

Evaluation des Schmerzmanagements am Beispiel eines Tiroler Bezirkskrankenhauses

Ergebnisbericht

Antragsteller: Petra Geiger, BScN

Schwaz, Juli 2014

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.2 Ziel der Studie	1
2 Methodik	1
2.1 Erhebungsinstrument	1
2.2 Durchführung der Datenerhebung	2
2.3 Datenanalyse	2
3 Ergebnisse	2
3.1 Vergleich 2008 mit 2013/2014	2
3.2 Stichprobe 2013/2014 – Vergleich Behandlungsart	4
4 Conclusio	5
5 Literaturverzeichnis	7

Aus Gründen der sprachlichen Vereinfachung sind alle personenbezogenen Aussagen als geschlechtsneutral zu verstehen.

1 Einleitung

Eine suffiziente Schmerztherapie im klinischen Setting gilt als grundlegende Pflicht im Rahmen der Patientenversorgung (Erlenwein et al., 2012).

Trotz zahlreicher Bemühungen in den letzten Jahrzehnten das Schmerzmanagement in Kliniken und Krankenhäusern zu verbessern, ist die Schmerzprävalenz im stationären Bereich der Akutversorgung jedoch immer noch sehr hoch (Maier et al., 2010).

1.2 Ziel der Studie

Auf Basis der Evaluierungsdaten von Polanezky (2008) ist das Studienziel die Überprüfung einer nachhaltigen Implementierung des Schmerzmanagements im Bezirkskrankenhaus Schwaz. Zudem erfolgt die Darstellung, ob durch die Übertragung der Verabreichung der intravenösen Medikamente in den pflegerischen Tätigkeitsbereich Veränderungen hinsichtlich des Schmerzmanagements ersichtlich sind. Als Indikatoren zur Beantwortung dieser Fragestellung werden Schmerzprävalenz, Schmerzintensität und die Wartezeit auf die Verabreichung eines Analgetikums herangezogen.

2 Methodik

Nachfolgend werden das Erhebungsinstrument sowie die Durchführung der Datenerhebung und –analyse kurz dargestellt.

2.1 Erhebungsinstrument

Für die Datenerhebung wurde das American Pain Society Patient Outcome Questionnaire (APS–POQ) in modifizierter Form verwendet. Das vorliegende Messinstrument wurde

bereits für die Untersuchung von Polanezky (2008) im Bezirkskrankenhaus Schwaz verwendet, mit der die Ergebnisse diese Studie verglichen werden.

2.2 Durchführung der Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte nach Freigabe durch die medizinische Ethikkommission von November 2013 bis Januar 2014. Befragt wurden alle Patienten der bettenführenden Stationen, die den Ein- und Ausschlusskriterien der Studie entsprachen und im Befragungszeitraum stationär aufgenommen wurden.

Die Datenerhebung erfolgte bei konservativen Patienten einen Tag nach der Aufnahme, bei operierten Patienten am ersten postoperativen Tag.

2.3 Datenanalyse

Die codierten Daten wurden mit dem Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21.0) analysiert.

3 Ergebnisse

Im Jahr 2008 nahmen insgesamt 172 (Rücklauf: 70,2%) Patienten an der Untersuchung teil. Bei der Erhebung 2013/2014 betrug der Rücklauf 83,81%. 297 (20,73%) Fragebögen wurden auf Grund inhaltlicher (weniger als die Hälfte des Fragebogens ausgefüllt) und formaler Mängel (Code fehlte, Datum fehlte, schriftliche Einverständniserklärung fehlte) ausgeschlossen. Somit wurden bei der Erhebung 2013/2014 insgesamt 904 (63,08%) Fragebögen in die Auswertung aufgenommen.

3.1 Vergleich 2008 mit 2013/2014

Beim Vergleich der Ergebnisse der Befragung aus dem Jahr 2008 mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2013/2014 zeigten sich signifikante Unterschiede in Bezug auf die

Schmerzprävalenz (Chi-Quadrat: 21,22; $p < 0,001$). 92 (53,5%) der Befragten im Jahr 2008 gaben an innerhalb der letzten 24 Stunden Schmerzen verspürt zu haben. Bei der Erhebung im Jahr 2013/2014 äußerten 556 (71,6%) der Befragten Schmerzen in diesem Zeitraum.

Die Schmerzintensität zum Zeitpunkt der Befragung war im Jahr 2008 signifikant höher als bei der Befragung im Jahr 2013/2014 (U: 49491,000; $p = 0,007$). Die stärksten Schmerzen innerhalb der letzten 24 Stunden wurden jedoch bei der Befragung 2013/2014 signifikant höher angegeben als im Jahr 2008 (U: 66884,500; $p < 0,001$). Auch bei der durchschnittlichen Schmerzintensität zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen den beiden Befragungen (U: 57345,5000; $p < 0,001$). Ebenso wurden bei der Befragung 2013/2014 signifikant mehr Schmerzen bei Bewegung (U: 62287,000; $p = 0,026$) sowie in Ruhe (U: 55111,000; $p < 0,001$) angegeben.

In Bezug auf die Zufriedenheit mit der Aufklärung und Information zur Schmerztherapie (U: 26350,000; $p = 0,212$) sowie mit dem gesamten Schmerzmanagement (U: 31460,500; $p = 0,065$) konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Erhebungszeiträumen festgestellt werden.

Bei der Erhebung 2008 gaben 94,8% ($n = 99/105$) der Befragten an, dass sie innerhalb von 30 Minuten nach Schmerzáußerung ein entsprechendes Medikament erhielten. Die Antwortmöglichkeiten „gar nicht“ sowie „ich habe keine Schmerzen geäußert“ wurden von keiner Person gewählt. Bei der Befragung 2013/2014 gaben 83% ($n = 528/636$) der befragten Patienten an, bei Bedarf innerhalb von 30 Minuten ein Analgetikum erhalten zu haben. 0,3% gaben an, dass sie kein Schmerzmittel erhalten haben und 12,6% ($n = 80/636$) wählten die Antwortmöglichkeit „habe keine Schmerzen geäußert“. Hier zeigten sich signifikante Unterschiede bei der Überprüfung mittels Chi-Quadrat Test (Chi-Quadrat: 15,784; $p = 0,003$).

3.2 Stichprobe 2013/2014 – Vergleich Behandlungsart

Anhand der Ergebnisse zeigte sich, dass die Schmerzprävalenz in der Gruppe der operativ versorgten Patienten (77,2%) signifikant höher war als in der Gruppe der nicht operativ versorgten Patienten (64,7%; Chi-Quadrat: 14,382; $p < 0,001$).

Die Schmerzintensität wurde von den operativ versorgten Patienten zum Zeitpunkt der Befragung (U: 66884,500; $p < 0,001$); bei Bewegung (U: 65251,000; $p < 0,001$) sowie in Ruhe (U: 76763,000; $p = 0,004$) signifikant höher angegeben als von den konservativ behandelten Patienten. Auch die stärksten Schmerzen in den letzten 24 Stunden wurden in der Gruppe der operativ versorgten Patienten höher eingestuft als in der Gruppe der nicht operativ versorgten Patienten (U: 81308,000; $p = 0,011$).

Mehr als die Hälfte der operativ versorgten Patienten (56,87%; $n = 265/466$) gab die Operation als Ursache ihrer Schmerzen an. In der Gruppe der konservativen Patienten waren 48,68% ($n = 129/265$) der Meinung, dass die Erkrankung/ Verletzung Ursache ihrer Schmerzen war. Während in der Gruppe der operierten Patienten nur 5,79% ($n = 27/466$) nicht wussten woher ihre Schmerzen kamen, war sich mehr als ein Drittel der konservativ behandelten Patienten (33,58%; $n = 89/265$) unklar über die Schmerzursache.

In Bezug auf den Erhalt der Schmerztherapie konnte festgestellt werden, dass signifikant mehr operativ versorgte Patienten (53%; $n = 248/468$) als konservativ versorgte Patienten (40,4%; $n = 145/359$) angaben Schmerzmittel zu erhalten (Chi-Quadrat: 14,650; $p = 0,001$).

In Bezug auf die Wartezeit auf ein Analgetikum nach Schmerzäußerung konnte festgestellt werden, dass operativ versorgte Patienten schneller ein Schmerzmittel erhielten als konservativ versorgte Patienten (Chi-Quadrat: 12,432; $p = 0,014$).

4 Conclusio

Die Ergebnisse der Studie decken sich zum Teil mit bereits vorhandenen Ergebnissen aus großen Schmerzprävalenzerhebungen (Maier et. al., 2010; Strohbücker et al., 2005).

Limitationen ergeben sich einerseits aufgrund der unterschiedlichen Stichprobengröße der Befragungen 2008 und 2013/2014. Auch die Dauer der Befragung erscheint zu unterschiedlich, um einen aussagekräftigen Vergleich der Daten durchführen zu können. Ebenso werden Unterschiede in der Art der Datenerhebung angenommen. Unterschiede innerhalb der Stichproben ergeben sich auch aus der Studienpopulation. Die Behandlungsart wurde zwar im Rahmen der Erhebung 2008 nicht erfasst, trotzdem lässt sich aufgrund der Zuordnung der Fachbereiche ein höherer Anteil an konservativ versorgten Patienten vermuten. Während im Jahr 2008 39,5% der befragten Patienten an den allgemein- und unfallchirurgischen Stationen betreut wurden, war dies bei der Erhebung 2013/2014 mehr als die Hälfte der Befragten (53,2%). Dies könnte vor allem die Schmerzprävalenz sowie die Schmerzintensität verzerrt haben.

Die Evaluierung des im Jahre 2008 eingeführten Schmerzmanagements zeigt, dass Schmerzen im Krankenhaus im Alltag immer präsent sind und es daher unumgänglich ist, Schmerzen auf Basis des Schmerzbehandlungsalgorithmus zu behandeln. Die Schmerzmessung muss anhand von Skalen oder anderen Schmerzeinschätzungsinstrumente erfolgen, es müssen medikamentöse Stufenpläne erarbeitet werden und PatientInnen regelmäßig nach Schmerzen befragt werden. Die Schulung der im Behandlungsprozess beteiligten MitarbeiterInnen ist erforderlich.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Praxis könnte der vermehrte Einsatz von nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Schmerzlinderung sein. In diesen Bereichen würden sich auch Schulungen anbieten, um das Bewusstsein des medizinischen Personals für den Einsatz derartiger Maßnahmen zu erweitern. Auch Empfehlungen, wie sie Laubenthal und

Neugebauer (2009) in der S3-Leitlinie für die Akutschmerztherapie aussprechen, könnten noch verstärkt in der Praxis umgesetzt werden (Vermeiden von Gaze-Verbänden bei offenen Wunden; Verbandsmaterialien wählen, die möglichst lange Intervalle zwischen den einzelnen Verbandswechsel zulassen,...).

5 Literaturverzeichnis

Erlenwein J., Stüder D., Lange J. – P., Bauer M., Petzke F., Przemeczek M. (2012): Prozessoptimierung durch zentrale Steuerung der Akutschmerztherapie. In: Anästhesist, 2012, 61: 971 – 983

Maier C., Nestler N., Richter H., Hardinghaus W., Pogatzki – Zahn E., Zenz M., Osterbrink J. (2010): Qualität der Schmerztherapie in deutschen Krankenhäusern. In: Deutsches Ärzteblatt 2010, 107 (36): 607 – 614

Polanezky G. (2008): Schmerzmanagement am Bezirkskrankenhaus Schwaz. unveröffentlichter Projektendbericht

Strohbücker B. (2005): Medikamentöse Schmerzbehandlung. In: Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (DNQP). Osnabrück, DNQP, S. 76 – 80

Strohbücker B., Mayer H., Evers G., Sabatowski R. (2005): Pain Prevalence in Hospitalized Patients in a German University Teaching Hospital. In: Journal of Pain and Symptom Management, 2005, 29 (5), 498 – 506