

**Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
des LVR-Klinikums Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf**

Projektarbeit

**Schmerzmanagement
Implementierung eines Pflegestandards
und einer pflegerisch geleiteten
Schmerzmanagementgruppe**

vorgelegt von:

Gabriele Grüneberg

Düsseldorf den 26. Oktober 2017

Inhaltsverzeichnis

- 1 Einleitung
 - 1.1 Gedanken- Gefühle- Gebrechen
 - 1.2 Meine Überlegungen
- 2 Der Rahmen
 - 2.1 Das Klinikleitbild
 - 2.2 Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie⁴
 - 2.3 Das Behandlungskonzept
 - 2.4 Die Tagesklinik Haus 17
- 3 Die Pflege in der Psychotherapie und Psychosomatik
 - 3.1 Theoretische Grundlagen der Pflege
 - 3.2 Das Konzept der Bezugspflege
 - 3.3 Die Rahmenbedingungen in der Pflege
- 4 Das Projekt - Schmerzmanagement-Implementierung eines Pflegestandards und einer pflegerisch geleiteten Schmerzmanagementgruppe
 - 4.1 Die Problembeschreibung
 - 4.2 Chronische Schmerzen – Stand der Forschung
 - 4.3 Der Pflegestandard Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen
 - 4.4 Assessmentinstrumente: Deutscher Schmerzfragebogen(DSF) und Numerische Rating Scala
 - 4.5 Patientenedukation – Die Schmerzmanagementgruppe (SMG)
 - 4.6 Das Projektvorgehen

Anhang

- 1. Projektantrag
- 2. Pflegestandard Schmerzmanagement
- 3. Konzept Schmerzmanagement
- 4. Patienten Hand-Out

Zur besseren Lesbarkeit wurde im folgenden Text auf die weibliche Form verzichtet.
Ich bitte freundlich um Nachsicht.

1 Einleitung

1.1 Gedanken - Gefühle – Gebrechen

*Jemand erleidet eine Ungerechtigkeit,
weiß sich nicht zu wehren und -es schlägt ihm auf den Magen.*

*Jemand ist zutiefst enttäuscht,
kann das nicht verarbeiten- es geht ihm an die Nieren.*

*Ein Mensch ist beleidigt, fühlt sich betroffen
- sprichwörtlich läuft ihm eine 'Laus' über die Leber.*

*Einer erlebt Gefühls-Turbulenzen
und bekommt Herzrhythmus-Störungen.*

*Jemand leidet unter Liebeskummer
und fühlt einen Druck auf der Brust.*

Wir sind stur - "halsstarrig" - und bekommen einen steifen Hals.

*Es sind geistige Vorgänge, die körperliche Funktionen
schwächen,
so als wolle uns die eigene Natur sagen:*

"Wer nicht hören will, muss fühlen!"

1.2 Meine Überlegungen

Wer kennt nicht wenigstens den einen oder anderen Satz aus dieser Aufzählung von Sprichwörtern, die zum Teil Jahrhunderte alt sind. Diese "Wahrheiten" begegnen uns im täglichen Leben genauso wie in der klinischen Arbeit mit psychosomatisch erkrankten Menschen.

Die Anzahl der betroffenen Patienten mit Schmerzstörungen, die in die Psychosomatik überwiesen werden, nimmt stetig zu. Viele haben eine jahrelange Odyssee von Arztbesuchen und Untersuchungen hinter sich, ohne dass eine subjektiv zufrieden stellende Schmerzsituation oder eine Diagnose gestellt werden konnte. Die Beschwerden sind rein organisch nicht zu erklären und bessern sich häufig auch unter starker Schmerzmedikation nicht. Arbeitsunfähigkeit, Arbeitsplatzverlust, soziale Isolation: Die körperliche Einschränkung wird existenziell. Auf meiner Station zeigen sie sich klammernd, von Schmerzen geplagt und sind selten zufrieden zu stellen oder einsilbig und abweisend.

Nicht selten reagieren die Pflegekräfte auf Klagsamkeit, Anspruchshaltung und Rückzug mit Hilflosigkeit und Ablehnung. Dies steht einer pflegerisch umfassenden Einschätzung des Krankheitsbildes entgegen und verleitet zu Fehleinschätzungen, die zur Belastung der Beziehung zum Patienten führen können.

Die Alltagserfahrung zeigt immer wieder, sich Zeit zu nehmen und den Patienten mit Interesse zu begegnen, öffnet so manches Türchen zur Seele. So kam es zu der Idee und mit der Idee die Motivation, sich dieser Patientengruppe professionell zu nähern und eine pflegerisch geleitete Schmerzmanagementgruppe ins Leben zu rufen. Sich einerseits der individuellen Lebens- und Leidensgeschichte zu widmen und andererseits dem gemeinsamen Symptom „Schmerz“ in der Gruppe Raum zu geben, erscheint mir sinnvoll und lohnenswert.

Bezüglich der Projektarbeit war mir wichtig, die Zeit, die mir zur Verfügung stand, in etwas Nachhaltiges, Nutzbringendes zu investieren.

2 Der Rahmen

2.1 Das Klinikleitbild

Schon im Leitbild des LVR-Klinikums Düsseldorf wird das gesundheitliche Wohl, die Befähigung zu einem selbstbestimmten, erfüllten Leben und die Förderung der Kompetenzen der Patientinnen und Patienten an die erste Stelle gesetzt. Forschung und Lehre gewährleisten eine Versorgung nach dem neuesten Kenntnisstand, der durch das Engagement aller am Behandlungsprozess Beteiligten umgesetzt wird.

2.2 Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie behandelt Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen im Sinne einer psychosomatischen Komplexbehandlung. Dazu stehen zwei Stationen mit je 12 und eine Tagesklinik mit 19 Behandlungsplätzen zur Verfügung. Ambulante Diagnostik und Behandlung erfolgt in der Institutsambulanz. Hier gibt es für eine Vielzahl von Patienten störungsspezifische Gruppenbehandlungsangebote.

Der Ärztliche Direktor der Klinik, Herr Prof. Dr. Dr. W. Tress, ist Lehrstuhlinhaber für das Fach Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Neben der Krankenversorgung werden in der Klinik auch Studenten der Medizin ausgebildet und zu Fragen der Psychotherapie und Psychosomatik geforscht. Zahlreiche Lehrbücher und Leitlinien wurden verfasst

2.3 Das Behandlungskonzept

Bei Aufnahme erfolgt eine ausführliche psychodynamische Diagnostik (biographische Anamnese) an Hand derer die Persönlichkeitsentwicklung und die wahrscheinliche Entstehung der psychischen und psychosomatischen Symptomatik erfasst wird. Entsprechend dieser diagnostischen Einschätzung wird ein an die besondere Persönlichkeit des Einzelnen orientierter und auf die Störung bezogener Gesamtbehandlungsplan erstellt. Dabei werden in die Behandlung Bezugspflege, Einzel- und Gruppenpsychotherapie, Ergotherapie, Gestaltungstherapie, Körpertherapie, Musiktherapie und Sozialtherapie integriert. Die Dauer der Behandlung beträgt im Regelfall drei Monate und kann in Ausnahmefällen auch überschritten werden.

2.4 Die Tagesklinik Haus 17

Im Rahmen dieser psychosomatischen Behandlung werden in der Tagesklinik Patienten mit folgenden Krankheitsbildern behandelt:

- Psychosomatische Störungen
- Anpassungsstörungen bei körperlichen, chronischen Erkrankungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Depressionen
- Angsterkrankungen
- Zwangserkrankungen
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen

Eine tagesklinische Psychotherapie ist angezeigt bei Patienten:

- die in ihrer Nähe- und Distanztoleranz erheblich beeinträchtigt sind
- mit chronifizierten psychischen Symptomen oder psychosomatischen Störungen zur intensiven Einleitung einer längerfristigen ambulanten Psychotherapie
- die im stationären Setting zur malignen Regression neigen
- die sich im Übergang zwischen stationärer und ambulanter Psychotherapie befinden
- mit sozialer Indikation (z.B., die Versorgung der Kinder wäre nicht gewährleistet, bei stationärer Behandlung)

Patienten, die in der TK aufgenommen werden, haben eine umfassende Vordiagnostik und Indikationsstellung durch die Institutsambulanz erfahren. In der meist einige Wochen dauernden Wartezeit können die Patientinnen und Patienten ihre Entscheidung zur teilstationären Psychotherapie endgültig treffen und werden dabei ambulant therapeutisch begleitet. Psychotherapie in der Tagesklinik unterscheidet sich in mehrfacher Hinsicht von der ambulanten Psychotherapie. Sie bietet Möglichkeiten, die in der ambulanten Versorgung in der Regel nicht zu realisieren sind. Die Tagesklinik enthält Elemente der ambulanten wie der vollstationären Behandlung. Die Patienten kommen fünf Tage in der Woche für acht, bzw. sechs Stunden. Sie befinden sich gleichzeitig in einer therapie- und beziehungsintensiven Situation in der Klinik als auch in ihrem gewohnten sozialen Kontext zu Hause.

Auf diese Weise besteht täglich die Möglichkeit, ihre problematischen Alltagserfahrungen in den Therapien zu reflektieren und zu korrigieren.

Das Behandlungsangebot erfolgt auf psychodynamischer Grundlage und integriert im Rahmen eines verlaufs- und störungsorientierten Gesamtbehandlungsplans folgende Behandlungsangebote (Tab. 1).

Pflegeverfahren	Medizinisch-therapeutische Verfahren
• Bezugspflege	• Medizinische Visite
• Morgen-und Reflexionsrunde	• Physiotherapie
• Imaginationsgruppe	• Einzeltherapie
• PMR	• Kunsttherapie
• Achtsamkeitsgruppe	• Interaktionsgruppe
• Schmerzmanagementgruppe • geplant ab Dezember 2015	• Sozialtherapeutische Gruppe
	• Musiktherapie
	• Körpertherapie
	• Sport und Bewegungstherapie

Tabelle 1: Behandlungsangebote der Klinik

3 Die Pflege in der Psychotherapie und Psychosomatik

3.1 Theoretische Grundlagen der Pflege

Psychotherapeutische Pflege ist die Unterstützung von Menschen mit Beziehungsstörungen und daraus resultierenden anderen Einschränkungen bei der Gestaltung ihres alltäglichen Lebens und/oder im Umgang mit Krisen- und Belastungssituationen.

Die Grundlage der psychotherapeutischen Pflege bildet die Theorie der Interpersonalen Beziehungen (Peplau 1995) und das Konzept der Bezugspflege. Beide setzen den konzeptuellen Rahmen für die psychodynamische Pflege.

Die Interpersonelle Theorie besagt, dass die Persönlichkeitsstruktur eines Menschen von den zwischenmenschlichen Beziehungen, die er erfahren hat, geformt ist, und dass aktuelle Symptome eines Patienten Ausdruck gestörter zwischenmenschlicher

Beziehungen sind. Demnach spiegeln sich die Schwierigkeiten, die ein Patient in seinem Alltagsleben hat, in der Beziehung zwischen ihm und der Pflegeperson wider. Die Gestaltung des Beziehungs- und Interaktionsprozesses zwischen Patient und Bezugspflegeperson stellt die Basis der Bezugspflege dar und ist Leitgedanke unserer Arbeit.

3.2 Das Konzept der Bezugspflege

Die Bezugspflege ist eine Form der pflegetherapeutischen Beziehungsgestaltung, die zum Ziel hat, Bedingungen für einen Menschen zu schaffen, die ihn in seiner Entwicklung unterstützen. Die Bezugspflege ist primär lösungs- und ressourcenorientiert unter Berücksichtigung psychodynamischer Aspekte. Wesentliche methodische Prinzipien der Bezugspflege sind:

- Beziehung
- Kontinuität
- Kooperation
- Koordination
- Reflexion
- Verantwortung

Im Verlauf der Bezugspflege sorgen wir durch **Kontinuität** für den Aufbau einer Vertrauensbasis und sichern die **Kooperation** mit anderen Berufsgruppen oder Institutionen. Im multiprofessionellen Team werden gemeinsam Behandlungsziele formuliert. Bezugspersonen vertreten die pflegerische Sichtweise und leisten einen Beitrag zur Diagnostik und Festlegung des Therapiefokus. Wir **reflektieren** die pflegetherapeutische Beziehung mit dem Patienten, im kollegialen Austausch oder in der Supervision. Die Bezugspflegeperson übernimmt die **Verantwortung** für den gesamten Pflegeprozess. Sie berät ihn bei der Entlassungsplanung und wirkt unterstützend bei der Suche nach ambulanter Weiterbehandlung.

3.3 Die Rahmenbedingungen in der Pflege

Traditionell hat die Pflege in der Psychosomatik gute Arbeitsbedingungen auf der Station wie in der Tagesklinik. Als Teammitglieder haben die Pflegepersonen immer die Möglichkeit, sich mit den eigenen Beobachtungen einzubringen. Der Umgang ist grundsätzlich respektvoll und wertschätzend. Bis auf die Oberärztin, die festangestellt ist, ist die Berufsgruppe der Ärzte für die Dauer der Ausbildung zum

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Regel für drei Jahre anwesend. Außerdem gibt es festangestellte psychologische Psychotherapeuten und Spezialtherapeuten. Eine Verweildauer der Patienten von wenigstens drei Monaten trägt dazu bei, eine Beziehung aufbauen zu können. In dieser Zeit soll ein psychischer Reifungsprozess in Gang gesetzt werden, der die Patienten zu einer in der Regel erforderlichen nachfolgenden ambulanten Behandlung befähigen soll.

Das Pflegeteam der Tagesklinik besteht aus zwei Mitarbeiterinnen und einem Mitarbeiter, bei einem Stellenschlüssel von 2,3 VK. Alle Personen haben eine über 20-jährige Berufserfahrung und sind teilzeitbeschäftigt. Alle Mitarbeiter haben sich fachspezifisch weitergebildet. Der Altersdurchschnitt beträgt 49 Jahre. Die Arbeitszeit ist von montags bis donnerstags von 7.30 Uhr bis 16.30 Uhr und freitags von 7.30 Uhr bis 15.00 Uhr. Die Kernarbeitszeit, in welcher alle Mitarbeiter anwesend sind, ist von 8.30 Uhr bis 13.30 Uhr.

Um mit den knappen personellen Ressourcen möglichst viele Patienten pflegerisch professionell versorgen zu können, bietet die Pflege auch verschiedene Gruppen an:

- Morgenrunde: 3x wöchentlich für alle und Patienten
 - Achtsamkeitsgruppe: 1x wöchentlich für sechs und Patienten nach Indikation
 - PMR: 1x wöchentlich für sechs und Patienten nach Indikation
 - Imaginationsgruppe: 1x wöchentlich für acht (traumatisierte) Patienten
- Dieses Gruppenangebot soll um die Schmerzmanagementgruppe (SMG) erweitert werden.

4 Das Projekt- „Schmerzmanagement - Implementierung eines Pflegestandards und einer pflegerisch geleiteten Schmerzmanagementgruppe“

4.1 Die Problembeschreibung

Der Schmerz wird von der International Association for the Study of Pain (IASP) als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben, definiert. Diese Definition stellt den **somatischen** Schmerzbegriff in den

Vordergrund und impliziert die Annahme, dass die Stärke des Schmerzes dem Ausmaß der Gewebeschädigung entsprechen muss.

Dieses Schmerzverständnis hat weitreichende Folgen für die Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzzustände. Es erschwert die Realisierung eines **bio-psycho-sozialen** Schmerzverständnisses in der Versorgungspraxis und kann zu einer inadäquaten Behandlung von Schmerzpatienten führen (Egle et al. 2014:7-9).

Um den Patienten ein angemessenes Schmerzmanagement anzubieten und zu vermitteln, sollte jede Pflegekraft über ein aktuelles Wissen und die Kompetenz zur differenzierten und systematischen Schmerzeinschätzung und -behandlung, verfügen. Darüber hinaus, müssen Pflegekräfte in der Lage sein, die notwendigen pflegerischen Maßnahmen ab- und einzuleiten, diese auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen sowie den Patienten und deren Angehörigen kompetent zu beraten (Expertenstandard Schmerzmanagement 2014).

Im Rahmen unserer Arbeit beobachten wir eine Zunahme an Patienten mit chronischen Schmerzen. Ihre pflegerische Versorgung erfolgt weitgehend auf der Grundlage von Erfahrungswissen. Es gibt noch keinen Pflegestandard, für diese Patientengruppe. Die edukativen Gruppenangebote zum Thema Schmerz existieren nur im vollstationären Bereich unter ärztlicher Leitung.

Im Rahmen dieser Projektarbeit soll ein Pflegestandard Schmerzmanagement und ein pflegerisches edukatives Gruppenangebot für Patienten mit chronischen Schmerzen entwickelt und implementiert werden. Das Ziel ist, dieser wachsenden Patientengruppe in der Versorgung gerecht zu werden und das pflegerische Leistungsangebot, auch vor dem Hintergrund von PEPP¹ zu optimieren.

4.2 Chronische Schmerzen - Stand der Forschung

Der Schmerz gehört zu den frühesten, häufigsten und eindrücklichsten Erfahrungen eines Menschen und stellt grundsätzlich eine lebenserhaltende biologische Reaktion auf schädigende Einwirkungen dar (Nobis et.al 2012). In seiner Funktion als Schadensmelder wird zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden.

Als akut wird in der Fachliteratur plötzlich auftretender Schmerz bezeichnet, der für kurze Zeit anhält und meist, in einem klaren Zusammenhang mit einer Gewebe- oder Organschädigung steht. Ist die Schadensursache behoben, klingt der Schmerz ab.

¹

Pauschalisiertes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik

Als chronisch werden anhaltende oder wiederkehrende Schmerzen bezeichnet die primär durch ihre Dauer, mindestens 12 Wochen, gekennzeichnet sind und in einer bedeutsamen Weise Beeinträchtigungen der Lebensqualität im physischen (Mobilitätsverlust und Funktionseinschränkung), psychisch-kognitiven (Befindlichkeit, Stimmung, Denken) und sozialen (sozialer Rückzug) Bereich verursachen.

Der Schmerz ist ein bio-psycho-soziales Phänomen und somit sehr komplexes Geschehen. Die Komplexität des Schmerzens lässt sich nicht mit einfachen biomedizinischen Modellen erfassen, denn das individuelle Schmerzerleben und der Umgang mit dem Schmerz wird von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren, zu denen auch, familiäre, kulturelle und biografische Erfahrungen zählen, stark beeinflusst (Müller-Mund 2008).

Diese Erfahrungen sind im sogenannten Schmerzgedächtnis gespeichert und spielen eine wesentliche Rolle bei der Schmerzverarbeitung. Sie beeinträchtigen nicht nur die Wahrnehmung eines Schmerzreizes, sondern auch dessen kognitive und emotionale Bewertung und daraus resultierende Handlungsplanung.

Heute gilt als wissenschaftlich erwiesen, dass belastende biografische Ereignisse, wie emotionale Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, Unfälle, Krankheiten, Verluste, die Menschen vor allem in den frühen Lebensjahren erfahren haben, zu einer Störung im Bereich der zentralen Schmerz- und Stressverarbeitung führen und die Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms begünstigt. (Egle et al. 2014).

Ein weiteres Risiko der Schmerzchronifizierung stellen auch Persönlichkeitsmerkmale und psychosoziale Belastungen dar. Hierzu zählen:

- Ängstlichkeit und Depressivität
- hoher Leistungsanspruch an sich selbst
- Durchhaltewille und Entspannungsunfähigkeit
- Schon- und Vermeidungsverhalten
- Anhaltender Stress und emotionale Belastungen, wie schwere Krankheit oder Tod einer wichtigen Bezugsperson, emotionale Vernachlässigung innerhalb des sozialen Umfeldes, problematische Beziehungen und damit verbundene Kränkungen (ebd.)

Jedoch können die Patienten zunächst keinen Zusammenhang zwischen ihren Schmerzen und psychosozialen Belastungen erkennen. Sie sind meist davon überzeugt, dass etwas in ihrem Körper krank sein muss, wenn sie lange Zeit an starken Schmerzen leiden. Bei 25 bis 30 % aller Schmerzkranken, sind

ausschließlich psychosoziale Belastungen für das Schmerzgeschehen verantwortlich und es vergehen 7 bis 9 Jahre bis eine psychosomatische Abklärung des Schmerzes stattfindet. In dieser Zeit suchen die Betroffenen im Durchschnitt 9 bis 12 verschiedene Ärzte auf (Ettrich et al 2011). Durch diverse Behandlungsversuche sind die Schmerzpatienten nicht selten mit Folgen iatrogenen Schädigungen belastet. Hierzu zählen Analgetika- und Opioidenabusus, körperliche Schädigungen aufgrund chirurgischer oder orthopädischer Behandlungen, zunehmende körperliche Inaktivität, dysphorische Stimmung, Konflikte mit medizinischem Personal und mit Bezugspersonen. (Egle et al 2001). Die erlebten Misserfolge der Patienten wirken sich negativ auf ihr Selbstwertgefühl und ihre Selbstwirksamkeit aus, was sich in ihrer hilflosen, resignierten und passiven Haltung widerspiegelt.

Bei Patienten mit chronischen Schmerzen hat die Förderung des Selbstmanagements durch Information, Schulung und Beratung eine zentrale Bedeutung. Das wesentliche Prinzip des Selbstmanagements ist, dass die Patienten in ihrer Eigenverantwortung und Eigenaktivität gestärkt und gefördert werden. Je größer ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung ist, desto mehr sind sie in der Lage, für sich selbst zu sorgen und Maßnahmen zur Bewältigung, Kontrolle und Reduktion des Schmerzes umzusetzen (Expertenstandard Schmerzmanagement 2014).

Hier kommt der Berufsgruppe Pflege auf Grund ihrer Nähe zum Patienten, die besondere Rolle zu, sie bei der Entwicklung von Kompetenzen und Strategien des Schmerzmanagements zu unterstützen (Müller-Mund 2008).

4.3 Der Pflegestandard Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen

Die Entwicklung eines Pflegestandards Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen, erfolgte in Anlehnung an den gleichnamigen Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Die Anforderungen des Expertenstandards beziehen sich auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und definieren die Aufgaben und Kompetenzen der Pflegekräfte.

Als Zielsetzung gibt der Standard vor, dass jeder Patient mit chronischen Schmerzen ein individuell angepasstes Schmerzmanagement erhält. Das Schmerzmanagement soll zur Schmerzlinderung, zum Erhalt oder zur Erreichung einer bestmöglichen Lebensqualität und Funktionsfähigkeit sowie zu einer stabilen und akzeptablen Schmerzsituation beitragen und schmerzbedingten Krisen vorbeugen.

Die Anwendung des Expertenstandards in der Praxis muss an die Besonderheiten des jeweiligen Versorgungssettings angepasst werden.

Unter Berücksichtigung der Vorgaben des Expertenstandards erstellte die Projektgruppe einen Pflegestandard Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen (s. Anhang).

4.4 Assessmentinstrumente: Deutscher Schmerzfragebogen (DSF) und Numerische Rating Skala (NRS)

Chronische Schmerzen stellen ein komplexes multidimensionales Phänomen dar, das gleichzeitig somatische, psychische und soziale Faktoren aufweist. Innerhalb eines bio-psycho-sozialen Modells des Schmerzes wird davon ausgegangen, dass neben den körperlichen Befunden auch psychische und soziale Faktoren das Erleben und Verhalten des Schmerzpatienten modulieren und wesentliche aufrechterhaltende und verstärkende Bedingungen für das Schmerzgeschehen darstellen. Daher ist ihre Erfassung unmittelbar nützlich und notwendig für die Therapieplanung. Der subjektive Bericht des Patienten über seine Erkrankung ist die Grundlage für alle darauf aufbauenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Deutsche Schmerzgesellschaft 2015).

Die Entscheidung, als Instrument für ein differenziertes multidimensionales Schmerzassessment bei chronischem Schmerz den Deutschen Schmerzfragebogen (DSF), anzuwenden, ist begründet durch:

- die standardisierte Erhebung mit Berücksichtigung der bio-psycho-sozialen Schmerz Aspekte
- die Abbildung nahezu aller Domänen der Pflegeergebnisklassifikation (NOC) abbilden kann, empfohlen
- den Modularen Aufbau, der eine individuelle Kombination der Module erlaubt
- die Praktikabilität, Reliabilität und Validität des Bogens, welcher durch Studien belegt wurde
- das Vorliegen eines Handbuchs zur Auswertung der erhobenen Daten, die online kostenlos von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. zu Verfügung gestellt und für die praktische Anwendung im klinischen Alltag von einer Pflegekraft bearbeitet wurde
- der Bogen wird bereits im stationären Bereich unserer Klinik verwendet und als praktikabel und aussagekräftig empfunden

- die Schmerzambulanz der Uni Kliniken Düsseldorf, in welcher unsere Patienten konsiliarisch vorgestellt werden, ebenfalls der DSF als Instrument zur Erfassung der Schmerzsituation verwendet.

Bei der Einschätzung der subjektiven Schmerzintensität haben wir uns für die Numerische Rating Skala (NRS) entschieden. Sie wird bereits im DSF-Bogen verwendet. Sie eignet sich für die Messung konkreter Schmerzepisoden und Unwohlbefinden bei emotionaler oder körperlicher Erregung.

Die Fragebogen werden von den Patienten selbständig ausgefüllt. Die so erhobenen Daten werden von den Pflegekräften ausgewertet. Die Auswertungsergebnisse werden mit den Patienten und im interdisziplinären Team besprochen.

Da die MA der Pflege keine Erfahrung in der Auswertung der Fragebogen haben, wurde eine Schulung durch Fr. Endrikat durchgeführt.

4.5 Patientenedukation – Die Schmerzmanagementgruppe (SMG)

Unter dem Begriff der Edukation wird planvolle Herbeiführung einer Lernerfahrung auf Seiten von Patienten verstanden. Ziel ist es, die Selbstpflege- und weitergehende Selbstmanagementkompetenzen der Patienten zu fördern. Die bio-psycho-sozialen Zusammenhänge sollen vermittelt und die Patienten befähigt werden, sie mit ihrem eigenen Leben zu verknüpfen und zu reflektieren, desweiteren ihre Gesundheitsprobleme zu kommunizieren und das Behandlungsangebot zu nutzen.

Die SMG findet einmal wöchentlich als geschlossene Gruppe statt. Es werden sechs Themen, die aufeinander aufbauen, anhand von Fragebogen gemeinsam erarbeitet.

Hier wird der Unterschied zu den sonst im Hause üblichen Gruppentherapien deutlich: man sitzt am Tisch, hat Unterlagen und etwas zu schreiben vor sich.

Die Einheiten² sind:

- „Gesundheit und Krankheit“, in dieser Einheit wird das Modell der Salutogenese, nach Antonovsky vorgestellt und die bio-psycho-sozialen Zusammenhänge der Gesundheit und Krankheit vermittelt. Ziel ist die es, das Vorhandensein von Ressourcen zu ermitteln und diese ins Bewusstsein zu bringen
- „Anspruch an mich selbst“, diese Einheit beschäftigt sich mit dem Thema Stress. Es wird Wissen über neurobiologische Zusammenhänge von Schmerz- und Stressverarbeitungssystemen vermittelt. Ziel ist, die individuelle

² vgl. Konzept Schmerzmanagement

Stresserfahrung zu reflektieren und Strategien zur Minimierung von Stress zu entwickeln

- „Belastungsgrenzen“, in dieser Einheit setzten sich die Patienten weiter mit ihrem Stressverhalten auseinander und lernen ihre Grenzen wahrzunehmen. Darüber hinaus werden ihre Erfahrungen mit Entspannungstechniken reflektiert
- „Meine Auszeit“, in dieser Einheit werden die Patienten für die Selbstfürsorge sensibilisiert. „Inseln der Erholung“(Auszeiten, Pausen) werden reflektiert und achtsamer Umgang mit sich selbst gefördert
- „Möglichkeiten der Schmerzbeeinflussung“, diese Einheit verdeutlicht, dass jeder Mensch über Möglichkeiten der Schmerzbeeinflussung verfügt Erfahrungen mit Bewegung, Entspannung und Ablenkung werden reflektiert und effektive Strategien abgeleitet
- „Umgang mit chronischem Schmerz in sozialem Umfeld“, Schmerzpatienten erleben sich häufig als Belastung für ihr soziales Umfeld. In dieser Einheit üben die Patienten die Fähigkeit, ihre Wünsche und Bedürfnisse auszudrücken und arbeiten an ihrer Selbstmanagementkompetenz
- „Reflexionsrunde“, einmalig findet eine Evaluationsrunde von 45 Minuten statt in der sowohl die Patienten als auch die Gruppenleitung Zeit haben, ausführlich zu reflektieren und ggf., über Veränderungen nachzudenken

diese Einheit dient der Evaluierung des Gruppenangebots.

4.6 Die Umsetzung des Projektes

Anfang September wurde die Einwilligung für das Thema von Fr. Dr. Joksimovic, der leitenden Oberärztin und Herrn Nowak, dem Pflegedienstleiter, eingeholt und der Auftrag für das Projekt erteilt.

Mit Herrn Nowak wurde die Mitarbeit von Frau Endrikat, eine Kollegin aus dem stationären Bereich, als einzige Projektmitarbeiterin, besprochen. Frau Endrikat hat bereits Erfahrung in der Versorgung der Schmerzpatienten im stationären Bereich. Mit Herrn Nowak wurde vereinbart, nach Möglichkeit, die Arbeitstreffen in die Dienstzeit zu legen. Die fachliche Betreuung des Projektes wurde von der leitenden Stabsstelle für Pflegeentwicklung Frau Reichmann übernommen. Mit Frau Reichmann wurde noch einmal der Punkt Projektkosten angesprochen. Sie vertritt die Ansicht, dass personell kaum Zusatzkosten entstehen, da die Arbeitstreffen in der Dienstzeit und die Kopierkosten für die Unterlagen zu vernachlässigen seien.

Auf Grund dieser Aussage wird nur eine grobe Einschätzung der Kosten vorgenommen.

Kosten

Mitte September erfolgt die Kick-off-Veranstaltung, die Abstimmung der Projektumsetzung mit Frau Endrikat.

Beim ersten Arbeitstreffen wurde die Aufgaben besprochen und verteilt und der zeitliche Rahmen festgelegt. Es müssen mehrere Unterlagen erstellt werden:

- Der Pflegestandard Schmerzmanagement
- Das Konzept Schmerzmanagement
- Das Patienten-Handout
- Schulungsunterlagen zur Schmerzmanagementgruppe (SMG)

Hierfür war eine umfassende Literaturrecherche notwendig. Frau Endrikat übernahm die Recherche zum Thema Schmerz und Frau Grüneberg recherchierte zum Thema Schmerz in der Pflege. Die Arbeitstreffen fanden je nach Dienst 1x wöchentlich statt und verliefen konstruktiv. Recherchiertes wurde zusammengetragen, kritisch überprüft und in die entsprechende Vorlage des LVR-Klinikums für Pflegestandards und Konzepterstellung gebracht.

Anfang Oktober wurde der Pflegestandard Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen Fr. Reichmann zur Durchsicht vorgelegt. Ihre fachlichen Rückmeldungen

wurden berücksichtigt. Auf Anfrage genehmigte Hr. Nowak für Mitte Oktober, ein außerordentliches Pflege team zum Thema Schmerzmanagement. Mitte Oktober sollte der Pflegestandard Schmerzmanagement implementiert sein. Es kam jedoch zu Verzögerungen, da Frau Reichmann sehr beschäftigt war. Um den Zeitplan einhalten zu können, wurde mit der Erstellung des Konzepts Schmerzmanagement begonnen.

Ende Oktober wurde das Konzept Schmerzmanagement der OÄ der Tagesklinik zur Durchsicht vorgelegt und im interdisziplinären Team vorgestellt und verabschiedet. Im Rahmen des außerordentlichen Pflege teams wurden der Pflegestandard und das Schmerzmanagementkonzept vorgestellt und die Mitarbeit der beiden Kollegen bei der Implementierung des Standards und der SMG besprochen. Das Thema stieß auf großes Interesse und der Austausch verlief konstruktiv. Außerdem wurden verschiedene Räumlichkeiten zur Durchführung der Gruppe auf Zweckmäßigkeit geprüft.

Ab Anfang November, arbeitet die Projektgruppe am Patienten-Handout und der inhaltlichen Strukturierung für die Schmerzmanagementgruppe, die erstmalig am 8. Dezember stattfinden soll. Ein Treffen mit der OÄ Fr. Dr. Joksimovic und dem Projektteam findet statt. Einladung einmal in der SMG von Fr. Joksimovic zu hospitieren wird angenommen. Hospitation hat stattgefunden.

5 Literatur

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP).

Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen.
Hochschule Osnabrück: 2014

Die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.

Deutscher Schmerzfragebogen

<http://www.dgss.org/deutscher-schmerzfragebogen/> (Stand 4.11.2015)

Handbuch DSF Deutscher Schmerz-Fragebogen

http://www.dgss.org/fileadmin/pdf/pdf_2/DSF-Manual_2015.pdf (Stand 4.11.2015)

Egle UT, Zentgraf B. Psychosomatische Schmerztherapie: Grundlagen, Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag: 2014

Egle UT, Nickel R, Schwab R, Hoffmann SO: Die somatoforme Schmerzstörung.

Dtsch. Arztl. 2000: 97(21): A 1469–73.

Ettrich U, Reuter U, Seifert J, Günther KP: Rückenschmerz aus orthopädischer Sicht. In: Ärzteblatt Sachsen 2 / 2011: 61-64

Leitbild LVR-Klinikum Düsseldorf

http://www.klinikum-duesseldorf.lvr.de/de/nav_main/ueber_uns/leitbild/leitbild_1.html
(Stand:01.10.2015)

<https://www.slaek.de/de/04/aerzteblatt/archiv/2011/ae022011.php>

Needham, I. (2000): Rezeption der Bezugspflege in der Psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum: eine Literaturübersicht.

http://www.needham-abderhalden.ch/Übersicht_deutsche_Literatur.pdf

(Stand:20.05.2012)

Nobis HG, Rolke R, Graf-Baumann T (Hrsg.). Schmerz- eine Herausforderung. Information für Betroffene und Angehörige. Springer Medizin Verlag. München:2012

Pepplau, H.E. Interpersonale Beziehungen in der Pflege: Ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege. Basel: Recom-Verlag; 1995

Psychosomatik: Gedanken-Gefühle-Gebrechen

<http://psychotraining.beepworld.de/psychosomatik.htm> (Stand: 07.10.2015)

Müller-Mundt G. Bewältigungsherausforderungen des Lebens mit chronischem Schmerz –Anforderungen an die Patientenedukation. [Verlag Juventa](#)

Pflege&Gesellschaft 13. Jg. 20. 2008: 32-48