzskala (VAS) in Verbindung mit der Numerischen Rating Skala (NRS) statt. Diese Skalen sind allen Mitarbeitern bekannt und sehr einfach in der Anwendung.

Für die Patienten ist der Schmerz mit VAS gut einzuschätzen und dem Schmerz eine „Intensität“ zuzuordnen. Für die Dokumentation ist die NRS besser geeignet und so lässt sich beides einfach verbinden.

Wichtig ist es den Ruhe- und Belastungsschmerz getrennt zu erheben. Die meisten Patienten geben bei der Erstbefragung an, dass der Schmerz immer da ist. Erst durch gezieltes Nachfragen, werden dem Patient selbst die Unterschiede bewusst. Darin liegt die Möglichkeit mit dem Schmerz umzugehen (z.B.: öfters Pausen einzulegen bei hohem Belastungsschmerz,...).

3.1.6 Einschränkung durch den Schmerz:

Bei Punkt sechs sollen die Einschränkung im Alltag durch den Schmerz erhoben werden.

Welche Tätigkeiten sind aufgrund des Schmerzes nicht oder nur eingeschränkt möglich. Die Patienten klagen oft, dass der Alltag aufgrund des Schmerzes nicht mehr selbst bewältigt werden kann.

Wenn genauer nachgefragt wird und auf diese Aussage eingegangen wird, können Hilfestellungen (MoHi) angeboten werden. Wenn Aufgaben abgenommen oder teilweise anders bewältigt werden können, rückt auch der Schmerz in den Hintergrund. Die Aufgabe ist erledigt, somit kann etwas

anderes gemacht werden, was keine Schmerzen bereitet und im Alltag bleibt doch alles wie es ist (z.B.: die Sauberkeit im Haushalt).

Oft ist es auch schon eine Erleichterung, wenn der Betroffene mit anderen zusammenkommt. Die Zeit in der man über den Schmerz „nachdenken“ kann, wird dadurch weniger (z. B.: Tagestreff mit anderen älteren Menschen).

Bei Schlafstörungen reicht es teilweise schon aus, wenn nachgefragt wird, wann die Schlafmedikation eingenommen wird. Die Erfahrung zeigt, dass dies zu früh am Abend geschieht und es dadurch lange wache Phasen, vor allem gegen den frühen Morgen gibt (z.B.: 4 Uhr). Dies wird dann auf den Schmerz geschoben. Sobald die Schlafmedikation zum richtigen Zeitpunkt eingenommen wird, kann diese Situation verbessert werden. Die Patienten berichten dann, dass sie durchschlafen können.

3.1.7 Schmerzmedikation:

Punkt sieben gestaltet sich in der Hauskrankenpflege teilweise als schwierig. Wenn die Patienten oder deren Angehörigen die Medikamente selbst herrichten, dann fehlt oft der Einblick welche Medikamente überhaupt verordnet sind.

Teilweise gibt es bei den Patienten keine Medikamentenliste oder nur unvollständige.

Dies ist ein Punkt der sehr wichtig ist. Wir versuchen nun für jeden Patienten eine aktuelle Medikamentenliste zu bekommen. Die Schwierigkeit besteht aber darin, dass die Patienten oft verschiedene Ärzte aufsuchen und somit der Hausarzt nicht immer alle Informationen hat.

Der nächste Punkt ist, dass trotz Vorliegens einer Medikamentenliste die Schmerzmedikamente nicht wie verordnet eingenommen werden.

Patienten haben oft Vorurteile gegen Schmerzmedikamente und vor allem gegen eine längere regelmäßige Einnahme dieser.

Hier ist eine gute Aufklärung und ein immer wiederkehrendes Ermuntern sehr wichtig. Die Patienten sind sehr kritisch wenn nicht innerhalb kurzer Zeit der gewünschte „Erfolg“ eintritt. Viele haben zu hohe Erwartungen

- komplette Schmerzfreiheit,
- mehr Beweglichkeit,
- durchschlafen...

an die Schmerzmedikation. Wenn dies der Fall ist, dann müssen diese berichtigt, oder relativiert werden. Oftmals reicht es aus, wenn ein bisschen Geduld eingefordert wird und darüber aufgeklärt wird, dass die Schmerzlinderung seine Zeit braucht.

Etwas einfacher ist es mit den Patienten, bei denen wir die Medikamente herrichten. Hier liegt eine aktuelle Medikamentenliste vor, da es dem Patient und den Angehörigen bewusst ist, dass wir unsere Arbeit ansonsten nicht erledigen können.

Dass die Medikamente wie vorgeschrieben eingenommen werden ist nicht immer der Fall. Denn auch hier besteht oft eine unbegründete Skepsis gegenüber dem Schmerzmedikament.

Bei der Bedarfsmedikation ist es oft noch schwieriger. Der Patient ist nicht begeistert davon, wenn er aufzuschreiben soll wann er die Bedarfsmedikation einnimmt.

Bei Tabletten funktioniert es noch besser. Denn meistens erinnern sich die Patienten sehr gut daran, wann und wie oft sie eine Schmerztablette zusätzlich einnehmen, oder es kann anhand der Verpackung besser kontrolliert werden.

Bei Medikamenten in Tropfenform ist dies etwas schwieriger. Tropfen werden oft zu viele eingenommen. Die Dosierung ist oft schwierig

- das Abzählen der Tropfen,
- oder überhaupt das Wissen, dass bei einem Hubspender nicht jeder Hub nur ein Tropfen ist.

Bis wir teilweise bemerken, dass der Patient ein neues Medikament (Tropfen) hat, kann einige Zeit vergehen.

Meistens sind wir nur einmal pro Woche auf Hausbesuch, dann kann es vorkommen, dass der Patient schon einige Tage die Medikamente falsch oder in der falschen Dosis eingenommen hat.

3.1.8 Alternative Methoden:

Die nächste Frage setzt sich mit alternativen Heilmethoden auseinander.

Viele unserer Patienten beschäftigen sich mit alternativen Heilmethoden und wenden diese an. Dieser Punkt wurde bei uns oft gar nicht oder zu wenig erhoben. Oft wussten ein paar vom Team Bescheid, aber es wurde nirgends standardisiert erfasst.

Diesem Punkt, sollte unbedingt genügend Platz einräumt werden.

Was die Homöopathie betrifft ist bei unserer Dokumentation, sowie teilweise auch beim Hausarzt nicht notiert, was der Patient zusätzlich einnimmt.

Da ich kürzlich bei einer Patientin eine allergische Reaktion auf eine Pflanze festgestellt habe, bin ich auch bestärkt worden, diese Thematik in die Schmerzdokumentation aufzunehmen.

Es braucht teilweise viel Fingerspitzengefühl und eine „ausgeklügelte“ Nachfragetechnik, damit der Patient oder die Angehörigen überhaupt sagen, dass etwas zusätzlich eingenommen wird.

Es ist notwendig, dass alle Beteiligten wissen, dass die zusätzliche Einnahme eines Präparates zu Wechselwirkungen führen kann.

Deshalb ist die notwendige Wertschätzung gegenüber alternativen Methoden sehr wichtig.

Es gibt einige alternative Methoden, die bei den Patienten, deren Angehörigen sowie dem Pflegepersonal gleichsam beliebt sind und angewendet werden.

Eine häufig angewendete Behandlung ist der „Topfenwickel“. Er ist einfach in der Handhabung, kostengünstig, beinahe allen bekannt und auch schon von vielen selbst erprobt. Oft sind die Patienten erstaunt, wenn er von uns vorgeschlagen wird.

Wärmetherapie mit allen möglichen Fellen oder Wärmflaschen ist in der Hauskrankenpflege sehr gut machbar.

Mit einer alternativen Methode die viel zu wenig angewendet wird habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht. Dabei handelt es sich um die Musik. Seit dem Abschluss des Palliativlehrganges habe ich den Patienten und deren Angehörigen des Öfteren vorgeschlagen, es mit Musik zu probieren. Patienten werden dadurch ruhiger und „vergessen“ mit dem „Musikament“ (lt. Univ. Prof Dr. Günther Bernatzky) ihre Schmerzen.

Die Aromatherapie kann zu Hause in Bruchteilen sehr gut angewandt werden. Über die schlaffördernde Wirkung des Lavendels muss fast niemand mehr informiert werden.

Bei anderen alternativen Methoden ist es eine Kostenfrage. Es gibt einige Patienten die sehr gute Erfahrungen mit z.B.: Akupunktur haben. Wenn aber

regelmäßige Anwendungen notwendig sind, sind sie einfach nicht bereit oder in der Lage selbst finanziell dafür aufzukommen.

Bei der Physiotherapie ist es für uns nicht immer ganz einfach herauszufinden welche Art der Therapie (Massagen, Aufbauübungen, Stromtherapie,...) der Physiotherapeut anwendet. Bis jetzt wurde darauf von unserer Seite zu wenig Augenmerk gelegt. Es ist wichtig, dass der Patient auch von uns nochmals darauf hingewiesen wird, dass es für den Behandlungserfolg unumgänglich ist, dass die gezeigten Übungen auch zu Hause wiederholt werden.

3.1.9 Eigene Strategien zur Schmerzbehandlung:

Viele Patienten haben Strategien entwickelt wie sie mit dem Schmerz besser zurechtkommen. Sie glauben aber nicht, dass sie es uns und schon gar nicht dem Arzt sagen zu können.

Dieser Punkt schließt auch nahtlos an den Vorhergehenden an. Oft werden Einreibungen mit Schnaps oder ähnlichem gemacht (eine Art der Kältetherapie) oder Entlastungstherapie (Beine hochlagern oder einfach eine Schutzhaltung einnehmen,...)

Wenn Patienten merken, dass auch ihre „Therapien“ ihre Richtigkeit und ihre Berechtigung haben, sind sie oft viel auskunftsfreudiger. Somit wird es für uns als Pflegepersonal auch einfacher, ein umfängliches Bild zu erhalten.

3.1.10 Wie soll es weitergehen? (Zielformulierung)

Der letzte Punkt ist die Zielformulierung wie es weitergehen soll.

Hier ist es wichtig, dass keine falschen Erwartungen geweckt werden (z.B.: komplette Schmerzfreiheit). Es ist aber auch wichtig, dass immer wieder betreffend des Schmerzverlaufes nachgefragt wird. Die Patienten müssen verstehen, dass Veränderungen, gemeldet werden um zu sehen, ob der eingeschlagene Behandlungsweg in die gewünschte Richtung geht.

Oft kann mit den Schmerzen auch besser umgegangen werden, wenn die Ziele aufgeschrieben werden und so ersichtlich ist, dass die angewendeten Methoden doch etwas nutzen und Ziele erreicht werden.

Teilweise kann der Schmerz auch schon etwas gelindert werden, wenn sich nach jahrelangem Klagen endlich jemand Zeit für den Patienten und seinen Schmerz nimmt und alles genau aufschreibt. Dies wird oft unterschätzt, da Einsamkeit bei unseren Patienten ein großer „Schmerzverstärker“ darstellt.

Angehörige können oft das tägliche Klagen nicht mehr hören und Ärzte haben teilweise auch schon gemeint, dass man damit leben müsse.

Dann kann ein bisschen Zeit und ernst nehmen schon einiges ausrichten.

4. Mitarbeiterinformation

Im Rahmen einer Teamsitzung stellte ich meinen Arbeitskollegen den ausgearbeiteten Dokumentationsbogen vor.

Um Missverständnisse zu vermeiden und eine standardisierte Form zu erreichen gibt es eine Anleitung wie das Formular auszufüllen ist.

Wichtig ist, dass bei den verschiedenen Punkten auch alle die gleichen Fragen stellen.

Die Mitarbeiterinnen haben mir ihre Unterstützung zugesagt und können sich vorstellen mit dem ausgearbeitet Bogen zu arbeiten.

5. Das Schmerzprotokoll in der Praxis

An dieser Stelle muss ich leider zugeben, dass sich die Einführung schwieriger gestaltet hat als ich erwartet habe.

Da es am Anfang doch einigen Zeitaufwand braucht bis man mit dem Schmerzprotokoll vertraut ist, war der Einführungszeitpunkt (Urlaubszeit) nicht ideal.

Wir versuchen das Schmerzprotokoll regelmäßig anzuwenden, haben uns aber darauf geeinigt, dass es im Moment nur bei Neuaufnahmen und Patienten mit langer Leidensgeschichte gemacht wird.

So wird einfach bei jedem neuen Patient erfasst

- ob es eine Schmerzproblematik gibt die den Alltag beeinflusst
- ob etwas verbessert werden kann
- ob alles in Ordnung ist.
-

Wir vom Pflorgeteam sind sehr motiviert und bemühen uns, dass das Schmerzprotokoll einen fixen Platz in der Dokumentation bekommt.

Auch für die Patienten ist es etwas Neues. Einige hatten die Befürchtung, dass sie einen Zettel ausfüllen müssen. Als ich ihnen dann aber erklärt habe, dass es ein Projekt für meine Abschlussarbeit ist, haben sie bereitwillig mitgemacht. Sie konnten auch den Vorteilen

- alle fragen das gleiche,
- sie können selber Angaben machen,
- der Arzt kann es besser nachvollziehen

einiges abgewinnen.

Es soll sich eine Routine einstellen, dass das Schmerzprotokoll, genauso zur Selbstverständlichkeit in der Dokumentation wird wie unser Wundprotokoll.

Das Ziel ist es,

- dass Patienten mit einer Schmerzproblematik in regelmäßigen Zeitabständen „befragt“ werden.
- vor allem aber nach Änderung von Schmerzmedikamenten,
- oder nach einer abgeschlossenen Therapie (z.B.: Physiotherapie, Akupunktur,...).
-

Den Patienten und deren Angehörigen soll bewusst werden, wie wichtig es ist dem Schmerz einen gewissen „Raum“ zu geben ohne sich von ihm bestimmen zu lassen.

6. Fazit

Ziel wäre es, wenn das Schmerzprotokoll mühelos im Pflegealltag integriert ist.

Leider sind wir in unserem Team noch nicht so weit.

Aufgrund Urlaubszeit und Krankenständen hat sich die Einführung doch verzögert. Da alle schon mehr arbeiten mussten und wir auch eine Aushilfe einlernten blieb keine Zeit (und Lust) noch etwas Neues einzuführen.

Ich habe es einige Male angewandt und bin von der Sinnhaftigkeit überzeugt.

Wir versuchen die Einführung noch einmal wenn sich die Personalsituation wieder gebessert hat.

Was uns im Team bewusst wurde, dass auf die korrekte Medikamenteneinnahme ein besonderes Augenmerk gelegt werden muss. Vor allem bei Tropfen sind viele Patienten und auch Angehörige nicht informiert, wie der Spender funktioniert.

Die Patienten müssen vermehrt aufgeklärt werden, dass es wichtig ist, dass sie Veränderungen bei den Medikamenten uns melden sollen.

Schmerzanamnese:

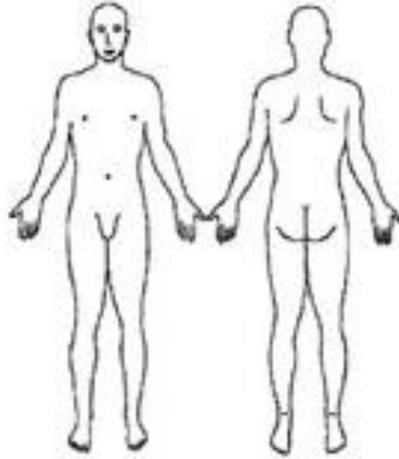
Name:

Datum:

Uhrzeit:

Erhebende Pflegeperson:

Schmerzlokalisierung:



Schmerzqualität:

- | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stechend | <input type="checkbox"/> ziehend | <input type="checkbox"/> bohrend |
| <input type="checkbox"/> brennend | <input type="checkbox"/> einschließend | <input type="checkbox"/> krampfartig |
| <input type="checkbox"/> drückend | <input type="checkbox"/> schneidend | <input type="checkbox"/> ausstrahlend |
| <input type="checkbox"/> kribbelnd | <input type="checkbox"/> dumpf | <input type="checkbox"/> _____ |

Schmerzverlauf:

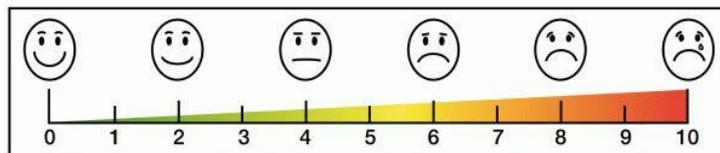
- plötzlicher Beginn langsamer Beginn

Schmerzdauer:

- dauerhafter Schmerz
 schmerzfremde Perioden (wie lange?): _____

Schmerzintensität:

in Ruhe (nach VAS+NRS): _____
in Bewegung (nach VAS+NRS): _____



Einschränkungen durch die Schmerzen:

- Schlaf
- Stimmung
- _____
- Bewegung
- Beziehungen
- Hobbies
- Alltag

Schmerzmedikation:

Dauermedikation

Bedarfsmedikation:

Alternative Methoden:

- Aromatherapie
 - Homöopathie
 - Physiotherapie
 - Wärmebehandlung
 - Kältebehandlung
 - Musik
 - Akupunktur
-
-
-
-

Eigene Strategien zur Schmerzbehandlung:

Wie soll es weitergehen? (Zielformulierung)

Informationen für die Mitarbeiter/innen zur Verwendung des Schmerzprotokolls:

Schmerzlokalisierung:

Bitte im Körperschema einzeichnen und kurze schriftliche Beschreibung der Lokalisation.

Schmerzqualität:

Zuerst Patient/in mit eigenen Worten beschreiben lassen, dann ankreuzen oder Selbsteinschätzung des Patienten/der Patientin aufschreiben.

Schmerzverlauf:

Erfragen, ob die Schmerzen immer gleich beginnen oder ob es Dauerschmerzen sind.

Schmerzdauer:

Wenn es schmerzfreie Perioden gibt, dann genau aufschreiben wie lange (z.B.: nachts, oder die Woche nach der Schmerzspritze, im Liegen oder 2h nach Medikamenteneinnahme).

Schmerzintensität:

Skala zeigen oder fragen: "Wie stark ist der Schmerz im Moment, wenn 0 kein Schmerz und 10 der am stärksten vorstellbare Schmerz ist?"

Nach NRS eintragen.

Ruhschmerz und Bewegungsschmerz getrennt abfragen.

Einschränkung durch die Schmerzen:

Erfragen welche Tätigkeiten durch den Schmerz nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich sind.

Bei Beziehungen sind auch Kontakte wie z.B.: Seniorentreff, Tagestreff oder Ausflüge gemeint.

Schmerzmedikation:

Bestehende Schmerzmedikation mit Menge und Einnahmeintervall anführen.

Bei Bedarfsmedikation bitte Menge, möglichem Einnahmeintervall anführen und auch dazuschreiben wie oft Medikament wirklich eingenommen wird.

Patient auch erklären wie wichtig eine regelmäßige Medikamenteneinnahme ist, dass es zu keinen Schmerzspitzen kommt. Sich selbst davon überzeugen, dass der Patient weiß, wie der Tropfenspender funktioniert und wieviel Tropfen/Hub gespendet werden. Nachfragen wer Schmerzplaster in welchen Abständen wechselt.

Alternative Methoden:

Bei Homöopathie dazuschreiben wie Produkt heißt, wer es verschrieben, oder ob es Patient/in oder Angehörige selbst besorgt hat. Wie wird das Produkt eingenommen oder angewendet (Globuli, Tropfen, Salbe,...)

Bei Wärme- oder Kältebehandlung bitte dazuschreiben was (Wärmepflaster, Rotlicht, oder Topfenwickel, Coolpacks,...)

Bei Physiotherapie Art dazuschreiben (Massage, Bewegungstherapie, Stromtherapie, Lymphdrainage,...). Erfragen, ob gezeigte Übungen auch zu Hause regelmäßig wiederholt werden. Motivieren dies auch zu tun und erklären, dass es sonst keinen Effekt hat.

Auch aufklären, dass Ablenkungstechniken wie Musik, lesen, spazieren gute Möglichkeiten gegen Schmerzen sind.

Nachfragen ob schon einmal etwas an alternativen Methoden ausprobiert wurde.

Patient/in dazu ermuntern diese auszuprobieren und wertschätzend dem Ganzen gegenüberstehen!!!

Eigene Strategien zur Schmerzbehandlung:

Patient fragen, was er selber macht, wenn er Schmerzen hat. Vielleicht hat er andere Methoden, die ihm Erleichterung verschaffen (ruhig liegen, spazieren, Ablenkung,...).

Wie soll es weitergehen? (Zielformulierung)

Erfragen ob Patient/in mit momentaner Schmerzsituation umgehen kann? Ob etwas zu verbessern wäre oder ob es in Ordnung ist, wenn es so bleibt?

Patient/in auch eigene Lösungsvorschläge suchen lassen (mehr Bewegung, kleinere Ruhepausen, konsequente (Bedarfs-) Medikamenteneinnahmen,...).

Diese bitte genau notieren und auch nochmals nachfragen ob sich etwas geändert hat.

Neues Schmerzprotokoll mit Datum, wann nächste Abfrage erfolgen soll in Patientenmappe legen, damit die Kollegin oder der Kollege auch weiß, dass eine neuerliche Abfrage notwendig ist!

Wenn für den Patienten alles in Ordnung ist, dann aufklären, dass er Veränderungen melden soll, oder wenn neuerlich etwas unternommen werden soll.

Patient soll auch Bescheid sagen, wenn sich Medikation oder alternative Methoden ändern.

Vielen Dank für eure qualifizierte Mitarbeit!

Brigitte

Literaturverzeichnis:

Bernatzky (Univ.Prof.Dr.), G. (2011) Vortrag Palliativelehrgang Batschuns

Eidesstattliche Erklärung:

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Arbeit selbst verfasst und ausschließlich die von mir angegebenen Werke und Hilfsmittel verwendet habe. Es ist mir bekannt, dass die von uns vorgelegte Arbeit im Bildungshaus Batschuns zur Einsicht bereit liegt und dort von Interessierten eingesehen werden kann.

Übersaxen, am 24.08.2015

Trautz Brigitte