



pflegekongress16

24. und 25. november 2016 | austria center vienna

Who cares?

**Warum die Patienteneinbindung im
postoperativen Schmerzmanagement
so wichtig ist**

Wien, 25. November 2016

Ass.- Prof. Dr. Andre Ewers, MScN

Agenda des Vortrags

1. Postoperativer Schmerz – ein Problem?
2. Aufgaben der Pflegenden im postoperativen Schmerzmanagement
3. Einbindung des Patienten
4. Fazit

1.

Postoperativer Schmerz

Ein Problem?

Postoperativer Schmerz

- Stärkste Schmerzen in den ersten 48 bis 72 Stunden
- Prävalenz: 40 - 80 % der Patienten klagen in den ersten 24 - 48 Stunden über moderate bis starke Schmerzen
(Curtiss 2001; Dolin et al. 2002; Bardiau et al. 2003; Zimberg 2003; Powell et al. 2004; Strohbücker et al. 2005, Brennan et al. 2007; Pschowski & Motsch 2008)
- Eine Änderung der Datenlage ist nicht absehbar
(Brennan et al. 2007; Pschowski & Motsch 2008)
- Endoskopische Eingriffe: geringe bis mittelstarke Schmerzen
(Jage et al. 2005)
- Offene abdominale, thorakale und retroperitoneale Eingriffe: starke bis stärkste Schmerzen
(Jage et al. 2005)

Komplikationen postoperativer Schmerzen

- **Kardiale Komplikationen: Tachykardien**
(McCaffery & Pasero 1999; Coda & Bonica 2001; McIntyre & Ready 2001; Melber 2003, Brennan et al. 2007)
- **Respiratorische Komplikationen: Verminderung des AZV, Sekretverhalt, Atelektasen, Pneumonien**
(Justins & Richardson 1991; McIntyre & Ready 2001; Melber 2003; Pschowski & Motsch 2008)
- **Einschränkung der Mobilität: Entstehung eines Dekubitus, Verzögerung der Wundheilung**
(McIntyre & Ready 2001)
- **Triggerfaktor: Postoperative Verwirrtheit mit erhöhter Morbiditäts- und Mortalitätsrate**
(Geary 1994; Smith et al. 1997; Bowman 1997; Bell 1997; Segatore et al. 1998; Lynch et al. 1998; List 1999; Morrison et al. 2003; Osterbrink et al. 2005)
- **Chronifizierung der Schmerzen bei insuffizienter Behandlung**
(Schäfer & Stein 1997; Jage et al. 2005)

„Eine effektive Akutschmerztherapie perioperativ oder posttraumatisch ist der Schlüssel zur Prophylaxe chronischer Schmerzsyndrome“

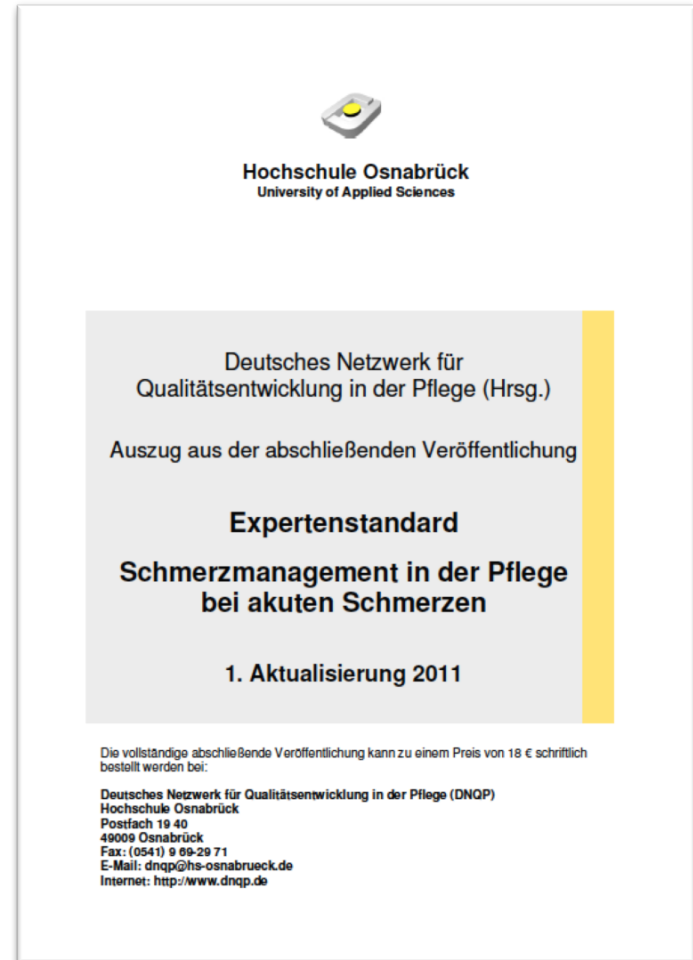
(Wulf et al., 1997)

2.

**Aufgabe der Pflegenden im
postoperativen Schmerzmanagement**

Aufgabe der Pflegenden im postoperativen Schmerzmanagement

**Die zentrale Aufgabe liegt in
der operativen Steuerung des
Schmerzmanagements**



Aufgabe der Pflegenden im postoperativen Schmerzmanagement

Die zentralen Punkte des pflegerischen Schmerzmanagements in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien:

- Aktuelles Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung
- Wissen zur medikamentösen Schmerzbehandlung / Umsetzung einer interprofessionell geltenden Verfahrensregelung zur medikamentösen Schmerzbehandlung
- Aktuelles Wissen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, deren Prophylaxe und Behandlungsmöglichkeiten
- Aktuelles Wissen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerzlinderung sowie deren Kontraindikationen
- Schulungskompetenzen in Bezug auf Schmerz und schmerzbedingte Probleme

3.

Einbindung des Patienten

**In welchen Bereichen des postoperativen
Schmerzmanagements ist die Einbindung
des Patienten von Bedeutung?**

Einbindung des Patienten in.....

-das Schmerzassessment
-die Einnahme der Schmerzmedikation
-die Meldung von Nebenwirkungen
-die korrekte Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen

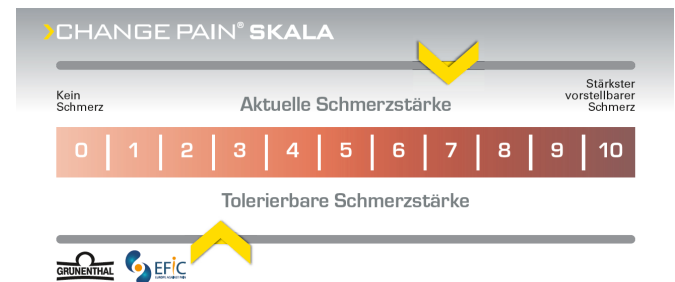
**Einbindung in die zentralen Punkte
des Schmerzmanagements!**

Einbindung in das Schmerzassessment

- *„Die Pflegefachkraft führt bei festgestellten Schmerzen, zu erwartenden Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen ein differenziertes Schmerzassessment mittels geeigneter Instrumente durch.“ (DNQP 2011, S. 25)*

Das bedeutet:

- Einschulung des Patienten in die Schmerzskala erforderlich
- Meldung des Patienten bei Schmerzen
- Sicherstellung einer Intervention bei Überschreitung der festgelegten Cut-Off Grenzen



Mit freundlicher Genehmigung von Grünenthal

Einbindung in die Einnahme der Schmerzmedikation

- *„Die Pflegefachkraft setzt...die ärztliche Anordnung zur Einleitung oder Anpassung der Schmerzbehandlung nach dem Patienten /bewohnerbezogenen interprofessionellen Behandlungsplan um.“*
(DNQP 2011, S. 25)

Das bedeutet:

- Information über die Notwendigkeit der Einnahme der Medikation

! Zielgerichtete Informationen haben nachweislich einen positiven Effekt auf die Adhärenz der Medikamenteneinnahme **!**



Quelle: <http://www.praxisvita.de/sites/default/files/schmerzmittel.jpg>

Einbindung in die Meldung von Nebenwirkungen

- *„Die Pflegefachkraft erfasst und dokumentiert schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen und führt in Absprache mit dem zuständigen Arzt Maßnahmen zu ihrer Prophylaxe und Behandlung durch.“* (DNQP 2011, S. 25)

Das bedeutet:

- Information des Patienten auf mögliche Nebenwirkungen der medikamentösen Schmerztherapie
- Meldung des Patienten bei möglichen Nebenwirkungen

Übelkeit

Erbrechen

Kopfschmerzen

Müdigkeit

Schwindel

Einbindung in die Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen

- *„Die Pflegefachkraft bietet in Absprache mit den beteiligten Berufsgruppen dem Patienten / Bewohner und seinen Angehörigen als Ergänzung zur medikamentösen Schmerztherapie nicht-medikamentöse Maßnahmen an und überprüft ihre Wirkung.“*

(DNQP 2011, S. 25)

- Einweisung des Patienten in die Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen erforderlich
- Meldung des Patienten bei Problemen



Quelle: www.google.de/Eiswürfelbeutel

5. Fazit

Vorteile einer Einbindung des Patienten in das postoperative Schmerzmanagement

- Die Einbindung des Patienten in das postoperative Schmerzmanagement ist unerlässlich
- „Kontrolle“ des Patienten über sein Schmerzmanagement
- Zufriedenheit des Patienten

! Ein Schlüssel für das Gelingen eines suffizienten postoperativen Schmerzmanagements ist die Kommunikation! !

www.change-pain.at

Literaturverzeichnis

- Bardiau F.M., Taviaux N.F., Albert A., Boogaerts J.G., Stadler M. (2003): An Intervention Study to Enhance Postoperative Pain Management. *Anesth. Analg.*; 96: 179-85.
- Bell M.L. (1997): Postoperative pain management for the cognitively impaired older adult. *Seminars in Perioperative Nursing*; Vol. 6; No. 1: 37-41.
- Bowman A.M. (1997): Sleep satisfaction, perceived pain and acute confusion in elderly clients undergoing orthopaedic procedures. *Journal of Advanced Nursing*; September; 26 (3): 550-64.
- Brennan F., Carr D.B., Cousins M. (2007): Pain Management: A Fundamental Human Right. *International Anesthesia Research Society*. Vol. 105; No 1; Juli 2007: 205-21.
- Coda B.A., Bonica J.J. (2001): General considerations of acute pain. In: *Bonica's management of pain*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins: 220-240.
- Curtiss C.P. (2001): JCAHO: Meeting the Standards for Pain Management. *Orthopaedic Nursing*; Vol. 20; No. 2: 27-30.
- Dolin S.J., Cashman J.N., Bland J.M. (2002): Effectiveness of acute postoperative pain management. I. Evidence from published data. *British Journal of Anesthesiology*; 89: 409-23.
- DNQP (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Hochschule Osnabrück, University of Applied Sciences.
- Jage J., Tryba M., Neugebauer E., Wulf H., Rothmund M., Rommens P.M., Bauer H., Van Aken H. (2005): Postoperative Schmerztherapie – eine interdisziplinäre Notwendigkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg 102; 6: 361-366.
- Justins D.M., Richardson P.H. (1991): Clinical management of acute pain. *British medical Bulletin* 47: 561-583.
- List W. (1999): Postoperatives Delir. *Der Anästhesist*; 48: 505-506.
- Lynch E.P., Lazor M.A., Gellis J.E., Orav J., Goldan L., Marcantonio E.R. (1998): The impact of postoperative pain on the development of postoperative delirium. *Anesthesiology & Analgesia*; April; 86 (4) 781-85.
- McCaffery M., Pasero C. (1999): *Pain Clinical Manual*. 2nd ed. St Louis: Mosby.

Literaturverzeichnis

- Geary S.M. (1994): Intensive Care psychosis revisited. Understanding and managing delirium in the critical care setting. *Critical Care Nurse*; Vol. 17 (1): 51-53.
- Macintyre P., Ready B. (2001): *Acute pain management. A practical guide.* 2nd edition London: W.B Saunders.
- Melber H. (2003): Schmerzmessung und Schmerzdokumentation. *Die Schwester - Der Pfleger*, September: 662-664.
- Morrison R.S., Magaziner J., Gilbert M., Koval K.J., McLaughlin M.A., Orosz G., Strauss E., Siu A.L. (2003): Relationship between pain and opioid analgetics on the development of delirium following hip fracture. *Journal of Gerontologic and Biological Medicine*; 58 (1): 76-81.
- Osterbrink J., McDonough J.P., Ewers A., Mayer H. (2005): The Occurrence of Acute Postoperative Confusion in patients after Cardiac Surgery. *The Scientific World Journal*; 5: 874-83.
- Powell A.E., Davies H.T., Bannister J., Macrae W.A. (2004): Rhetoric and reality on acute pain services in the UK: a national postal questionnaire survey. *British Journal of Anaesthesiology*; 92: 689-93.
- Pschowski R., Motsch J. (2008): Die postoperative Schmerztherapie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*; 158/21-22: 603-609.
- Segatore M. Dutkiewicz M., Adams D. (1998): The delirious cardiac surgical patient: Theoretical aspects and principles of management. *Journal of Cardiovascular Nursing*; Vol 12: No 4: 32-48.
- Schäfer M., Stein Ch. (1997): Schmerz in der postoperativen Phase. *Anästhesist*; 46 (2): 120-123.
- Smith S., Garnett P., Buckley P. (1997): Delirium in the critically ill. *Care of the Critically Ill*; Vol. 13; No 5: 175-178.
- Strohbücker B., Mayer H., Evers G.C., Sabatowski R. (2005): Pain prevalence in hospitalized patients in a German university teaching hospital. *Journal of Pain & Symptom Management*; 29 (5): 498-506.
- Wulf H., Neugebauer E., Maier C. (1997): *Die Behandlung akuter postoperativer und posttraumatischer Schmerzen. Empfehlungen einer interdisziplinären Expertenkommission.* Thieme, Stuttgart.
- Zimberg S.E. (2003): Reducing Pain and Costs with Innovative Postoperative Pain Management. *Managed Care Quarterly*; 11 (1): 34-36.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

