

Pflegegeleitete Analgesie im Rahmen eines interprofessionellen Schmerzkonzepts im Notfallsetting

Schmerzlinderung zur Priorität machen

Der Zeitraum bis zur ersten Schmerzmittelgabe verringert sich, wenn geschulte Pflegefachpersonen selbständig eine Schmerzbehandlung bei Patient:innen einleiten («Nurse-Initiated Analgesia»). Möglich ist dies auf der Basis einer «Standard Operating Procedure» im Rahmen eines interprofessionellen Schmerzkonzepts.

Text: Claudia Dell'Apollonia, Nadja Pedrocchi, Patrik Honegger, Ksenija Slankamenac, Dagmar Keller

Herr G., 22 Jahre, stellt sich um 13.40 Uhr mit Unterbauchschmerzen im Notfall vor. Bereits im Wartebereich mit Sitz- und Liegemöglichkeiten führt die Pflegefachperson ein Schmerzassessment durch. Sie erfährt, dass die Schmerzen kurz nach zehn Uhr begonnen haben. Um 11 Uhr hat der Patient nach eigenen Angaben eine Tablette Dafalgan eingenommen. Daraufhin trat jedoch keine Besserung ein. Eine bauchdeckenentlastende «Beach Chair»-Lagerung mit angewinkelten Knien wirkt spürbarschmerzlindernd. Die Pflegefachperson fragt Herrn G., ob er ein Schmerzmittel wünscht. Der Patient bejaht dies. Daraufhin klärt die Pflegefachperson ab, ob Kontraindikationen oder Risikosituationen für die Medikation bestehen. Kurz vor 14 Uhr erhält Herr G. Novalgin per os. Bei den anschließenden diagnostischen Abklärungen verspürte er bereits deutlich weniger Schmerzen. Nach 45 Minuten erfolgt ein Re-Assessment. Herr G. bestätigt eine gute Wirksamkeit. Er bedankt sich dafür, dass er «so schnell schmerzfrei sein konnte».

Schmerz ist ein «Notfall»

Schmerz gehört zu den häufigsten Leit- oder Begleitsymptomen von Patient:innen im Notfallsetting. In fast 80 Prozent der Fälle ist Schmerz die Ursache für eine Notfallbehandlung (Abdolrazaghejad et al., 2019). Das Abwarten diagnostischer Testergebnisse und medizinischer Abklärungen verzögert oft eine zeitnahe Analgesie im Notfallbereich (Janati et al., 2018). Unbehandelter Schmerz verursacht jedoch einen hohen Leidensdruck bei Patient:innen und wirkt sich physiologisch belastend aus: Herzfrequenz, Blutdruck, Atemfrequenz und myokardialer Sauerstoffbedarf erhöhen sich. Hyperkoagulabilität und eine beeinträchtigte Immunfunktion sind weitere Folgen (Patil et al., 2017). Sich dem Schmerz der Patientin oder des Patienten zuzuwenden, ist deshalb «eine der wichtigsten Handlungen von Fachpersonen im Notfallsetting» (Patil et al., 2017).

Für Patient:innen ist Schmerz stets «ein Notfall» (Motov & Khan, 2009). Fachpersonen sollten das anerkennen und der Schmerzlinderung hohe Priorität zuweisen (Motov & Khan, 2009).

Schmerzbehandlung in der Notaufnahme gilt als Indikator für die Versorgungsqualität in diesem Setting (Janati et al., 2018). Internationale Studien beschreiben jedoch das Problem einer geringen Priorisierung von Schmerz im Notfallbereich («Oligoanalgesie»). Die Ursachen sind vielfältig. Zu den wichtigsten Gründen zählen:

- unzureichende Organisation des berufsgruppenübergreifenden Schmerzmanagements
- fehlende Leitlinien für das Schmerzassessment, die Schmerzbehandlung und die Evaluation der Schmerztherapie im Notfallbereich
- mangelnder Einbezug der Bedürfnisse der Patient:innen
- ethnische, kulturelle und altersbedingte Voreingenommenheit
- «Opiophobie»: Vorurteile bezüglich der Risiken einer Opioidgabe (Janati et al., 2017, Motov & Khan, 2009)

Für Patient:innen ist Schmerz stets ein Notfall.

Es besteht ein hoher Bedarf, Schmerz im Notfallsetting stärker ins Zentrum der Aufmerksamkeit zu rücken. Untersuchungen belegen, dass eine zeitnah eingeleitete Analgesie zu einer früheren Mobilisierung, einem kürzeren stationären Aufenthalt, geringeren Spalkosten und höherer Patientenzufriedenheit beitragen (Patil et al., 2017).

Die Schlüsselrolle der Pflege

Oft sind Pflegefachpersonen die ersten Kontaktpersonen für Menschen, die aufgrund von Schmerz die Notfallstation aufsuchen. Somit kommt der Pflege eine Schlüsselrolle im Schmerzmanagement zu (Alotny et al., 2022). Weltweit haben sich Schmerzmanagementprotokolle als Grundlage einer zeitnahen Schmerzreduzierung etabliert. Der Zeitraum bis zur ersten Schmerzmittelgabe verringert sich dadurch signifikant: Meistens erfolgt die Schmerzmittelgabe innerhalb der ersten 15 Minuten nach Eintreffen auf der Notfallstation (Patil et al., 2017; Pierik et al., 2016). Pflegegeleitete Schmerzmanagementprotokolle ermöglichen, dass Pflegefachpersonen frühzeitig eine Analgesie einleiten können – noch vor dem Erstkontakt mit der Ärztin oder dem Arzt («Nurse-Initiated Analgesia»). Dadurch verkürzt sich die Wartezeit bis zum Beginn einer Schmerzbehandlung (Pierik et al., 2016).

Auf Notfallstationen in der Schweiz wenden Pflegefachpersonen bereits Schmerzmanagementprotokolle an – etwa zu 70 Prozent in der Behandlungszone und zu 56 Prozent in der Wartezone (Bourgeois et al., 2019). Auch im Institut für Notfallmedizin des Universitätsspitals Zürich besteht bereits ein Protokoll für die Wartezone. Um die Anwendung zu optimieren, entwickelten wir ein multimodales, interprofessionelles Schmerzkonzept mit integriertem Protokoll – gestützt auf aktuelle Evidenz und medizinische Richtlinien. Auf der Basis einer «Standard Operating Procedure» kann das Schmerzassessment bereits in der Triage-/Wartezone beginnen. Dadurch ist es möglich, die Kaskade von negativen Auswirkungen frühzeitig zu durchbrechen und schmerzbedingten Komplikationen entgegenzuwirken. Das Protokoll sieht vor, dass geschulte Pflegefachpersonen zur Schmerzmittelabgabe berechtigt sind. Dies erfolgt kompetenzgerecht und unter Berücksichtigung der individuellen Patientenfaktoren.

Ziele des Protokolls

Bei der Entwicklung des Schmerzprotokolls setzten wir uns folgende Ziele:

- die Sicherheit und Pflegequalität von schmerz betroffenen Patient:innen zu erhöhen
- ein standardisiertes, zeitnahes Vorgehen zu gewährleisten – in Bezug auf Schmerzerfassung, Therapie, Re-Assessment, Dokumentation, Verlegungs- und Austrittsmanagement
- bestehende Abläufe und Prozesse verbessern und die interprofessionelle Zusammenarbeit optimieren
- die pflegerisch initiierte Analgesie mit peroraler Schmerzmittelabgabe soll nicht nur im Triage-/Wartebereich zur Anwendung kommen, sondern in allen Bereichen der Notfallstation – auch im «Fast Track» und im Gipszimmer

Das Schmerzkonzept beinhaltet ein Pain-Management Protokoll (PMP) als praktische Anleitung im klinischen Alltag. Zu diesem Zweck haben wir themenbezogene Flow-Charts mit Fokus auf Schmerzerfassung, -behandlung und -evaluation erarbeitet. Das PMP unterstützt das Team bei der Entscheidungsfindung: Welche Schmerzbehandlung benötigt diese:r Patient:in in der aktuellen Situation? Welche Risikofaktoren und Komplikationen bestehen?



Bereits im Triagebereich soll bei Notfallpatient:innen das Schmerzmanagement beginnen.



Der zeitliche Ablauf der Konzeptentwicklung, Pilotierung, Implementierung und Evaluation ist in Abbildung 1 dargestellt.

«Nurse-Initiated Analgesia»

Schmerz schneller behandeln

«Nurse-Initiated Analgesia» (NIA) ist eine nicht-ärztliche Verschreibungsform: Eine Pflegefachperson kann auf Grundlage ihrer klinischen Beurteilung des Patient:innenzustands vorab genehmigte (d. h. in Richtlinien oder im Protokoll festgelegte) Medikamente ohne ärztliche Genehmigung verabreichen. Bisher mussten Patient:innen warten, bis sie von einer:r Ärzt:in beurteilt wurden, um ein Analgetikum zu erhalten.

«Um eine frühzeitige Schmerzlinderung [...] zu erreichen, kommt im Notfallsetting zunehmend eine pflegerisch initiierte Analgesie zum Einsatz» (Varndell et al., 2018, S. 46).

NIA «fördert einen effektiveren und effizienten Prozess bei der Schmerzbehandlung» (Varndell et al., 2018, S. 52).

Bereits während der Entwicklungsphase habe wir eine Gruppe von sechs Themenbeauftragten zusammengestellt, bestehend aus Kaderärzt:innen und sechs Pflegefachpersonen. In diesem Rahmen erfolgten bereits Pretestings des Konzepts anhand von Fallbeispielen mit nützlichen Rückmeldungen. Die Themenbeauftragten waren von Anfang an in projektbezogene Fragen einbezogen und wurden fortlaufend zum Thema Schmerz geschult. Während der Pilotphase im November 2022 testeten 20 Pflegefachpersonen eine Woche lang das Protokoll auf Praktikabilität und Korrektheit im Alltag. Die Pilotphase war interprofessionell begleitet durch eine Kaderärztin, eine Fachexpertin und die Pflegeexpertin des Instituts für Notfallmedizin.

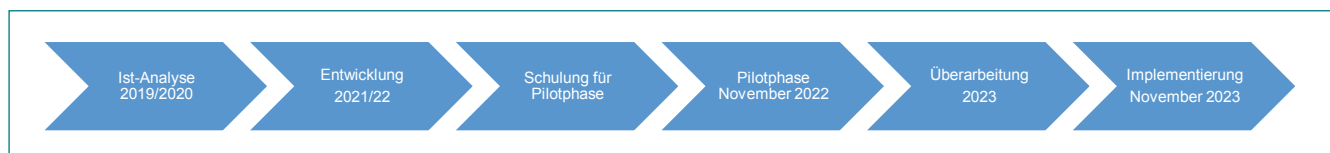


Abbildung 1: Timeline der Entwicklung und Implementierung des pflegegeleiteten Schmerzprotokolls

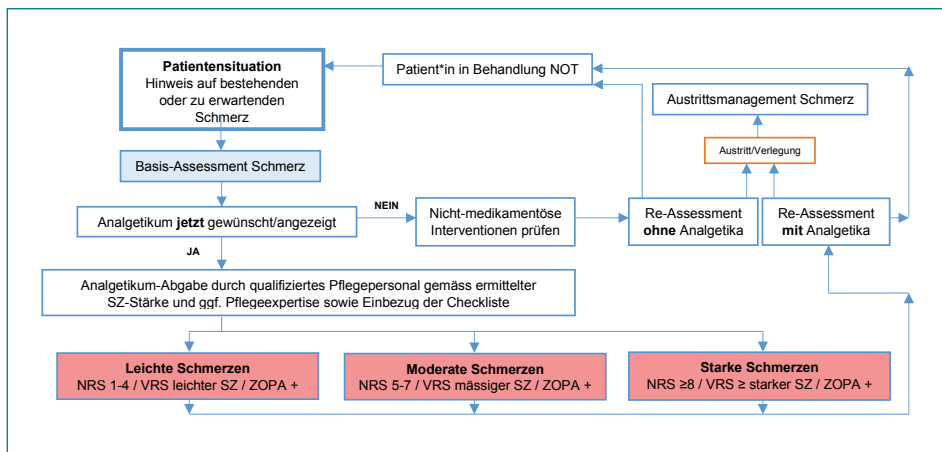


Abbildung 2: Ausschnitt aus der PMP-Prozess-Übersicht

Aktuell befinden wir uns in der Überarbeitungsphase – wir integrieren die Rückmeldungen der Testphase und bereiten die Implementierung vor. Eine Evaluation ist für 2024 geplant. Das Vorgehen bei der Schmerzmittelgabe ist in Abbildung 2 dargestellt.

Erfahrungen der Testphase

Während der Pilotphase zeigte sich eine deutliche Tendenz: Die Zeitspanne bis zur ersten Schmerzmittelgabe verkürzt sich. Die Rückmeldungen der testenden Pflegefachpersonen waren positiv: «Dank des Konzepts hat Schmerz als Leitsymptom für mich eine wichtige Priorität erhalten. Jetzt habe ich den notwendigen Entscheidungs- und Handlungsspielraum.» Das Vorgehen stärkte die Kompetenzen der Pflegefachpersonen. Sie konnten Patient:innen besser beraten und auf die schmerzbezogenen Bedürfnisse eingehen. Jedoch wünschten sie sich eine verlängerte Schulungsphase und

Autor:innen

Claudia Dell'Apollonia MNS, Pflegeexpertin Spezialgebiete, dipl. Expertin Notfallpflege, Institut für Notfallmedizin, Universitätsspital Zürich
claudia.dellapollonia@usz.ch

Nadja Pedrocchi BScN, Fachexpertin Notfallpflege, dipl. Expertin Notfallpflege, Institut für Notfallmedizin, Universitätsspital Zürich

Patrik Honegger Leiter Pflege, dipl. Experte Notfallpflege, Institut für Notfallmedizin, Universitätsspital Zürich

Ksenija Slankamenac Dr. med., Institutsdirektorin a.i., Fachärztin für Chirurgie, Institut für Notfallmedizin, Universitätsspital Zürich

Dagmar Keller Prof. Dr. med., zu Projektbeginn Institutsdirektorin, Institut für Notfallmedizin, Universitätsspital Zürich

mehr Übungsmöglichkeiten. Insbesondere bei der Erfassung der Kontraindikationen und Risikofaktoren sowie bei der Auswahl des geeigneten Schmerzmittels braucht es mehr Zeit. Die Ärzteschaft war während der gesamten Entwicklungsphase involviert. Es gab keine Widerstände oder Spannungen: «Ich habe den ärztlichen Dienst jeweils über die Analgetikagabe informiert und war stets im Austausch. Es war eine gute Zusammenarbeit.» Die Pilotphase machte deutlich, dass das Konzept gut umsetzbar ist. Der Nutzen des pflegegeleiteten Schmerzmanagements lässt sich so zusammenfassen:

- Es ermöglicht ein systematisches, einheitliches und effizientes Vorgehen bei der Schmerzerfassung und Schmerztherapie.
- Es stellt sicher, dass Patient:innen eine frühzeitige und adäquate Analgesie erhalten – unter Berücksichtigung der individuellen Patientenfaktoren.
- Es trägt zu einer guten interprofessionellen Zusammenarbeit bei, indem es einen klaren Überblick über Aufgaben und Verantwortlichkeiten bietet und die Zusammenarbeit der Berufsgruppen stärkt.
- Das pflegerische Vorgehen auf der Basis von SOPs bietet Handlungssicherheit. Insbesondere die Abklärung von Kontraindikationen und Risiken ermöglicht eine fundierte Auswahl der Wirkstoffe. Auch nicht-pharmakologische Interventionen finden Berücksichtigung, beispielsweise Aromatherapie. Psychosoziale Interventionen kommen ebenfalls zum Einsatz.

Empfehlungen für die Praxis

Es ist empfehlenswert, dass

1. geschulte Pflegefachpersonen das Schmerzmanagement bereits im Triagebereich zeitnah initiieren

2. die pflegegeleitete Schmerztherapie anhand des interprofessionell ausgearbeiteten Schmerzkonzepts in der Behandlungszone weitergeführt wird
3. Pflegefachpersonen durch intensive Schulung und Begleitung auf die pflegegeleitete Schmerzmittelabgabe optimal vorbereitet sind
4. Themenbeauftragte als Ansprechpersonen für Fragen und Anliegen der Pflegefachpersonen zur Verfügung stehen

Detailliertere Empfehlungen werden nach der Evaluation 2024 möglich sein. Bereits jetzt teilen uns Patient:innen mit, dass sie die «pflegegeleitete Analgesie» sehr schätzen.

Literaturverzeichnis

Abdolrazaghejad, A., Banaei, M., Tavakoli, N., Safdari, M., Rajabpour-Sanati, A. (2018). Pain management in the Emergency Department: a review article on options and methods. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 2(4), e45.

Alotni, M., Guilhermino, M., Duff, J., Sim, J. (2022). Barriers to nurse-led pain management for adult patients in intensive care units: An integrative review. *Australian Critical Care*, 1036–7314.

Bourgeois, M., Carron, P. N., Ernst, S., Exadaktylos, A., Guigli Poretti, M., Keller, D., Meier, K., Nickel, C.H., Rutschmann, O.T., Sieber, R., Steuer, S., Tabakovic, S., & Hugli, O. (2019). Pain management policies and reported practices in Swiss emergency departments: a national survey. *Swiss Medical Weekly*, (51), 1–7.

Cordell, W., Keene, K., Giles, B., Jones, J., Brizendine, E. (2002). The high prevalence of pain in emergency medical care. *American Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 165–169.

Janati, M., Kariman, H., Memaery, E., Davarinezhad-Moghadam, E., Arhami-Dolatabadi, A. (2018). Educational intervention effect on pain management quality in emergency department: A clinical audit. *Advanced Journal of Emergency Medicine*, 2(2), e16.

Motov, S., Khan, A. (2008). Problems and barriers of pain management in the emergency department: Are we ever going to get better? *Journal of Pain Research*, 9(2), 5–11.

Patil, A., Srinivasarangan, M., Ravindra, P., Mundada, H. (2017). Studying protocol-based pain management in the emergency department. *Journal of Emergency, Trauma and Shock*, 10(4), 180–188.

Pierik, J., Ijzerman, M., Gaakeer, M., Berben, S., van Eenennaam, F., van Vugt, A., Doggen, C. (2015). Pain management in the emergency chain: the use and effectiveness of pain management in patients with acute musculoskeletal pain. *Pain Medicine*, 16(5), 970–984.

Varndell, W., Fry, M., Elliott, D. (2018). Quality and impact of nurse-initiated analgesia in the emergency department: A systematic review. *International Emergency Nursing*, 40, 46–53.