

Hochschule Osnabrück
University of Applied Sciences

Deutsches Netzwerk für
Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.)

Ergebnisse der
modellhaften Implementierung zum

Expertenstandard
Schmerzmanagement in der Pflege
bei chronischen Schmerzen

2015

5 Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen

Heiko Stehling & Martin Moers

5.1 Konzept der modellhaften Implementierung

Mit der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege verfolgt das DNQP das Ziel, die Praxistauglichkeit des Expertenstandards in verschiedenen Sektoren des Gesundheitswesens zu testen. Vorrangiges Interesse besteht dabei an Faktoren, die die Einführung und Anwendung des Expertenstandards fördern oder hemmen. Das bereits in allen vorherigen DNQP-Implementierungsprojekten von Expertenstandards angewandte Konzept hat sich erneut bewährt. Es beinhaltet:

- das Phasenmodell zur Standardeinführung in den Modellpflegeeinheiten
- das Programm der fachlichen Beratung und wissenschaftlichen Begleitung während des Projektes
- ein kriteriengeleitetes Auswahlverfahren der Einrichtungen

5.1.1 Phasenmodell zur Einführung von Expertenstandards

Das Phasenmodell dient einer schrittweisen und systematischen Vorgehensweise bei der Standardeinführung. Sind in Einrichtungen bereits Erfahrungen mit der Einführung von Expertenstandards und vergleichbaren Qualitätsprojekten vorhanden, verfügen sie weitestgehend über die methodischen Kompetenzen, die eine Bewältigung der Projektphasen in dem knapp kalkulierten Zeitrahmen von sechs Monaten ermöglichen. Zudem ist ratsam, bereits vor der ersten eigentlichen Projektphase grundlegende Vorbereitungsschritte zur Einführung eines Expertenstandards vorzunehmen. Diese Schritte, die bei Moers et al. (2014) ausführlicher beschrieben werden, umfassen:

- die Schaffung erforderlicher struktureller Voraussetzungen durch das Management der Einrichtung, wie z. B. die Freigabe von zeitlichen und finanziellen Ressourcen und die uneingeschränkte Bereitschaft zur Projektunterstützung
- die Benennung projektverantwortlicher Personen, z. B. aus Pflegequalitätsmanagement oder Stabstellen der Pflegeleitung mit den erforderlichen Kompetenzen für die Projektsteuerung und -durchführung
- die Anbahnung multiprofessioneller Kooperationen und der Beginn der Entwicklung interprofessioneller Verfahrensregeln
- die Auswahl geeigneter Modellpflegeeinheiten, auf denen der Expertenstandard eingeführt wird und die Bildung von mono- oder multidisziplinären Arbeitsgruppen aus Pflegeteams und Angehörigen anderer Berufsgruppen zur Anpassung der Standardkriterien

Das Phasenmodell selbst beinhaltet die Schritte „Fortbildungen zum Expertenstandard“, „Anpassung der Standardkriterien“, „Einführung und Anwendung“ und „abschließende Auditierung“:

Phase 1 Fortbildungen zum Expertenstandard (ca. vier Wochen)

Um möglichst viele Beteiligte zu erreichen, sollten Kick-off-Veranstaltungen zu Beginn des Projektes und zu Beginn der Einführung des Expertenstandards für folgende Adressaten angeboten werden: Pflorgeteam der beteiligten Pflegeeinheit einschließlich Pflegeleitung, verantwortliche Pflegemanagerin auf der Abteilungs- und Betriebsebene, mit dem Thema befasste Pflegeexperten und -expertinnen sowie interessierte und fachlich relevante Angehörige anderer Gesundheitsberufe. Zugleich sind vom Management frühzeitig die strukturellen Voraussetzungen für die Implementierung zu schaffen.

Anzahl und Themen der Fortbildungsveranstaltungen sind dem jeweiligen Bedarf des Pflgeteams anzupassen. Es kann davon ausgegangen werden, dass in nahezu allen Einrichtungen Fortbildungsbedarf zu den Themen Assessment und Beratung/Schulung besteht.

Fortbildungen finden dabei nicht ausschließlich in der ersten, sondern je nach Bedarf auch in späteren Implementierungsphasen statt. Neben organisatorischen Gründen können Erfahrungen im Verlauf der Implementierung bei der Anwendung und Umsetzung des Expertenstandards eine Nachjustierung des Fortbildungsangebots erforderlich machen. Dieser Bedarf kann insbesondere auch durch die Anleitung von Pflegefachkräften durch Mitglieder der Arbeitsgruppen aufgefangen werden, die bei der Expertenstandardeinführung eine Multiplikatorenfunktion übernehmen.

Phase 2 Anpassung einzelner Standardkriterien an die besonderen Anforderungen der Zielgruppe oder der Einrichtung im Sinne einer Konkretisierung (ca. acht Wochen)

In dieser Phase stehen eine vertiefte inhaltliche Auseinandersetzung mit den Kriterienebenen des Standards und den Kommentierungen sowie die Klärung einzelner Umsetzungsfragen auf dem Programm. Eine Konkretisierung von Standardkriterien wird immer dann empfohlen, wenn besondere Bedingungen der Zielgruppe (z. B. diagnosebezogene oder kulturelle Besonderheiten) oder der Einrichtung (z. B. räumliche oder organisatorische Voraussetzungen) zu berücksichtigen sind. Eine Konkretisierung kann beispielsweise darin bestehen, zielgruppenspezifische Hilfsmittel, Interventionen oder Zuständigkeiten und geeignete Zeitpunkte für Assessments zu benennen. Wichtig ist, dass die Kernaussagen der einzelnen Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien des Standards unverändert bleiben und mit der Konkretisierung das angestrebte Qualitätsniveau des Standards nicht unterschritten wird. Dies stellt eine unabdingbare Voraussetzung für eine vergleichende Analyse der Audit-Ergebnisse zwischen den beteiligten Projekteinrichtungen dar.

Phase 3 Einführung und Anwendung des Expertenstandards (ca. acht Wochen)

Um den Beginn und die Verbindlichkeit der Standardeinführung für alle Beteiligten zu signalisieren, sollte eine zweite Kick-off-Veranstaltung unter Beteiligung der Leitungsebene angeboten werden. Darüber hinaus sollte den Pflegefachkräften Gelegenheit zu angeleiteter und supervidierter Erprobung der im Expertenstandard empfohlenen Handlungsschritte gegeben werden. Ebenso ist eine Prozessbegleitung für Rückfragen und Feedback zu gewährleisten. Die Standardeinführung muss mit viel Aufmerksamkeit für den Leitungsbedarf und die Akzeptanz der Pflegefachkräfte vor Ort durchgeführt werden. Ausreichende personelle Ressourcen für die individuelle Anleitung sowie zeitliche Freiräume für das Ausprobieren der innovativen Elemente eines Expertenstandards sind unverzichtbar.

Phase 4 Datenerhebung mit standardisiertem Audit-Instrument (ca. vier Wochen)

Das Auditverfahren bildet als letzte Phase den Abschluss des Implementierungsprojektes. Im Rahmen des Audits werden alle Kriterienebenen des Standards überprüft. Dabei wird auf drei Datenquellen zurückgegriffen, um ein möglichst umfassendes Bild zu erhalten: die Pflegedokumentation, die Patienten/Patientinnen- bzw. Bewohner/Bewohnerinnen-Befragung und die Personalbefragung. Alle Antwortvorgaben sind „Ja/Nein“-Optionen mit der Möglichkeit eines Kommentars. Durchgeführt wird das Audit von den Projektbeauftragten oder anderen Qualitätsexperten, die nicht in der zu auditierenden Pflegeeinheit als Pflegekräfte arbeiten, um eine Selbstbewertung auszuschließen.

Vor Beginn der Datenerhebung sollten alle Beteiligten detaillierte Informationen über Ziel, Instrument und die einzelnen Vorgehensschritte einschließlich eines Zeitplanes der Erhebung erhalten, um das Interesse und eine aktive Beteiligung des Pflegeteams der Modellpflegeeinheit(en) anzuregen und Kontrollängste weitgehend auszuräumen.

Die angestrebte Stichprobe liegt bei 40 Patienten/Patientinnen bzw. Bewohnern/Bewohnerinnen pro Einrichtung. Daher muss bei der Auswahl der Modellpflegeeinheit bzw. -einheiten in den Krankenhäusern darauf geachtet werden, dass im Auditzeitraum eine ausreichende Zahl von Patienten/Patientinnen mit einem dem Expertenstandard entsprechenden Qualitätsrisiko betreut wird. Die längere Betreuungsdauer in der stationären Altenhilfe ermöglicht es, Modellpflegeeinheiten mit so vielen Bewohner-/Bewohnerinnenplätzen zu wählen, dass 40 Bewohner/Bewohnerinnen mit einem entsprechenden Risiko auditiert werden können. Ähnlich günstige Planungsbedingungen gelten für die ambulante Pflege. Im Rahmen des personalbezogenen Audits werden alle Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheit(en) schriftlich nach ihrer Teilnahme an themenrelevanten Fortbildungsveranstaltungen in den vergangenen 24 Monaten und nach ihrem weiterhin bestehenden Fortbildungsbedarf gefragt.

Abbildung 5: Phasenmodell zur Implementierung von Expertenstandards (DNQP 2011a)

5.1.2 Wissenschaftliche Projektbegleitung

Die Aufgaben des wissenschaftlichen Teams des DNQP im Rahmen des Implementierungsprojektes bestehen in der:

- Planung, Steuerung und Dokumentation des Projektverlaufs sowie der fachlichen und methodischen Begleitung der Projektbeauftragten
- Entwicklung des Audit-Instruments zum Expertenstandard. Das Instrument wird in engem Austausch mit den Projektbeauftragten auf Grundlage eines für alle Expertenstandards vorliegenden Rahmenkonzepts entworfen. Angemessenheit und Verständlichkeit wird durch Projektbeauftragte vor der Auditdurchführung getestet
- Unterstützung der Projektbeauftragten bei der Erfassung relevanter Struktur- und Projektverlaufsdaten der Einrichtungen. Das laufend aktualisierte Erhebungsinstrument ist an dem Vier-Phasen-Konzept der Standardimplementierung orientiert und steht den Projektbeauftragten zur dauerhaften Dokumentation des Projektverlaufs zur Verfügung
- anonymisierten Gesamtauswertung der erhobenen Daten (Audit-Ergebnisse und Projektverlaufsdokumentation) und Berichterstattung

Die fachliche Beratung und methodische Begleitung der Projektbeauftragten erfolgte in vier ganztägigen Projektsitzungen an der Hochschule Osnabrück zwischen November 2013 und Juli 2014. Die Projektsitzungen orientierten sich zeitlich und inhaltlich an den Implementierungsphasen und dienten neben den bereits erwähnten Entwicklungen und Anpassungen von Audit- und Erhebungsinstrumenten dem Austausch über Projektfortschritte. Darüber hinaus fand auch zwischen den Sitzungen ein intensiver Dialog über aktuelle Fragestellungen oder Probleme zwischen den Projektbeauftragten und der DNQP-Projektbegleitung statt. Schwerpunkt der abschließenden Projektsitzung im Juli 2014 war die Präsentation und Diskussion der Implementierungsergebnisse. Die protokollierten Ergebnisse aller Sitzungen bilden neben den Projektverlaufsdokumentationen und den Auditprotokollen eine wichtige Datengrundlage für diesen Bericht.

5.1.3 Auswahl der Einrichtungen

Die Auswahl der Einrichtungen der modellhaften Implementierung geschieht kriteriengeleitet nach fachöffentlichem Aufruf zur Bewerbung um die Projektteilnahme. Erstmals wurde das Implementierungsprojekt auf der Konsensuskonferenz zum Expertenstandard im Oktober 2013 angekündigt, darüber hinaus folgten Informationen über das Projekt durch die Fachpresse und die DNQP-Website. Insgesamt sind daraufhin 35 qualifizierte Bewerbungen beim DNQP eingegangen, nachdem allen interessierten Einrichtungen über persönlichen Austausch und das DNQP-Methodenpapier umfassende Informationen zum Implementierungsprojekt bereitgestellt wurden. Um zu gewährleisten, dass die beteiligten Einrichtungen über Strukturen und Kompetenzen verfügen, die einen erfolgreichen Abschluss des Projekts und aussagekräftige Hinweise über Implementierungsvoraussetzungen für den Expertenstandard, mögliche Einflussfaktoren auf seine Einführung und Umsetzung und nicht zuletzt über seine Anwendbarkeit erwarten lassen, orientierte sich das wissenschaftliche Team des DNQP und der DNQP-Lenkungsausschuss bei der Auswahl geeigneter Einrichtungen an folgenden, im Vorfeld transparent gemachten Kriterien:

- hoher Entwicklungsstand der Pflege (z. B. systematische und theoriegeleitete Anwendung der Pflegeprozessmethode),
- Erfahrungen mit systematischer Qualitätsentwicklung in der Pflege (z. B. Anwendung der Methode der Stationsgebundenen Qualitätsentwicklung),
- das Vorhandensein oder der Aufbau eines betriebsweiten Qualitätsmanagements,
- eine eigenständige Projektleitung für den Implementierungszeitraum,
- Zusage zur Bildung von Arbeitsgruppen in den Modellpflegeeinheiten und
- Bereitstellung von Ressourcen für zeitnahe Schulung und Anleitung der beteiligten Pflegefachkräfte.

Zudem bestand das Ziel, eine möglichst ausgewogene Verteilung aller drei Einrichtungsarten (Krankenhäuser, ambulante Pflegedienste und Einrichtungen der stationären Altenhilfe) zu erreichen und ein breitestmögliches Spektrum unterschiedlicher Patienten- und Bewohnerzielgruppen, Einrichtungsgrößen und Fachbereiche zu beteiligen sowie Aspekte der regionalen Verteilung zu berücksichtigen.

An der modellhaften Implementierung des Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen haben sich zunächst 28 Einrichtungen, darunter 10 Krankenhäuser, 6 ambulante Pflegedienste, 9 Einrichtungen der stationären Langzeitpflege, 2 Einrichtungen mit sowohl ambulanter Pflege als auch stationärer Altenhilfe und eine Einrichtung der Behindertenhilfe beteiligt. Die Einrichtung der Behindertenhilfe musste bereits zu einem frühen Zeitpunkt des Projekts

die Teilnahme aus betriebsinternen Gründen beenden. Auch zwei ambulante Pflegedienste haben den Implementierungsprozess bereits vor dem abschließenden Audit beenden müssen, sodass auch deren Ergebnisse nicht in den vorliegenden Bericht einfließen.

Acht Einrichtungen, darunter ein ambulanter Pflegedienst, fünf Einrichtungen der stationären Altenhilfe und zwei Krankenhäuser, haben bereits im Rahmen von Implementierungsprojekten des DNQP einen oder mehrere Expertenstandards modellhaft eingeführt. Zwei dieser Einrichtungen sind zudem durch Projektbeauftragte vertreten, die als Expertinnen an der Entwicklung des Expertenstandards beteiligt waren. In allen Einrichtungen lagen umfangreiche Erfahrungen in der Anwendung von Expertenstandards und der Umsetzung weiterer Qualitätsprojekte vor.

Differenzierte Angaben zu den Einrichtungsgrößen, Fachgebieten oder Spezialisierungen der ausgewählten Modellpflegeeinheiten und einrichtungsinterne Besonderheiten bei der Einführung des Expertenstandards werden in den Abschnitten zu den Ergebnissen der einzelnen Einrichtungsarten dargestellt. Die beteiligten Einrichtungen, deren Implementierungsergebnisse in den Bericht eingeflossen sind, sind in der folgenden Übersicht dargestellt. Kontaktdaten der Projektbeauftragten können auf der DNQP-Website eingesehen werden.

Krankenhäuser
AGAPLESION BETHESDA KLINIK ULM gGmbH
Pflegedirektor: Patrick Frey
Projektbeauftragte: Maria Brenner, B.A.
Brüderkrankenhaus St. Josef Paderborn
Pflegedirektor: Klaus Niggemann
Projektbeauftragte: Eveline Löseke
Klinikum Detmold
Pflegedirektor: Andreas Zeisberg
Projektbeauftragte: Dagmar Schäfer, MPH
Klinikum Dortmund gGmbH
Pflegedirektor: Georg Schneider, BBA
Projektbeauftragte: Andrea Besendorfer, MScN
MEDIAN Klinik am Südpark, Bad Nauheim
Pflegedienstleitung: Nico Hönscher
Projektbeauftragte: Petra Wied (<i>bereits aus der Einrichtung ausgeschieden</i>)
Sana Kliniken Sommerfeld, Kremen
Zentrum für operative und nicht-operative Therapie
Pflegedienstleitung: Ute Schmidt
Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerin Birgit Wolff
SRH Wald-Klinikum Gera GmbH
Zentrum für Interdisziplinäre Schmerztherapie
Pflegedienstleitung: Dipl.-Pflegerin Beate Kemter
Projektbeauftragte: Kerstin Rodewald
St. Marien-Hospital Köln
Pflegedirektor: Lorenz Auweiler
Projektbeauftragte: Christin Biermann-Aufdemkamp
Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Tübingen
Pflegedienstleitung: Dipl.-Pflegerin Sven Braun
Projektbeauftragte: Regina Michaletz-Stolz, M.A.
Universitätsklinikum Münster
Pflegedienstleitung: Dipl.-Pflegerin Michael Rentmeister
Projektbeauftragte: Ruth Boche, Dipl.Pflegerin Ansgar Rausch

Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Diakonie Düsseldorf

Pflegedienstleitung: Iris Muth

Projektbeauftragte: Dr. Nada Ralic, MPH

DRK Hildesheim, Alten- und Krankenhilfe gGmbH

Professor-König-Heim

Pflegedienstleitung: Martin Fischer

Projektbeauftragter: Martin Fischer

Gesellschaft für diakonische Einrichtungen in Hessen und Nassau mbH

Diakoniewerk Elisabethhaus, Bad Nauheim

Pflegedienstleitung: Marco Winkel

Projektbeauftragte: Roswitha Winkel-Sattler

Katholische Pflegehilfe Essen mGmbH

Seniorenzentrum St. Martin gGmbH

Pflegedienstleitung: Ute Bressler

Projektbeauftragte: Dipl.-Rehabilitationspäd. Nina Pöggel, M.A.

leben & wohnen, Eigenbetrieb der Landeshauptstadt Stuttgart

Pflegedienstleitung: Joachim Arp

Projektbeauftragter: Dipl.-Pflegerwirt Rüdiger Wilhelm

Neanderklinik Harzwald GmbH, Ilfeld

Seniorenpflegebereich

Pflegedienstleitung: Martina Röder

Projektbeauftragte: Anja Posevsky

PHÖNIX Sozialzentrum im Lerchenfeld, Jena

Pflegedienstleitung: Corina Leidl (*bereits aus der Einrichtung ausgeschieden*)

Projektbeauftragte: Rene Steinbrück, Silke Schowald (*beide bereits aus der Einrichtung ausgeschieden*)

Samariterstift im Mühlenviertel, Tübingen

Pflegedienstleitung: Vesna Casper

Projektbeauftragte: Dipl.-Pflegerwirtin Barbara Lauffer-Spindler, M.A

Seniorenzentrum Marienheim

der Paul Wilhelm von Keppler-Stiftung, Waiblingen

Pflegedienstleitung: Uta Brückmann

Projektbeauftragte: Uta Brückmann

Vinzenz von Paul gGmbH Soziale Dienste und Einrichtungen, Sigmaringen

Pflegedienstleitung: Martina Meier

Projektbeauftragte: Ursula Niemczewski

Wohnpark Zippendorf Schwerin

Pflegedienstleitung: Britta Schermer

Projektbeauftragte: Britta Schermer

Ambulante Pflegedienste

Ambulante Dienste Gelsenkirchen gGmbH, Diakoniestation Buer-Nord

Pflegedienstleitung: Ute Knorr

Projektbeauftragte: Ricarda Jahndorf

Caritas Pflegedienst Wattenscheid

Pflegedienstleitung: Bettina Pietscher, B.A.

Projektbeauftragte: Bettina Pietscher, B.A.

Evangelischer Diakonieveren Villingen-Schwenningen e. V.

Pflegedienstleitung: Monika Fadhila

Projektbeauftragte: Kathrin Junker

Katholische Pflegehilfe Essen mGmbH, Seniorenzentrum St. Martin gGmbH

Pflegedienstleitung: Margo Wloka

Projektbeauftragte: Dipl.-Rehabilitationspäd. Nina Pöggel, M.A.

Pflegedienst Licht, Weidenhahn

Geschäftsführung: Cornelia Licht

Projektbeauftragte: Anne Mauelshagen

Vinzenz von Paul gGmbH Soziale Dienste und Einrichtungen, Sigmaringen

Pflegedienstleitung: Karin Baur

Projektbeauftragte: Ursula Niemczewski

5.2 Ergebnisse der modellhaften Implementierung

Die Ergebnisse der modellhaften Implementierung werden in diesem Bericht nach den beteiligten Einrichtungsarten getrennt dargestellt. In die Ergebnisdarstellung fließen Beschreibungen des Projektverlaufs und der Umsetzung der Implementierungsphasen ein. Hinzu kommen patienten- und bewohnerbezogene Ergebnisse des abschließenden Audits, Erkenntnisse über einrichtungsbezogene Strukturen, die die Implementierung unterstützt haben und strukturiert erhobene Einschätzungen der Pflegefachkräfte zu ihrem themenbezogenen Wissensstand. Ergebnisdarstellung, abschließende Schlussfolgerungen und Empfehlungen für eine regelhafte Implementierung bieten Hilfestellungen für Projekte zur Einführung des Expertenstandards in Einrichtungen, die nicht an der modellhaften Implementierung beteiligt waren. Nach einem Gesamtüberblick werden die Projektverläufe und Auditergebnisse der Krankenhäuser (Kap. 5.2.2), der Einrichtungen der stationären Altenhilfe (Kap. 5.3.2) und der ambulanten Pflegedienste (Kap. 5.4.2) differenziert dargestellt.

5.2.1 Das Gesamtergebnis im Überblick

Allen Einrichtungen, deren Ergebnisse in diesen Bericht einfließen, ist es gelungen, den Expertenstandard von Januar bis Juni 2014 auf Modellpflegeeinheiten einzuführen und ihr Vorgehen durch ein patienten-/bewohnerbezogenes sowie ein personalbezogenes Audit zu evaluieren.

In die Audits der 27 Einrichtungen konnten insgesamt 809 Patienten und Bewohner mit chronischen Schmerzen einbezogen werden. Dabei wurden in den Einrichtungen im Durchschnitt 30 Patienten oder Bewohner auditiert. Wie die Ergebnisübersicht der Zielerreichungsgrade zeigt (vgl. Abbildung 6), wurde die Umsetzung der Expertenstandardkriterien durch 24 Einzelitems erfasst¹³. Unterschiedliche Fallzahlen ergeben sich dabei aus dem Anteil „nicht anwendbarer“ Fragen einzelner Items, weil sie zum Beispiel im Einzelfall nicht zutreffend waren oder aufgrund kognitiver Einschränkungen eines Patienten/Bewohners nicht beantwortet werden konnten.

Ein erster einrichtungsübergreifender Blick über die Zielerreichungsgrade zeigt, dass die Umsetzung des initialen und, mit leichten Abstrichen, differenzierten Assessments in nahezu allen Fällen gelungen ist und das Angebot nicht-medikamentöser Maßnahmen in der Pflegedokumentation häufig zu finden ist und von den Patienten/Bewohnern als hilfreich eingeschätzt wurde. Weniger gut gelungen erscheint die Einbeziehung pflegerischer Schmerzexperten in den Einschätzungs- und Beratungsprozess bei Patienten/Bewohnern mit instabiler Schmerzsituation.

Die Fragen zum schmerzbezogenen Wissensstand haben im Rahmen des personalbezogenen Audits insgesamt 471 Pflegefachkräfte auf den beteiligten Modellpflegeeinheiten beantwortet. Der Rücklauf der ausgegebenen Bögen war unter Berücksichtigung von Krankheit und Urlaub der Pflegefachkräfte mit 74,1% durchaus zufriedenstellend. Die Teilnahmequoten an Fortbildungen zu standardrelevanten Themengebieten liegen zwischen 79% und 66%, wobei Fortbildungen zur Einschätzung der Schmerzsituation am häufigsten und Fortbildungen zur Evaluation am seltensten besucht wurden. Der selbst eingeschätzte, weiter bestehende Wissensbedarf der Pflegefachkräfte liegt zu allen Themen mit Ausnahme der Schmerzeinschätzung etwa auf einem Niveau und kann als relativ hoch angesehen werden.

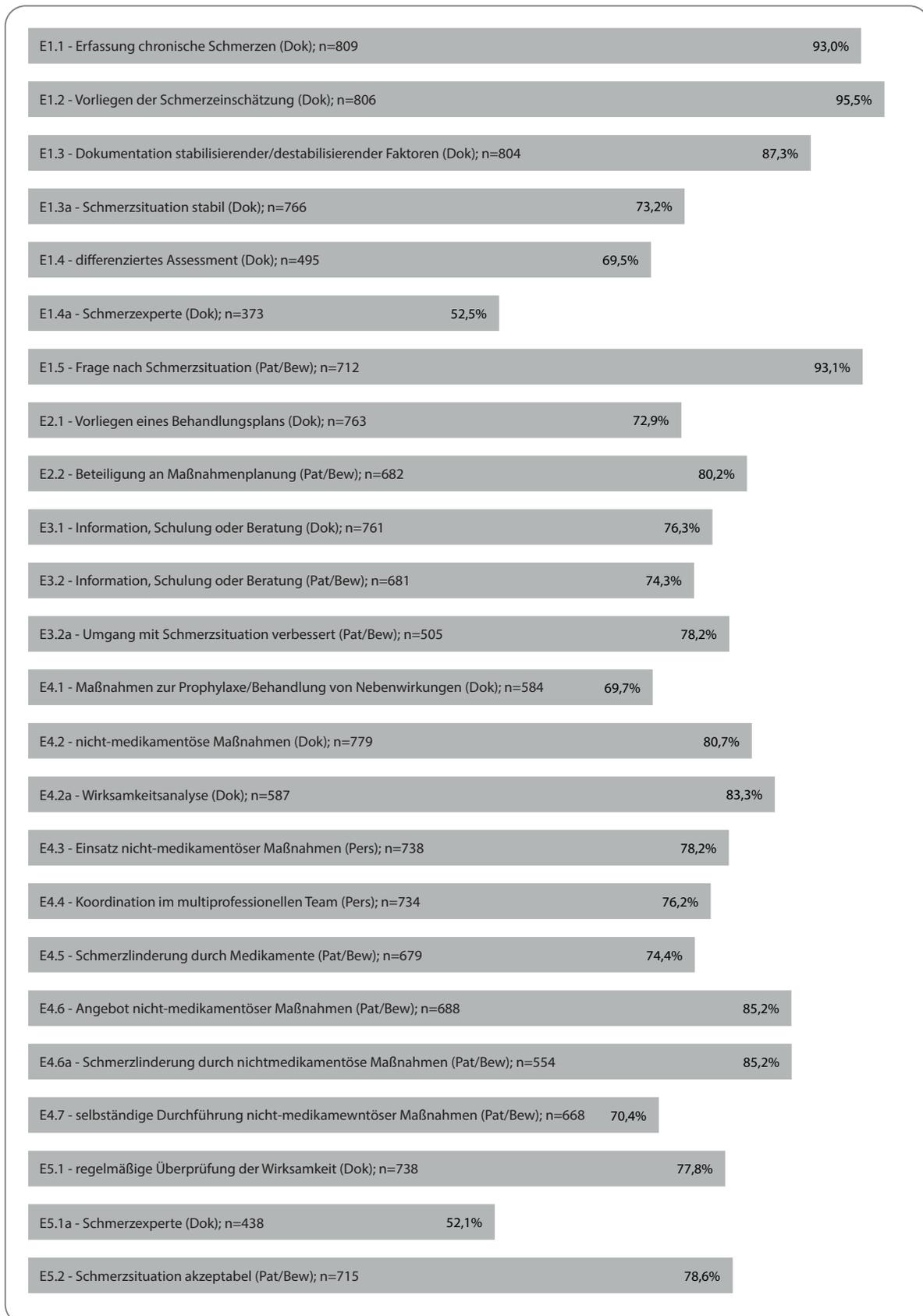


Abbildung 6: Zielerreichungsgrade der Standardkriterien im Überblick

5.2.2 Krankenhäuser

5.2.2.1 Strukturdaten der Krankenhäuser

An der modellhaften Implementierung des Expertenstandards haben zehn Krankenhäuser teilgenommen, die bereits alle auf Erfahrungen in der Einführung und Anwendung von Expertenstandards zurückgreifen konnten. Darunter waren zwei Krankenhäuser, die bereits an DNQP-Implementierungsprojekten beteiligt waren. Zwei der beteiligten Krankenhäuser hatten eine Gesamtgröße von unter 100 Betten, vier Häuser zwischen 200 und 400 Betten und die vier übrigen zwischen knapp 1000 bis zu 1300 Betten. Entsprechend weisen die Einrichtungen hinsichtlich der Versorgungsaufträge eine breite Fächerung auf, unter ihnen waren drei Kliniken der Grund- und Regelversorgung, ein Schwerpunkt Krankenhaus, drei Einrichtungen der Maximalversorgung und drei Fachkliniken.

Als Modellpflegeeinheiten wurden zwischen einer und sieben Stationen mit den Fachrichtungen Orthopädie, Unfallchirurgie, Innere Medizin, Geriatrie, Schmerztherapie, Palliativpflege, Pulmologie und Psychosomatik ausgewählt. Die Modellpflegeeinheiten hatten eine Größe von fünf bis 230 Betten, der Durchschnitt lag bei 75 Betten. Die Verweildauer lag in den Krankenhäusern im Durchschnitt bei 10,8 Tagen und in den Fach- bzw. Rehakliniken bei 23 Tagen. Die am häufigsten angewendete Pflegeorganisationsform war die Bereichspflege, in zwei Häusern gab es Mischformen aus Funktions- und Gruppenpflege und in zwei weiteren war Primary Nursing eingeführt. Der Personalschlüssel der Modellpflegeeinheiten, gemessen als Verhältnis von Betten zu Pflegefachkräften, lag im Durchschnitt bei 3,9 Betten/Behandlungsplätzen pro Pflegefachkraft. Dabei erweist sich eine Fachklinik als Ausreißer mit 13,9 Betten pro Pflegefachkraft, während der höchste Personalschlüssel bei 1,9 lag.

Acht der zehn Krankenhäuser verfügten, teilweise bereits seit mehreren Jahren, über Schmerzexperten, die in fünf Häusern direkt auf den Modellpflegeeinheiten und in drei im gesamten Krankenhaus tätig waren. Externe Expertise wurde in keinem der Häuser hinzugezogen. Die Expertise bestand breitgefächert in der Weiterbildung zu Pain Nurses, algesiologischen Fachassistenten und Palliativfachkräften und die Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften wurde durchgehend als sehr gut und konstruktiv eingeschätzt. In den beiden Einrichtungen, die nicht über eine entsprechende Expertise verfügten, wird in einem Fall eine interne Lösung durch Weiterbildung von Pflegefachkräften und in dem zweiten Fall eine externe Lösung angestrebt.

5.2.2.2 Vorgehen bei der Standardeinführung in den Krankenhäusern

Projektbeauftragte und Arbeitsgruppen

Die Projektbeauftragten hatten einen unterschiedlichen Erfahrungshintergrund. Unter ihnen waren Leitungskräfte, Pflegequalitätsbeauftragte, Inhaberinnen von Stabstellen für Pflegeentwicklung und pflegerische Schmerzexpertinnen. Alle verfügten über ausreichende bis große Erfahrung in der Durchführung von Projekten oder waren aufgrund ihrer Schmerzexpertise als Projektbeauftragte genannt worden.

Der Beginn der Expertenstandardimplementierung war in allen Häusern durch die frühzeitige Bildung von Arbeitsgruppen gekennzeichnet. Die Arbeitsgruppen hatten eine durchschnittliche Größe von acht Personen, die sich in der Regel aus Pflegefachkräften oder Leitungen der beteiligten Stationen zusammensetzten. In den acht Häusern, die über Schmerzexperten verfügten, waren diese auch in die Arbeitsgruppen eingebunden. Darüber hinaus waren acht der zehn Arbeitsgruppen multidisziplinär besetzt. In sieben Arbeitsgruppen waren durchgehend oder partiell Ärzte vertreten, zusätz-

lich wurden Physiotherapeuten, Ergotherapeuten oder Psychologen beteiligt, um von Beginn der Standardeinführung an seine multidisziplinäre Umsetzung zu gewährleisten. Allerdings berichten die Projektbeauftragten in Einzelfällen auch von Schwierigkeiten, eine Akzeptanz des Expertenstandards als primär monodisziplinär entwickeltes Instrument bei anderen Berufsgruppen zu erreichen.

Eine erfahrene Projektbeauftragte sieht in der Personalreduzierung im Pflegedienst eine Ursache für geringere quantitative und diskontinuierliche Beteiligung von Pflegefachkräften an den Arbeitsgruppen. Auch aus anderen Häusern wird von hohen zeitlichen Belastungen berichtet, bis hin zur betriebsseitigen Aufforderung in einem Haus, den Arbeitsaufwand der Arbeitsgruppe möglichst gering zu halten, um die vorhandene Arbeitsbelastung der Pflegefachkräfte, die auch hohem Krankenstand geschuldet war, nicht zusätzlich zu erhöhen. Ähnliche Gründe sieht eine weitere Projektbeauftragte für die diskontinuierliche Arbeitsgruppenteilnahme einiger Pflegefachkräfte, die einerseits sehr motiviert waren, andererseits aber aus Gründen der Dienstplanung den Arbeitsgruppentreffen fernbleiben mussten.

Fortbildungen zum Expertenstandard

Die Projektbeauftragten haben den Fortbildungsbedarf der Pflegefachkräfte zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen in allen Häusern systematisch erhoben. Hierzu haben sie eigene Fragebögen entwickelt, mündliche Befragungen durchgeführt oder den pflegepersonalbezogenen Teil des DNQP-Auditinstruments genutzt, der bereits in einer Entwurfsfassung vorlag. Waren mehrere Stationen unterschiedlicher Kliniken oder Zentren an der Implementierung beteiligt, wurden zudem Stations- oder Abteilungsleitungen in die Bedarfsplanung einbezogen, um für alle beteiligten Pflegekräfte ein einheitliches Fortbildungsniveau zu gewährleisten. Bei der Fortbildungsplanung musste wie in den beiden anderen Einrichtungsarten auch berücksichtigt werden, dass die Erhebung des Fortbildungsbedarfs allein als Grundlage nicht ausreicht, da den Pflegefachkräften zu diesem Zeitpunkt innovative Inhalte des Expertenstandards oder die einrichtungsspezifischen noch nicht bekannt waren. Aus diesem Grund waren die vorab geäußerten Wünsche nach Fortbildungen für die Projektbeauftragten lediglich ein Hinweis auf bestehende Fortbildungsbedarfe, die sie im Projektverlauf um spezifische Inhalte ergänzt haben.

Medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen sowie das Assessment chronischer Schmerzen sind die Themen, für die der umfassendste Fortbildungsbedarf auf den Modellpflegeeinheiten identifiziert wurde und die in den Fortbildungsprogrammen damit auch in neun der zehn Häuser berücksichtigt wurden. In acht Häusern wurden auch Fortbildungen zu Entstehung, Bedeutung und Formen chronischer Schmerzen angeboten. Seltener angeboten wurden Fortbildungen zu Beratung, Information und Schulung sowie zu Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung. In vier Häusern wurden im Rahmen der Fortbildungsprogramme auch Informationen zum Vorgehen bei der Standardeinführung angeboten. Der Behandlungsplan wurde nur in einer Einrichtung als Thema einer spezifischen Fortbildungsveranstaltung aufgegriffen, es ist aber davon auszugehen, dass die Maßnahmenplanung in weiteren Häusern in andere Fortbildungen integriert war. Anders als bei vorangegangenen Implementierungsprojekten erwähnten Projektbeauftragte in diesem Projekt explizit, dass Kostengründe Einfluss auf die Fortbildungsplanung genommen haben. So wird aus zwei Häusern berichtet, dass für Fortbildungen zum Thema Beratung nicht auf die Expertise externer Referenten zurückgegriffen werden konnte, was zumindest in einem Fall negative Auswirkung auf die Teilnahmemotivation der Pflegefachkräfte hatte.

In den Krankenhäusern wurden den Pflegefachkräften insgesamt zwischen 15,2 und 194 Stunden Fortbildungszeit im Rahmen der Standardeinführung gewährt. Im Durchschnitt waren es 66 Stunden pro Krankenhaus. Ausgehend von der Gesamtzahl der Pflegefachkräfte auf den Modellpflegeeinheiten hat somit jede Pflegefachkraft zwischen 0,25 und 9,5 Stunden Fortbildung erhalten, im

Durchschnitt waren es drei Stunden. In der Hälfte der Krankenhäuser sind auch Pflegehilfskräfte und zusätzlich in zwei dieser fünf Häuser Pflegekräfte ohne Ausbildung an den Fortbildungen beteiligt worden. In diesen Kliniken lag der gesamte Zeitbedarf für Fortbildungen aller Pflegekräfte zwischen 16 und 272 und im Durchschnitt bei 103 Stunden, der Zeitbedarf für die nicht dreijährig ausgebildeten Pflegekräfte zusammengenommen zwischen sechs und 78 Stunden. Jeder dieser Pflegekräfte ist im Durchschnitt 1,8 Stunden Fortbildungszeit gewährt worden. Für Vor-, Nachbereitung, Begleitung oder Durchführung der Fortbildungen haben die Projektbeauftragten zwischen fünf und 80 Stunden aufgewendet, der Durchschnitt lag bei 25,5 Stunden.

Motivation und Interesse an den Fortbildungen bewerten die Projektbeauftragten in den Kliniken unterschiedlich und sehen sie von mehreren Faktoren beeinflusst. Positiv ausgewirkt hat sich nach den Berichten von Projektbeauftragten die Teilnahme von Angehörigen anderer Berufsgruppen an Kick-Off-Veranstaltungen zu Beginn der Implementierung, die den Pflegefachkräften eine Wertschätzung für das Projekt vermittelte. Zudem haben sich insbesondere Mischformen klassischer Fortbildungsveranstaltungen und Einzelschulungen als motivationsfördernd gezeigt, da Einzelschulungen eine gezielte Anwendung erlernter Inhalte und Verfahren, z. B. zur Dokumentation oder zu nicht-medikamentösen Maßnahmen, ermöglichten. Auf der anderen Seite berichten einzelne Projektbeauftragte auch von sinkender Motivation im Verlauf des Implementierungsprojekts. Gründe hierfür sehen sie in der Organisation von Fortbildungen mit Teilnahmeverpflichtung und vor allem in hoher Arbeitsbelastung durch knappe Personalressourcen, die keinen zeitlichen Raum für Fortbildungsbesuche gelassen hat.

Anpassung und Konkretisierung einzelner Standardkriterien

Zentraler Diskussionspunkt aller Arbeitsgruppen im Rahmen der Anpassung der Standardkriterien war die Standardebene zur Einschätzung der Schmerzsituation. Sie wurde in allen zehn Einrichtungen konkretisiert und hierbei standen die Frage nach anwendbaren und zielgruppengerechten Einschätzungsinstrumenten und die Anpassung der Pflegedokumentation im Mittelpunkt. Allerdings erforderten kurze Verweildauern der Patienten in den meisten Häusern auch eine Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Umsetzung eines differenzierten multidimensionalen Assessments und geeigneter Verfahrensregelungen zur Schmerzeinschätzung.

In fünf Häusern war es zudem notwendig, sich tiefergehend mit der Umsetzung der zweiten Standardebene auseinanderzusetzen. So wurde in drei Einrichtungen entschieden, eine Verfahrensregel erst nach Beendigung der Implementierung zu entwickeln, um dafür die Erkenntnisse aus der ersten, modellhaften Anwendung des Expertenstandards zu nutzen. Für die Gewährleistung der Interdisziplinarität bei der Entwicklung eines Behandlungsplans wurden ebenfalls unterschiedliche Vorgehensweisen ausprobiert oder bereits etablierte Verfahren, wie zum Beispiel Behandlungspfade oder interdisziplinäre Fallkonferenzen, mit den Expertenstandardinhalten abgeglichen.

Zur Information, Schulung oder Beratung der Patienten wurde in einer Einrichtung ein regelmäßiges Patientengespräch etabliert und in einer weiteren Einrichtung Beratungsmaterialien in Form einer Informationsmappe und eines Patientenflyers entwickelt. In einer weiteren Einrichtung haben Ärzte Einfluss auf die Ausgestaltung der Beratung und Maßnahmenevaluation bei instabilen Schmerzsituationen genommen, da sie hier ein „eigenmächtiges“ Handeln der Pflegefachkräfte nicht wünschten. Koordinierungsprobleme ergaben sich dabei auch daraus, dass an der Anpassung der Standardkriterien in dieser Einrichtung weder die Ärzteschaft noch weitere Berufsgruppen außer der Pflege beteiligt waren.

In einer Einrichtung konnte die Koordinationskompetenz der Pflegefachkräfte in Bezug auf Maßnahmen des interdisziplinären Teams, die in der Standardebene 4 empfohlen wird, im Rahmen der Implementierung nicht umgesetzt werden. Es ist aber zu vermuten, dass hier entweder seitens der

Arbeitsgruppe oder durch Einspruch anderer Berufsgruppen missverständlicherweise „Koordination“ mit „Anordnung“ gleichgesetzt und so eine Kompetenzüberschreitung der Pflegefachkräfte unterstellt wurde. In einer weiteren Einrichtung wurden zur Konkretisierung dieser Standardebene Übersichten geeigneter nicht-medikamentöser Maßnahmen und Besonderheiten gebräuchlicher Schmerzmedikamente erstellt, die Anwendungsentscheidungen unterstützen und das Nebenwirkungsmanagement erleichtern sollen.

Aus allen Projektberichten der Krankenhäuser ist erkennbar, dass die Phase der Anpassung und einrichtungsbezogenen Konkretisierung der Standardkriterien von Herausforderungen unterschiedlichster Art begleitet war. So war die Teilnehmerzahl der Arbeitsgruppensitzungen oft schwankend, was auf Personalknappheit und hohe Arbeitsdichte zurückzuführen war. Neben diesen strukturellen Herausforderungen gab es weitere Hürden, die unabhängig von der Anpassung der Standardkriterien in den Einrichtungen zu überwinden waren. So berichteten Projektbeauftragte von Problemen bei der Anpassung der EDV-gestützten Dokumentation, von kritischen Haltungen der Pflegefachkräfte gegenüber Neuem und Veränderungen gewohnter Handlungsweisen und von Befürchtungen von Mehraufwand. Zudem verdeutlichte sich in einer Einrichtung im Rahmen der Anpassungsphase ein unterschiedlicher pflegerischer Entwicklungsstand der Projektstationen, deren Angleichung einen zuvor nicht kalkulierten zeitlichen Mehraufwand für die Projektbeauftragte darstellte.

Die Projektbeauftragten haben in dieser Implementierungsphase im Durchschnitt 31,6 Stunden aufgewendet, der geringste Zeitbedarf lag bei acht, der höchste bei 90 Stunden. Die unterschiedlich großen Arbeitsgruppen haben insgesamt zwischen acht und 210 Stunden benötigt, dabei entfallen auf ein einzelnes Arbeitsgruppenmitglied zwischen einer und 16 Stunden. Im Durchschnitt hat jedes Arbeitsgruppenmitglied fünf Stunden für die Anpassung des Expertenstandards in seiner Einrichtung aufgewendet. Der vergleichsweise höhere Zeitbedarf der Projektbeauftragten verdeutlicht ihre verantwortungsvolle Rolle bei der Anpassung der Standardkriterien, denn ihre Aufgabe bestand nicht allein in der Durchführung und Moderation der Arbeitsgruppentreffen, sondern umso mehr in der inhaltlichen Vorbereitung der Standardanpassung, der Umsetzung der Arbeitsergebnisse und der Kommunikation dieser Ergebnisse mit den Pflgeteams, den Pflegeleitungen und den Angehörigen anderer Berufsgruppen. Den Projektberichten folgend ist auch davon auszugehen, dass nicht alle Schritte zur Konkretisierung und Anpassung im Rahmen der Arbeitsgruppensitzungen erfolgt sind, sondern auch in kleineren Gruppen, beispielsweise bestehend aus Projektbeauftragten und anderen Qualitätsbeauftragten oder Pflegeleitungen.

Einführung und Umsetzung des angepassten Expertenstandards

Der Beginn der Standardanwendung war in acht Häusern durch Kick-Off Veranstaltungen gekennzeichnet, die teilweise interdisziplinär angelegt waren oder im Rahmen von pflegerischen Dienstbesprechungen oder Teamrunden stattgefunden haben. In einem Haus waren alle Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheit in die Arbeitsgruppe eingebunden, sodass auf eine Kick-Off Veranstaltung verzichtet wurde. In einem weiteren Haus wurde nach Vorstellung des neuen Dokumentationsmaterials mit der Anwendung begonnen.

Alle Projektbeauftragten, die Arbeitsgruppenmitglieder und insbesondere die pflegerischen Schmerzexperten haben in der Einführungsphase die Pflegefachkräfte in der Anwendung der neuen oder veränderten Verfahren des Schmerzmanagements eng begleitet. Hierzu wurden Einzelgespräche, gemeinsame Durchführung von Assessments und die Dienstbesprechungen genutzt. Aus einer Einrichtung wird von guten Erfahrungen mit regelmäßigen Schmerzvisiten berichtet.

Die Einbeziehung weiterer Berufsgruppen war für die Projektbeauftragten mehrerer Häuser mit hohem Informationsaufwand verbunden und in den Projektberichten zeichnet sich das Bild einer zähen Kooperationsanbahnung ab. So waren in zwei Häusern Ärzte zu den Kick-Off Veranstaltungen

eingeladen, ohne jedoch die Teilnahme wahrzunehmen. In einem anderen Haus kam es nicht zu zuvor verabredeten Informationsweitergaben innerhalb der Ärzteschaft über den Projektbeginn und über angepasste Verfahren des interdisziplinären Schmerzmanagements. Aus einem Haus gab es allerdings auch Berichte, dass die angepasste Schmerzdokumentation durch einige Ärzte als verbessert und hilfreich angesehen wurde.

Auf Seiten der Pflegefachkräfte wurde aus zwei Häusern berichtet, dass der Umgang mit der angepassten Pflegedokumentation Schwierigkeiten bereitet hat, die möglicherweise auch auf fehlende Motivation zur Umsetzung neuer Verfahren und Prozesse zurückgeführt werden können. In einem Haus hat sich gezeigt, dass eine Motivationssteigerung durch die enge Begleitung einer pflegerischen Schmerzexpertin und das Durchsetzungsvermögen der Pflegeleitung erreicht werden konnte. Negativen Einfluss auf die Standardumsetzung hatten allerdings die teilweise dünne Personaldecke und zusätzliche Belastungen durch Krankheitsausfälle.

Der Zeitbedarf der Projektbeauftragten lag in dieser Implementierungsphase bei durchschnittlich 31 Stunden und variierte zwischen acht und 138 Stunden. Die einzelnen Arbeitsgruppenmitglieder haben angegeben, im Durchschnitt drei Stunden für ihre Mentorenaufgaben verwendet zu haben. Allerdings erscheint die aufgewendete Zeit nur schlecht quantifizierbar zu sein, da sie als Teammitglieder auch im Rahmen ihrer alltäglichen Arbeit als Vorbild für andere Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheit dienten, ohne sich bewusst in eine Begleitungs- oder Anleitungssituation zu begeben.

Audit

In sechs Krankenhäusern wurde das abschließende Audit durch die Projektbeauftragten selbst durchgeführt, in einem Haus durch pflegerische Schmerzexperten, die auch Arbeitsgruppenmitglieder der Einrichtung waren und in drei Häusern gemeinsam von Projektbeauftragten und anderen Auditoren. In einer dieser Einrichtungen war die Projektbeauftragte selbst als Schmerzexpertin auf der auditierten Station tätig, sodass sie das Audit nur flankierend begleitet hat und die Durchführung einer stationsexternen Pflegefachkraft überlassen wurde. In den anderen beiden Einrichtungen hatte die Auditdurchführung durch zwei Personen organisatorische Gründe.

Insgesamt wurden in allen Krankenhäusern zusammen bis zu 249 Patienten¹⁴ in das Audit einbezogen. Diese Zahl zeigt, dass viele Modellpflegeeinheiten erhebliche Probleme hatten, die angestrebte Zahl von 40 auditierten Patienten zu erreichen. So haben von den zehn Häusern nur die Hälfte mehr als 30 Patienten auditieren können, während vier weniger als 15 Patienten in das Audit aufnehmen konnten. Ursache waren eine unerwartet niedrige Zahl von Patienten mit chronischen Schmerzen auf den ausgewählten Projektstationen und insgesamt geringe Belegungszahlen. Auch kurze Verweildauern stellten die Projektbeauftragten vor Probleme in der Auditdurchführung, verbunden mit der Tatsache, dass bei vielen chronischen Schmerzpatienten andere Erkrankungen im Mittelpunkt der Versorgung standen. Konnten Audits durchgeführt werden, war für einige Projektbeauftragte die Dokumentationsanalyse zeitintensiver als gedacht, da in ihren Einrichtungen teilweise nicht die angepasste, sondern weiterhin die bekannte Schmerzdokumentation verwendet wurde. Zudem zeigt sich bei der Auswertung der Auditergebnisse, dass die Anwendbarkeit von Fragen nicht in allen Einrichtungen gleichermaßen eingeschätzt wurde. Dies gilt besonders für Fragen, die sich explizit auf das Vorgehen bei instabiler Schmerzsituation bei der Schmerzeinschätzung oder das Hinzuziehen pflegerischer Schmerzexperten beziehen. In der Ergebnisdarstellung werden diese Fälle genauer beleuchtet.

¹⁴ Die Stichprobengrößen können in der Folge jeweils aus den Abbildungen abgelesen werden. Unterschiedliche Stichprobengrößen resultieren dabei z. B. aus nicht-anwendbaren Fragen, im Einzelfall fehlenden Einträgen in der Pflegedokumentation oder fehlenden Angaben der Patienten

In der Auditphase haben die Projektbeauftragten bzw. die Auditoren durchschnittlich 22 Stunden für die Vor- und Nachbereitung sowie die Durchführung der Einzelaudits aufgewendet. Auf ein einzelnes Patientenaudit entfielen davon etwa 60 Minuten, wobei zu berücksichtigen ist, dass besonders in den Häusern mit kleineren Stichproben zusätzliche Zeit für die Durchsicht der Pflegedokumentationen nach einzubeziehenden Patienten oder häufigeres Nachfragen bei Pflegefachkräften dem Zeitbedarf zugerechnet werden musste.

An der Befragung der Pflegefachkräfte nach ihrem Wissensstand und Wissensbedarf zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen haben sich insgesamt bis zu 171 Pflegefachkräfte der Krankenhäuser beteiligt. Im Durchschnitt waren es 17 Pflegefachkräfte pro Einrichtung und die Beteiligungsquote lag zwischen 51% und 100% und im Durchschnitt bei 74%, was als ordentlich zu bewerten ist.

5.2.2.3 Umsetzung des Expertenstandards in den Krankenhäusern

E1 Für alle Patienten/Bewohner mit chronischen Schmerzen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung der Schmerzsituation vor. Diese stellt handlungsleitende Informationen zur Weiterführung, Ergänzung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans zur Verfügung.

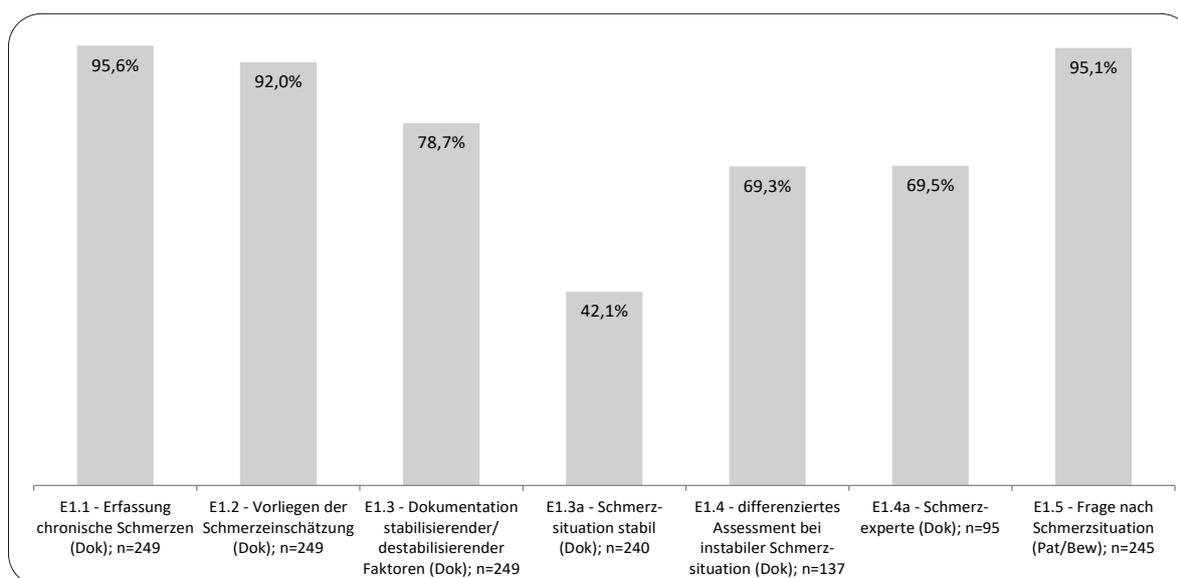


Abbildung 7: Zielerreichungsgrade der Standardebene 1 – Krankenhäuser¹⁵

Bei 95,6% aller auditierten Patienten ist zu Beginn der pflegerischen Versorgung erhoben worden, ob chronische Schmerzen vorliegen und bei 92% liegt eine aktuelle Einschätzung der Schmerzsituation vor. In 78,7% der Fälle sind Faktoren dokumentiert, die zur Stabilisierung oder Destabilisierung der Schmerzsituation beitragen. Als Ergebnis des initialen Assessments zeigt sich bei 57,9% der Patienten eine instabile und bei 42,1% eine stabile Schmerzsituation zum Zeitpunkt der Einschätzung (vgl. Abbildung 7).

¹⁵ Legende: Dok = Dokumentationsanalyse Pat/Bew = Patienten-/Bewohnerbefragung

In 69,3% der Pflegedokumentationen der 137 Patienten mit instabiler Schmerzsituation finden sich Hinweise auf ein differenziertes Assessment und daran war in 66 Fällen ein pflegerischer Schmerzexperte beteiligt (69,5%).

Darüber hinaus liegen aus sechs Einrichtungen auch Hinweise über 87 durchgeführte differenzierte Assessments bei stabilen Schmerzsituationen (34,5%) und in 30 Fällen über daran beteiligte Schmerzexperten vor. Allerdings liegt die Spannbreite für durchgeführte Assessments dabei zwischen 6% und 100%, während die Beteiligung von Schmerzexperten in drei Einrichtungen gar nicht und in drei Einrichtungen immer gegeben war. Zusätzlich verhindern geringe Fallzahlen einiger Einrichtungen und die uneinheitliche Vorgehensweise im Auditverfahren (vgl. Kap. 4 & Kap. 5.2.2.2) eine sichere Interpretation dieser Ergebnisse.

Die Projektbeauftragten verdeutlichen auch, dass es in einigen Einrichtungen schwer fiel, den empfohlenen, aber schwer nachzuvollziehenden Schritten der initialen und differenzierten Schmerzeinschätzung zu folgen. Während das initiale Assessment zufriedenstellend verlief, zeigten sich Umsetzungsprobleme beim differenzierten Assessment und dem Hinzuziehen von Schmerzexperten. Einfluss hierauf haben strukturelle Bedingungen und die fachliche Ausrichtung der Modellpflegeeinheiten. Bei kürzeren Verweildauern oder anderen im Vordergrund stehenden Erkrankungen der Patienten lag das Augenmerk weniger auf dem differenzierten Assessment der chronischen Schmerzsituation und auf ein Hinzuziehen von Schmerzexperten wurde bei instabilen Schmerzsituationen dann bisweilen verzichtet. Andererseits zeigt sich, dass auf spezialisierten Schmerzstationen mit längeren Verweildauern der Anteil differenzierter Assessments und der Beteiligung von Schmerzexperten höher war, auch wenn die Patienten stabile Schmerzsituationen aufwiesen. Die Beteiligung von Schmerzexperten am differenzierten Assessment war auf diesen Abteilungen unabhängig von der Stabilität der Schmerzsituation ohnehin gegeben.

Da Schwierigkeiten in der Umsetzung der Einschätzungsschritte in ähnlicher Art in allen Einrichtungsarten zu finden sind (vgl. Kap. 5.2.3.3 und 5.2.4.3) und das Verfahren der Schmerzeinschätzung des Expertenstandards im Rahmen der modellhaften Implementierung wiederholt zu Diskussionen führte, gehen wir in den einrichtungsartübergreifenden Schlussfolgerungen (vgl. Kap. 5.3) erneut auf diese Thematik ein.

Die Patienten bestätigen zu einem hohen Grad, dass sie regelmäßig zu ihrer Schmerzsituation befragt worden sind. Dies geschah laut den Auditprotokollen im Rahmen der pflegerischen Versorgung, sowie während ärztlicher Visiten.

Die Befragung der Pflegefachkräfte zu ihrem Wissensstand zeigt, dass die Einschätzung der Schmerzsituation den höchsten Teilnahmegrad aller Fortbildungsthemen in den Krankenhäusern hatte. 81,3% von 171 Pflegefachkräften bestätigen, an einer entsprechenden Fortbildungsveranstaltung teilgenommen zu haben. Der selbst eingeschätzte Wissensstand der Pflegefachkräfte ist entsprechend hoch, was sicherlich auch darauf zurückzuführen ist, dass in der ersten Anwendungsphase des Expertenstandards in vielen Krankenhäusern auch im Rahmen von Mikroschulungen und durch gemeinsame Anwendung der Instrumente ein Schwerpunkt bei diesem Thema gesetzt wurde. Entsprechend geben 10,9% von 165 Pflegefachkräften hohen und 23,6% eher hohen, 42,2% eher niedrigen und 23% niedrigen weiter bestehenden Fortbildungsbedarf an. Damit ist davon auszugehen, dass die Fortbildungen zur Einschätzung der Schmerzsituation in Krankenhäusern von Erfolg gekennzeichnet sind.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die initiale Einschätzung der Schmerzsituation in den Krankenhäusern im Wesentlichen gelingt und in der Einschätzung der Stabilität der Schmerzsituation keine Probleme bestehen. Die Umsetzung des differenzierten Assessments und das Hinzuziehen der Schmerzexperten bei instabilen Schmerzsituationen hingegen zeigt Entwicklungsbedarf.

E2 Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners berücksichtigt, liegt vor.

Ein individueller Behandlungsplan lag bei 61% der Patienten vor (vgl. Abbildung 8). Dieser geringe Zielerreichungsgrad beruht dabei auf verschiedenen Ursachen. Die Projektbeauftragten berichten wiederholt von einer großen Anzahl Patienten, bei denen der chronische Schmerz nicht Anlass des Krankenhausaufenthaltes war und demnach auch nicht im Mittelpunkt der medizinischen und pflegerischen Versorgung stand. Somit wurde offensichtlich der Behandlungsplanung geringere Priorität eingeräumt. Zudem finden sich in mehreren Auditprotokollen Aussagen darüber, dass in gefundenen Behandlungsplanungen einzelne, im Sinne des Expertenstandards aber notwendige Aspekte vernachlässigt wurden, zum Beispiel bei der Berücksichtigung von Selbstmanagementkompetenzen der Patienten. In diesen Fällen wurde die Frage durch die Auditoren richtigerweise mit „nein“ beantwortet. Auffallend ist, dass auf spezialisierten Abteilungen mit längeren Verweildauern, wie zum Beispiel in der Palliativversorgung oder auf Schmerzstationen, Behandlungspläne deutlich häufiger zu finden sind. Hier erreichen die Zielerreichungsgrade der einzelnen Krankenhäuser bis zu 100%, was zeigt, dass der individuellen Behandlungsplanung höhere Aufmerksamkeit gewidmet wird, wenn sie für den Patienten und den Versorgungsprozess größere Relevanz hat.

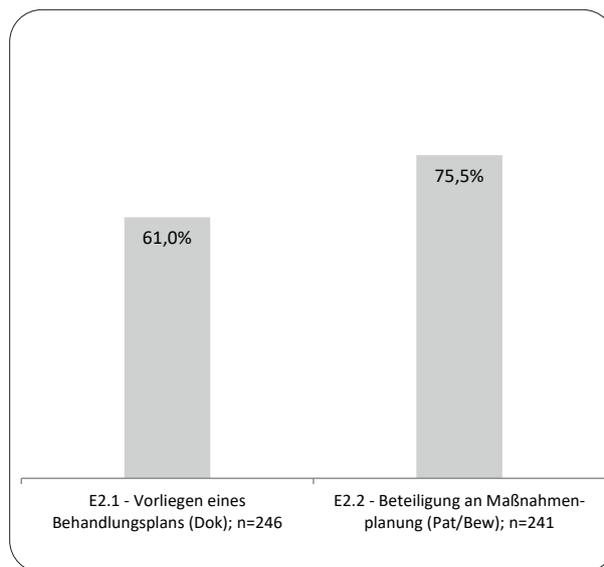


Abbildung 8: Zielerreichungsgrade der Standardebene 2 – Krankenhäuser

Die Patienten bestätigen zu 75,5%, an der Planung von Maßnahmen beteiligt gewesen zu sein. Diese Beteiligung bestand nach Angaben von Projektbeauftragten zu großen Teilen in der Möglichkeit, Wünsche nach nicht-medikamentösen Maßnahmen zu äußern und Faktoren zu benennen, die aus ihrer persönlichen Erfahrung zur Stabilität ihrer Schmerzsituation beitragen. Den Zahlen folgend wird deutlich, dass einige Patienten diese Frage auch bejaht haben, obwohl im Rahmen der Dokumentationsanalyse festgestellt wurde, dass kein vollständiger oder gar kein Behandlungsplan vorlag.

E3 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind individuell über seine Schmerz-situation informiert, geschult und beraten. Sein schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert.

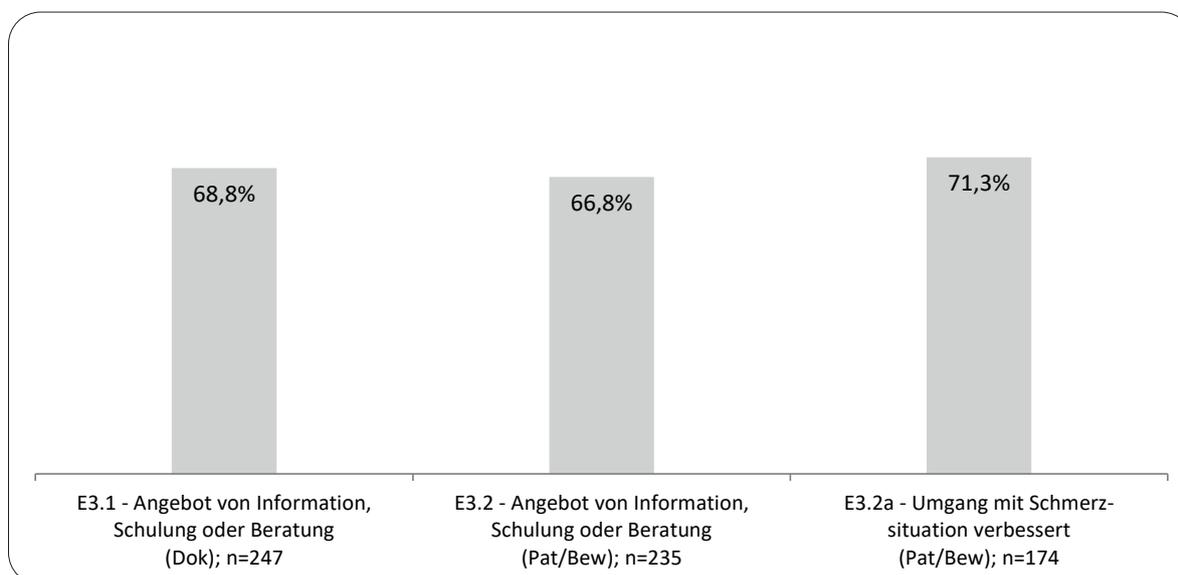


Abbildung 9: Zielerreichungsgrade der Standardebene 3 – Krankenhäuser

Aus 68,8% aller gesichteten Pflegedokumentationen geht hervor, dass den Patienten eine individuelle Information, Schulung oder Beratung zu ihrer Schmerz-situation angeboten worden ist (vgl. Abbildung 9). Dabei zeigen sich Unterschiede zwischen dem Informations-, Schulungs- oder Beratungsangebot an Patienten mit stabiler (76,8%, n=99) und instabiler (64,5%, n=138) Schmerz-situation, deren Gründe in der Krankheitssituation der Patienten mit instabiler Schmerz-situation vermutet werden können.

66,8% aller befragten Patienten geben an, ein Angebot für Informationen, Schulung oder Beratung zu ihrer Schmerz-situation erhalten zu haben. Damit bestätigen geringfügig weniger Patienten, eine Beratung erhalten zu haben, als sich Hinweise darauf in den Pflegedokumentationen finden lassen. Erneut nehmen die Fälle Einfluss auf den Zielerreichungsgrad, bei denen nicht die chronische Schmerz-situation im Mittelpunkt des Krankenhausaufenthaltes stand. Beratungsangebote hatten für diese Patienten geringere Relevanz und wurden daher wohl weniger erinnert. Von den Patienten, die eine Information, Schulung oder Beratung erhalten haben, bestätigten 77,5%, dass das Angebot zu einem besseren eigenen Umgang mit ihrer Schmerz-situation beigetragen hat. Für Patienten mit einer stabilen Schmerz-situation zu Beginn des Krankenhausaufenthaltes gilt dies in 72% der Fälle (n=75) und für Patienten mit einer instabilen Schmerz-situation in 83,3% der Fälle (n=78), was einen Hinweis auf den positiven Beitrag pflegerischer Beratung zur Stabilisierung der Schmerz-situation liefert.

Aus sieben der zehn Krankenhäuser liegen Hinweise darüber vor, dass Beratungsmaterialien vorhanden sind und von den Pflegefachkräften eingesetzt werden können. 65,9% der befragten Pflegefachkräfte (n=167) geben an, Fortbildungen zum Thema Beratung und Schulung besucht zu haben. Ihr selbst eingeschätzter weiterhin bestehender Fortbildungsbedarf ist vergleichsweise hoch. Etwas mehr als die Hälfte (18,2% bzw. 40,6%) geben hohen oder eher hohen Bedarf an, während 33,3% bzw. 7,9% bei sich selbst einen eher niedrigen oder niedrigen bestehenden Fortbildungsbe-

darf wahrnehmen. Aus den Projektverlaufsbeschreibungen der Krankenhäuser lässt sich ablesen, dass nur in drei Einrichtungen das Thema Beratung Teil der Fortbildungsveranstaltungen zum Expertenstandard war, sodass der vergleichsweise hohe Fortbildungsbedarf nicht überrascht.

Insgesamt ist festzustellen, dass Information, Schulung und Beratung trotz kurzer Verweildauern und anderer im Vordergrund stehender Problemlagen der Patienten zu einem erfreulich hohen Grad angeboten werden konnten. Der positive Beitrag der Beratung zum Selbstmanagement der Patienten sollte insbesondere bei instabilen Schmerzsituationen zu einer Intensivierung der Angebote motivieren.

E4 Die pflegerischen Maßnahmen des individuellen Behandlungsplans sind durchgeführt und dokumentiert. Die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.

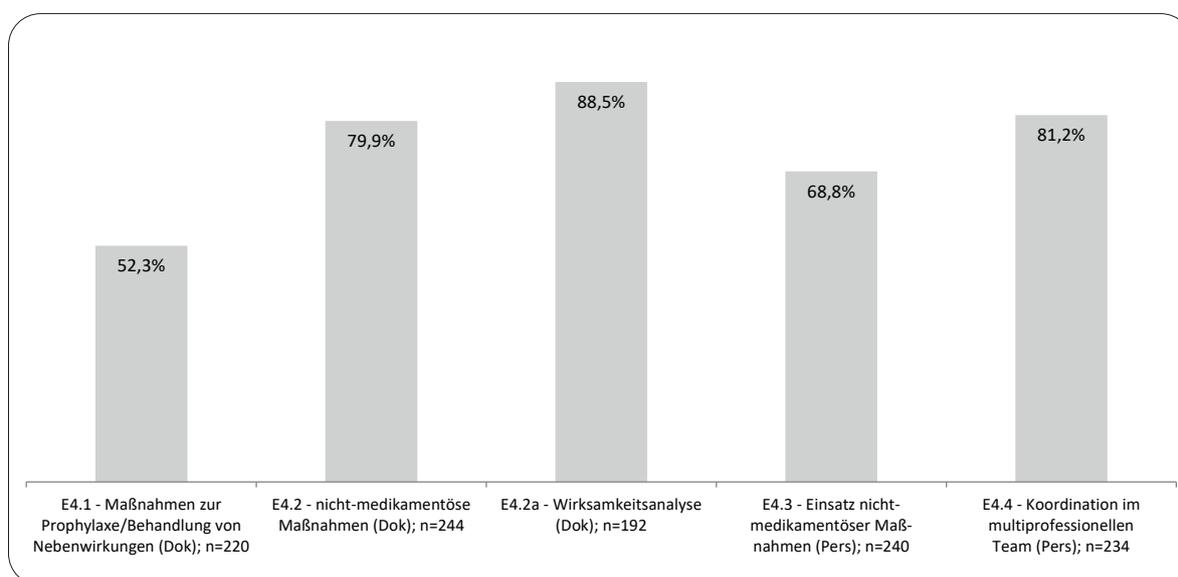


Abbildung 10: Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Dokumentenanalyse und Befragung der zuständigen Bezugspflegefachkraft) – Krankenhäuser

Mit dem Audit ist die Umsetzung der Maßnahmenebene aus drei Blickwinkeln erfasst worden. Die Dokumentationsanalyse gibt Hinweise auf durchgeführte Maßnahmen zur Nebenwirkungsprophylaxe bei medikamentösen Therapien und durchgeführte nicht-medikamentöse Maßnahmen, die Befragung der Pflegefachkräfte beleuchtet ihre Möglichkeiten zur Koordination von Maßnahmen im individuellen Fall (vgl. Abbildung 10) und die Patientenbefragung gibt Aufschluss über den Effekt medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen aus Patientensicht und über ihre Möglichkeiten des schmerzbezogenen Selbstmanagements (vgl. Abbildung 11).

Eine Prophylaxe schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen ist in 52,3% der Fälle dokumentiert worden. Über die getroffenen Maßnahmen lässt sich aus den Projektberichten und Auditbögen wenig ablesen, es ist aber davon auszugehen, dass es sich in der Regel um die Durchführung medikamentöser Prophylaxe wie zum Beispiel die Gabe von Magenschutzpräparaten oder Laxantien handelt.

Der Wissensstand der Pflegefachkräfte zu Möglichkeiten der Prophylaxe muss als durchschnittlich angesehen werden. 74,1% geben an, Fortbildungen besucht zu haben, die das Nebenwirkungsmanagement thematisierten. Hohen und eher hohen bestehenden Fortbildungsbedarf geben 58% und eher niedrigen und niedrigen Fortbildungsbedarf 42% der Pflegefachkräfte an (vgl. Tabelle 22).

In 79,9% der Pflegedokumentationen finden sich Hinweise auf bedarfsorientierte, nicht-medikamentöse Maßnahmen und die Wirksamkeit dieser Maßnahmen wurde in 88,5% der Fälle beurteilt. Auffällig ist, dass nur 68,8% der Pflegefachkräfte angeben, dass es ihnen möglich war, nicht-medikamentöse Maßnahmen einzusetzen. Damit sind in den Pflegedokumentationen entweder bei einigen Patienten Maßnahmen erfasst, die nicht durch Pflegefachkräfte durchgeführt wurden, z. B. physikalische Therapien, oder die dokumentierten Maßnahmen wurden angeboten, allerdings durch die Patienten abgelehnt und dies wiederum nicht dokumentiert.

Pflegefachkräfte haben zu 77,8% Fortbildungen zu medikamentösen Maßnahmen und zu 71,3% Fortbildungen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen besucht. Zu beiden Themen geben etwas weniger als die Hälfte zum Auditzeitpunkt hohen oder höheren bestehenden Fortbildungsbedarf an. Ebenso wurden die Pflegefachkräfte nach ihrem Wissensstand zu schmerzauslösenden Faktoren befragt. 62,7% der Pflegefachkräfte haben entsprechende Fortbildungen besucht. Auch von ihnen schätzen knapp weniger als die Hälfte ihren bestehenden Fortbildungsbedarf als hoch oder eher hoch ein (vgl. Tabelle 22).

	Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen	Medikamentöse Maßnahmen	Nicht-medikamentöse Maßnahmen	Schmerzauslösende Faktoren
Teilnahme	74,1% (n=166)	77,8% (n=162)	71,3% (n=164)	62,7% (n=165)
hoher Bedarf	21,3%	17,3%	18,9%	15,2%
eher hoher Bedarf	36,7%	24,7%	29,3%	32,1%
eher niedriger Bedarf	29%	42%	32,9%	37%
niedriger Bedarf	13%	16%	18,9%	15,8%

Tabelle 22: Fortbildungen zu schmerzbezogenen Maßnahmen: Teilnahme und Fortbildungsbedarf – Krankenhäuser

Entscheidend für die Umsetzung des Schmerzmanagements und vor allem für die Durchführung medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen ist die Ausgestaltung der interdisziplinären Kooperationen in den Krankenhäusern. In sieben der zehn Krankenhäuser liegen Verfahrensregeln vor, die die Zuständigkeiten der Berufsgruppen und den organisatorischen Verlauf des Schmerzmanagements bei chronischen Schmerzen beschreiben. Zu 81,2% bestätigen die Pflegefachkräfte, dass es ihnen möglich war, patientenbezogene Maßnahmen des Schmerzmanagements im multidisziplinären Team zu koordinieren.

Die Patienten bewerten den Erfolg der Maßnahmen unterschiedlich. Auf die Frage nach dem Beitrag der medikamentösen Therapie geben nur knapp über die Hälfte an, dass sie der Schmerzlinderung gedient hat. Diese Frage ist die einzige im ganzen Komplex der Fragen zur Maßnahmenebene des Expertenstandards, in der sich die Zielerreichungsgrade deutlicher zwischen Patienten mit stabiler und instabiler Schmerzsituation unterscheiden. Bei Patienten mit stabiler Schmerzsituation hat die

medikamentöse Therapie deutlicher besser zur Schmerzlinderung beigetragen (75,8%, n=99) als bei Patienten mit instabiler Schmerzsituation. Von ihnen gaben nur 43,2% (n=118) an, Hilfe durch die verabreichten Medikamente erfahren zu haben.

91,5% aller Patienten bestätigen das Angebot nicht-medikamentöser Maßnahmen. Dieser im Vergleich zu den Zielerreichungsgraden der Dokumentationsanalyse und der Fachkräftebefragung höhere Wert erhärtet die Vermutung, dass diese Maßnahmen nicht ausschließlich durch Pflegefachkräfte, sondern auch durch andere Berufsgruppen angeboten wurden. Entscheidender ist, dass 83,7% der Patienten bestätigen, dass die Maßnahmen zur Schmerzlinderung beigetragen haben und es bei dieser Frage keinen erwähnenswerten Unterschied zwischen Patienten mit stabiler oder instabiler Schmerzsituation gibt. 71,7% aller befragten Patienten haben auch selbständig Maßnahmen zum Umgang mit ihren Schmerzen durchgeführt. Die Maßnahmenpalette reicht dabei von Entspannungsübungen über Lageveränderungen oder Bewegung bis hin zu Kälte-, Wärme oder Rotlichtanwendungen (vgl. Abbildung 11).

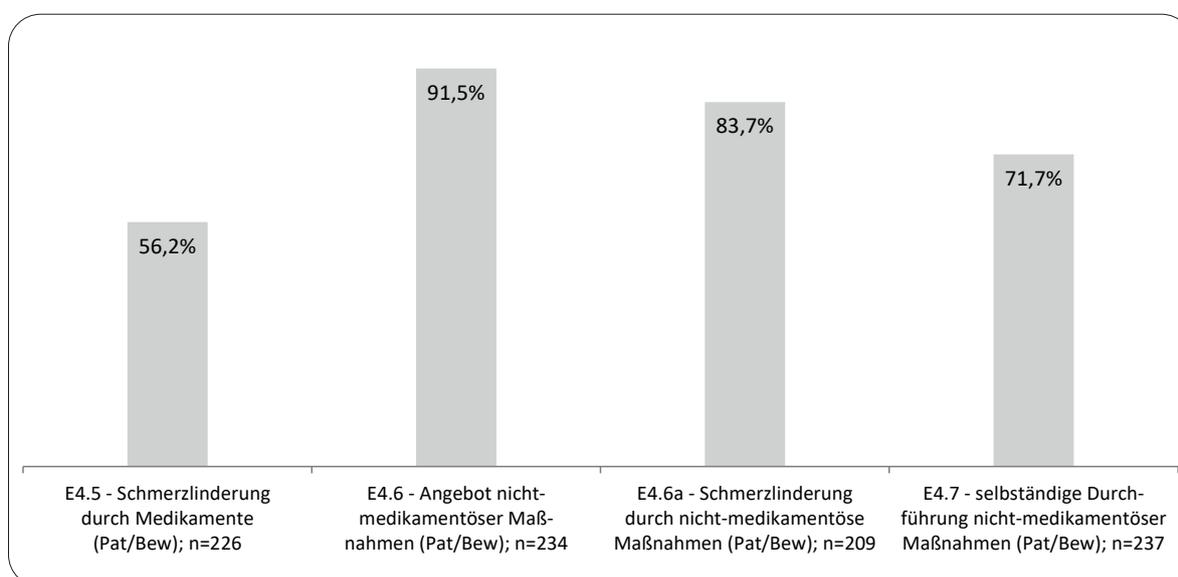


Abbildung 11: Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Patientenbefragung) – Krankenhäuser

Insgesamt bestätigen die Zielerreichungsgrade, dass es den Pflegefachkräften in gutem Maß gelungen ist, nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung einzusetzen und dabei den Besonderheiten der chronischen Schmerzen Rechnung zu tragen.

E5 Eine Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und dem Erreichen der individuellen Therapieziele des Patienten/Bewohners beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung ist eine Anpassung des Behandlungsplans eingeleitet.

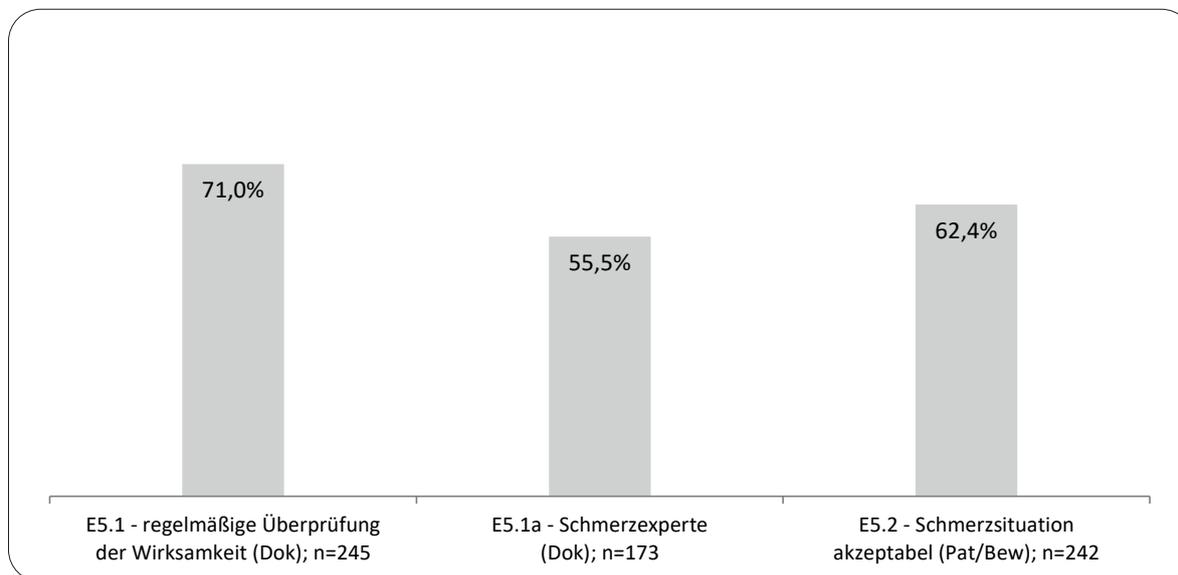


Abbildung 12: Zielerreichungsgrade der Standardebene 5 – Krankenhäuser

Die Wirkung der pflegerischen Maßnahmen ist laut der Pflegedokumentationen in 71% der Fälle regelmäßig überprüft worden (vgl. Abbildung 12). Pflegerische Schmerzexperten sind in etwas mehr als der Hälfte der erfassten Fälle hinzugezogen worden. Das Einbeziehen der Schmerzexperten wird im Expertenstandard immer dann empfohlen, wenn entweder eine instabile Schmerzsituation besteht oder die Wirksamkeitsüberprüfung zeigt, dass sie zu destabilisieren droht.

Die Patienten selbst schätzen ihre Schmerzsituation zu 62,4% als akzeptabel ein. Von den Patienten, deren Schmerzsituation im Rahmen des Assessments als stabil eingeschätzt wurde, waren es 68,7% (n=99) und von den Patienten mit instabiler Schmerzsituation 57,9% (n=133). Die durchaus als gering einzuschätzende Zufriedenheit mit der persönlichen Schmerzsituation der Patienten kann unter Umständen als Ausdruck ihrer akuten Krankheitssituation gesehen werden, die einen negativen Einfluss auf ihre chronische Schmerzsituation ausübt.

Fortbildungen, die die Evaluation des pflegerischen Schmerzmanagements thematisiert haben, wurden von 59,9% der befragten Pflegefachkräfte (n=162) besucht. Dabei ist den Projektberichten folgend davon auszugehen, dass die Evaluation des Schmerzmanagements als ein Anteil von Fortbildungen zur Einschätzung und Beurteilung der Schmerzsituation in die Fortbildungsprogramme integriert war. 19,6% bzw. 32,7% der Pflegefachkräfte geben hohen oder eher hohen bestehenden Fortbildungsbedarf hierzu an, 31,5% bzw. 16,1% eher niedrigen oder niedrigen Fortbildungsbedarf.

Bei der Evaluation der Maßnahmen sowie insbesondere beim Einsatz der Schmerzexperten zeigt sich Verbesserungspotential. Ein Augenmerk auf diesen Schritt des Pflegeprozesses ist vor allem deshalb von Bedeutung, da die Evaluation im Rahmen des Schmerzmanagements bei chronischen Schmerzen im Krankenhaus eine Schlüsselrolle für die Anbahnung angemessener poststationärer Versorgungsangebote einnimmt.

5.2.2.4 Zwischenfazit zu den Ergebnissen der Krankenhäuser

Die Einführung des Expertenstandards ist auf den Modellpflegeeinheiten der teilnehmenden Krankenhäuser gelungen und er hat seine Praxistauglichkeit und Anwendbarkeit unter Beweis gestellt. Uneingeschränkt lässt sich dies für Abteilungen konstatieren, auf denen die Behandlung und Therapie des chronischen Schmerzes im Mittelpunkt steht, also Schmerzstationen, in der Palliativversorgung und in spezialisierten Rehabilitationskliniken. Geringe Verweildauern sowie die Behandlung und Versorgung akuter Erkrankungen von Patienten schränken auf nicht-spezialisierten Abteilungen hingegen die Möglichkeiten zur Einflussnahme auf die chronische Schmerzsituation ein. Zudem zeigte sich auf einigen Modellpflegeeinheiten unerwartet eine geringe Anzahl von Patienten mit chronischen Schmerzen, was die Erprobung der Expertenstandardinhalte in der Einführungsphase erschwert hat. Hier scheint es für künftige Implementierungsvorhaben des Expertenstandards angebracht, zuvor tragfähige Analysen zum Patientenklitel durchzuführen, um eine ressourcenschonende Einführung und Anwendung des Expertenstandards zu gewährleisten. Es kann empfohlen werden, bei kurzen Verweildauern über das Entlassungsmanagement ein kontinuierliches Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen anzubahnen und, vor allem bei Patienten, die sich bereits innerhalb professioneller Versorgungsstrukturen befinden, für eine angepasste Fortführung begonnener Maßnahmen zu sorgen.

Positiv stellen die Projektbeauftragten fest, dass die Umsetzung des Expertenstandards zu einer Sensibilisierung der Pflegefachkräfte für das Thema beiträgt und den pflegerischen Anteil am Schmerzmanagement transparent macht. Nach ihren ersten Eindrücken aus der ersten Anwendungsphase bestätigen sie, dass sich der Expertenstandard zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen mit dem Expertenstandard zum Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen kombinieren lässt.

5.2.3 Einrichtungen der stationären Altenhilfe

5.2.3.1 Strukturdaten der Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Elf Einrichtungen der stationären Altenhilfe mit einer Größe von 80 bis 281 Bewohnerplätzen haben sich an der modellhaften Implementierung des Expertenstandards beteiligt und den Expertenstandard auf zwei bis acht Wohnbereichen implementiert. Dabei wurde in sieben Einrichtungen eine nahezu flächendeckende Implementierung angestrebt, während die übrigen Einrichtungen einzelne Modellpflegeeinheiten für die Implementierung ausgewählt haben, die über ein entsprechendes Bewohnerklitel verfügten. Während zehn Einrichtungen der Altenpflege zuzuordnen waren, ist der Expertenstandard in einer Einrichtung in einem Bereich implementiert worden, auf dem jüngere Erwachsenen mit vornehmlich neurologischen Grunderkrankungen leben. In zwei Einrichtungen wurde der Expertenstandard durch dieselbe Projektbeauftragte jeweils parallel in ambulanten Pflegediensten des gleichen Trägers implementiert. Fünf Einrichtungen haben bereits an DNQP-Projekten zur modellhaften Implementierung von Expertenstandards teilgenommen aber auch alle anderen Einrichtungen weisen Erfahrungen in der Expertenstandardeinführung und -anwendung auf. Darüber hinaus bestehen in allen Einrichtungen breitgefächerte Erfahrungen in der Durchführung von Qualitätsprojekten, der Durchführung von Pflegevisiten und internen Audits, der Anwendung der Methode der stationsgebundenen Qualitätsentwicklung oder Zertifizierungen.

Die Pflegeorganisationsformen der Modellpflegeeinheiten waren mehrheitlich der Gruppen- und Bereichspflege zuzuordnen, in zwei Einrichtungen war Primary Nursing eingeführt. Mit Ausnahme von drei Einrichtungen gab es auf den Modellpflegeeinheiten ein ausgewogenes Verhältnis von Pflegefachkräften und Pflegehilfskräften oder anderen Mitarbeitern im Pflegedienst, wie z. B. Präsenz-

kräften. Entsprechend lag die Fachkraftquote im Durchschnitt bei 54,3%, in einer Einrichtung lag sie mit 33% deutlich darunter und in zwei Einrichtungen erreichte sie 62% bzw. 72%. Der Personalschlüssel, errechnet aus dem Verhältnis von Bewohnerplätzen zu Vollzeitstellen der Pflegefachkräfte lag in den Einrichtungen bei durchschnittlich 5,1 und zwischen 2,3 und 8,6 Bewohnern pro Pflegefachkraft.

Zehn der elf Einrichtungen konnten im Rahmen der Implementierung auf pflegerische Schmerzexperten zurückgreifen. In vier Einrichtungen wurde diese Möglichkeit im Rahmen der Implementierung geschaffen, davon in einem Fall durch das Hinzuziehen externer Expertise. In den übrigen Einrichtungen waren bereits vor Implementierungsbeginn Schmerzexperten vorhanden, die in zwei Fällen direkt auf den Modellpflegeeinheiten und in den anderen hausintern beschäftigt sind. Die Expertise beruht in allen Einrichtungen auf der Weiterbildung zu Pain Nurses oder in der Fortbildung zu Palliativfachkräften. In den Einrichtungen, in denen eine Einschätzung der Kooperation zwischen Pflegefachkräften und Schmerzexperten bereits möglich war, wurde sie als gut und unproblematisch beschrieben.

5.2.3.2 Vorgehen bei der Standardeinführung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe

Projektbeauftragte und Arbeitsgruppen

Die Projektbeauftragten waren mehrheitlich Stations-, Bereichs- oder Pflegedienstleitungen, die teilweise auch Aufgaben des Qualitätsmanagements der Einrichtungen übernahmen. In zwei Einrichtungen waren die Projektbeauftragten die Qualitätsmanagerinnen, in einer weiteren war sie Referentin des Einrichtungsträgers und einer anderen die Pflegefachberatung. Vier Projektbeauftragte haben diese Rolle bereits in einem früheren DNQP-Implementierungsprojekt ausgeübt und auch alle übrigen verfügten über zum Teil weitreichende Erfahrung in der Durchführung pflegebezogener Qualitätsprojekte.

In allen Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurde frühzeitig mit der Bildung von Arbeitsgruppen begonnen, die sich in der Regel aus Pflegefachkräften und Leitungen der Modellpflegeeinheiten zusammensetzten. Die Arbeitsgruppen hatten eine Mitgliederzahl zwischen fünf und elf Personen und waren überwiegend monodisziplinär besetzt. Nur in vier der elf Einrichtungen waren weitere Berufsgruppen wie Sozialdienst, Physiotherapie oder Hausärzte beteiligt, allerdings wurde dabei von diskontinuierlicher oder anlassbezogener Teilnahme berichtet. In den beiden Einrichtungen, die den Expertenstandard in Kooperation mit einem ambulanten Pflegedienst ihres Trägers eingeführt haben, gab es in den Arbeitsgruppen Überschneidungen zwischen den Mitgliedern aus den beiden Einrichtungstypen. Die Auswahl der Arbeitsgruppenmitglieder geschah mit Ausnahme von drei Einrichtungen, in denen sich die Teilnehmer ihre Bereitschaft von sich aus signalisierten, durch die Pflegedienst- und Wohnbereichsleitungen oder die Projektbeauftragten. Dabei orientierten sie sich an der themenspezifischen Qualifikation oder der Position potentieller Arbeitsgruppenmitglieder, da angestrebt wurde, die Arbeitsgruppen neben inhaltlicher Expertise auch mit Wohnbereichs- oder Teamleitungen zu besetzen.

Fortbildungen zum Expertenstandard

Das Fortbildungsprogramm ist durch die Projektbeauftragten in allen Einrichtungen der stationären Altenhilfe systematisch geplant worden. Dabei haben sie den Fortbildungsbedarf vornehmlich durch Fragebogenerhebungen und mündliche Befragungen der Pflegefachkräfte erfasst oder sind von Vorerfahrungen aus der Implementierung des Expertenstandards zum Akutschmerzmanagement und der Analyse des Sonderdrucks zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen

ausgegangen. Dabei haben sie berücksichtigt, dass zu Projektbeginn noch nicht alle möglichen Fortbildungsthemen bekannt sein können, die sich zum Beispiel aus Anpassungen und Konkretisierungen des von Standardkriterien ergeben und dass der selbst eingeschätzte Wissensbedarf der Pflegefachkräfte alleine nicht als Planungsgrundlage ausreicht. Zwei Einrichtungen haben das Fortbildungsangebot unabhängig von der Zusage zur Projektteilnahme bereits vor Projektstart geplant und in einen bestehenden Fortbildungsplan integriert.

Zum Assessment chronischer Schmerzen, medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen zur Schmerzbehandlung wurde in den meisten Einrichtungen Fortbildungsbedarf identifiziert, gefolgt von Fragen zu Verlaufsbeobachtung und Evaluation von Maßnahmen, Beratung bei chronischen Schmerzen und der Planung von Maßnahmen. Auch die Entstehung chronischer Schmerzen und der Expertenstandard selbst waren häufige Themenwünsche. Wenngleich der subjektiv eingeschätzte Fortbildungsbedarf vor der Standardimplementierung bereits sehr eng an den Expertenstandardinhalten orientiert ist, haben die Projektbeauftragten das Fortbildungsangebot in den Einrichtungen an den Projektverlauf angepasst und regelmäßig aktualisiert.

Im Mittelpunkt der angebotenen Fortbildungen standen in allen Einrichtungen medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen, Schulungen zum Assessment chronischer Schmerzen und dabei insbesondere angepasster Einschätzungs- und Dokumentationsmaterialien sowie Grundlagen zu chronischem Schmerz, wie z. B. Schmerzentstehung, Schmerzarten und das bio-psycho-soziale Modell. Seltener thematisiert wurden Beratung bei chronischen Schmerzen und die Planung von Maßnahmen. Begleitet wurden die inhaltlich orientierten Fortbildungen auch von Veranstaltungen zur Einführung des Expertenstandards und dem Projektfortschritt. Hierzu gehören auch Kick-Off Veranstaltungen, die den Projektbeginn und die Phase der ersten Standardanwendung kennzeichnen.

Fortbildungen fanden nicht allein zu Beginn des Implementierungsprozesses statt, wenngleich in der Mehrzahl der Einrichtungen zu diesem Zeitpunkt der Fortbildungsschwerpunkt lag. Dabei dienten die Fortbildungen neben der Wissensvermittlung auch der Sensibilisierung für das Implementierungsprojekt.

Aus mehreren Einrichtungen wird berichtet, dass personelle und zeitliche Ressourcen auf die Gestaltung der Fortbildungsveranstaltungen Einfluss genommen haben. So haben drei Einrichtungen keine klassischen Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt, sondern arbeitszeitschonende Verfahren der Wissensvermittlung gewählt, indem anstelle von Fortbildungsveranstaltungen für alle Pflegefachkräfte zunächst einzelne Pflegefachkräfte oder Arbeitsgruppenmitglieder geschult wurden. Diese haben im Rahmen der Standardanwendungen als Multiplikatoren Mikroschulungen für die Pflegefachkräfte der Projektstationen übernommen. Die Praxisnähe dieser Fortbildungsform wurde von den Pflegefachkräften positiv angenommen. Auch bei klassischen Fortbildungsveranstaltungen in anderen Einrichtungen beurteilen die Projektbeauftragten die Motivation der Teilnehmer positiv, was sie insbesondere auf hohen Wissensbedarf der Pflegefachkräfte zurückführen und andererseits an zielgruppenorientierten Inhalten festmachen.

In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe wurden im Rahmen der Implementierung zwischen 18 und 642 Stunden Fortbildungen angeboten, der Mittelwert lag bei 172 Stunden. Dabei wurden in allen Einrichtungen nicht ausschließlich Pflegefachkräfte fortgebildet, sondern auch nicht-dreijährig ausgebildete Pflegekräfte oder Präsenzkkräfte themenspezifisch in die Fortbildungen einbezogen. Auf Pflegefachkräfte entfielen zwischen 18 und 239 und im Mittel 103 Fortbildungsstunden. Jede einzelne Pflegefachkraft der Modellpflegeeinheiten hat damit rechnerisch zwischen 0,9 und 12,5 Stunden Fortbildung erhalten. Der Mittelwert lag bei den Pflegefachkräften bei 4,8 Stunden, bei Pflegehilfskräften und Präsenzkkräften, sofern sie geschult wurden, bei 4,5 Stunden. Da sich die Zeit

der Praxisanleitung durch Arbeitsgruppenmitglieder, Schmerzexperten oder intensiver geschulte Pflegefachkräfte im Rahmen der ersten Standardanwendung nur schlecht quantifizieren lässt, ist davon auszugehen, dass diese Zeiten in den Projektberichten nicht vollumfänglich berücksichtigt wurden.

Für die Organisation, Begleitung und teilweise Durchführung der Fortbildungen haben die Projektbeauftragten zwischen 10 und 50 Stunden aufgewendet, abhängig davon, ob sie Fortbildungen teilweise selbst durchgeführt haben. Im Durchschnitt waren es 29 Stunden.

Anpassung und Konkretisierung einzelner Standardkriterien

Wie in den anderen Einrichtungsarten bestanden auch in den Einrichtungen der stationären Altenpflege in der Entscheidung für ein angemessenes Einschätzungsverfahren und in der Auswahl zielgruppenspezifischer Instrumente die größten und zeitintensivsten Herausforderungen in der Phase der Anpassung der Standardkriterien. Aus mehreren Einrichtungen wird dabei von umfassenderen Diskussionen über praktikable Operationalisierungen zur Unterscheidung von akutem und chronischem Schmerz und über die Differenzierung von stabilen und instabilen Schmerzsituationen berichtet. Einige Einrichtungen haben als Ergebnis dieser Diskussionen in der Anpassungsphase begonnen, vorhandene Einschätzungsinstrumente an die Standardinhalte anzupassen oder neue zu entwickeln.

Andere Inhalte der Standardkriterien wurden nach den Berichten der Projektbeauftragten in den Arbeitsgruppen weniger häufig diskutiert. In einer Einrichtung wurde in der zweiten, vierten und fünften Kriterienebene der Begriff „Behandlungsplan“ durch „Maßnahmenplan“ ersetzt, da die Pflegefachkräfte diesen mit ärztlichen Anordnungen assoziierten. Ähnliches berichtet ein weiterer Projektbeauftragter. Aus seiner Sicht fällt es den Pflegefachkräften schwer, im Sinne des Expertenstandards in einem Behandlungsplan eine Einheit aus der Planung medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen und abgestimmten Therapiezielen zu sehen.

Im Rahmen der Anpassung der dritten Standardebene ist in einer Einrichtung nach Analyse der Kompetenzen der Pflegefachkräfte entschieden worden, die Beratung der Bewohner gänzlich in die Hände von Schmerzexperten zu legen. Man war sich einig, dass den Pflegefachkräften der Einrichtung derzeit umfassende Beratungskompetenzen fehlen, um die im Expertenstandard geforderten Inhalte bewohnergerecht umzusetzen. Verstärkte Fortbildungen in diesem Bereich werden trägerseitig geplant. Aus einer anderen Einrichtung wird berichtet, dass zur erleichterten Durchführung von Information, Schulung und Beratung entsprechende Materialien angeschafft und ein Beratungskatalog mit wichtigen häufigen Themenbereichen angelegt wurde.

Die Standardkriterien zur Koordination und Durchführung der Maßnahmen sowie zu ihrer Evaluation wurden in den Einrichtungen hauptsächlich sprachlich und kaum inhaltlich konkretisiert. Aus einer Einrichtung wird berichtet, dass die Anpassungsphase auch genutzt wurde, zielgruppenspezifische Hilfsmittel für nicht-medikamentöse Maßnahmen anzuschaffen. Gleichzeitig wurde im Rahmen der Auseinandersetzung mit dieser Standardebene in einer anderen Einrichtung festgestellt, dass viele Pflegefachkräfte in Bezug auf schmerzbezogene Maßnahmen stark auf medikamentöse Maßnahmen konzentriert sind, während ein Perspektivenwechsel hin zur verstärkten Berücksichtigung nicht-medikamentöser und bio-psycho-sozialer Komponenten schwer fällt.

Über größere inhaltliche Probleme berichten die Projektbeauftragten bei der Anpassung und Konkretisierung der Standardebenen nicht, mit Ausnahme der bereits angedeuteten Diskussionen über die Verfahren zur Einschätzung der Schmerzsituation. Dennoch beschrieben mehrere Projektbeauftragte die Phase als zeitaufwändig, was auch mit Schwierigkeiten bei der Terminplanung der Arbeitsgruppensitzungen bedingt durch knappe Zeit- und Personalressourcen sowie Krankheits-

fällen der Arbeitsgruppenmitglieder zusammenhing. In einigen Einrichtungen wurden für diese Implementierungsphase auch zusätzlich zu den Arbeitsgruppenmitgliedern weitere Beteiligte hinzugezogen, beispielsweise Pflegefachkräfte der Modellpflegeeinheiten, Qualitätsbeauftragte oder eine Pflegepädagogin für die Unterstützung bei inhaltlichen Fragen. In drei Einrichtungen waren, neben weiteren Angehörigen anderer Berufsgruppen, auch Ärzte an den Anpassungen beteiligt. Ein Projektbeauftragter beschreibt darin den großen Vorteil, dass diese Berufsgruppen auf diese Weise in die Ausgestaltung der interdisziplinären Verfahren direkt eingebunden werden können.

Jeder Projektbeauftragte hat für die Phase der Anpassung und Konkretisierung zwischen 3 und 160 Stunden aufgewendet, im Durchschnitt waren es 31 Stunden. Jedes Arbeitsgruppenmitglied hat zwischen 0,5 und 19 und im Durchschnitt 7 Stunden für die Arbeitsgruppensitzungen gebraucht. Je nach Arbeitsgruppengröße wurde den Arbeitsgruppen in den Einrichtungen damit eine Zeiteresource von durchschnittlich 51 Stunden zur Verfügung gestellt. Hinzu kommen durchschnittlich 28 Stunden für die Teams der Pflegeeinheiten, die z. B. durch erstes Ausprobieren von Dokumentationsmaterialien oder im Rahmen von Informationsweitergaben auch mehr oder weniger direkt an der Anpassung und Konkretisierung beteiligt waren, und durchschnittlich 13 Stunden für die Angehörigen anderer Berufsgruppen.

Für den deutlich größeren Zeitbedarf der Projektbeauftragten gegenüber den einzelnen Arbeitsgruppenmitgliedern gilt für die Einrichtungen der stationären Altenhilfe das gleiche, wie für die anderen Einrichtungsarten. Neben der Organisation und Durchführung der Arbeitsgruppentreffen waren sie vor allem verantwortlich für deren inhaltliche Vorbereitung und die spätere schriftliche Umsetzung der Arbeitsgruppenergebnisse.

Einführung und Umsetzung des angepassten Expertenstandards

In allen Einrichtungen war der Beginn der erstmaligen Anwendung des angepassten Expertenstandards durch Informationsveranstaltungen über die Ergebnisse der Konkretisierungs- und Anpassungsphase gekennzeichnet. Dabei haben sich die Einrichtungen für die Durchführung größerer Kick-Off Veranstaltungen, kleinerer Informationsveranstaltungen oder Teamsitzungen entschieden. Aus einer Einrichtung wird dabei von einer gezielten Einbeziehung der Öffentlichkeit berichtet. Hier wurden Bewohner, ihre Angehörigen, Hausärzte und Pflegefachkräfte zu einer gemeinsamen Veranstaltung eingeladen und parallel wurde über Presseveröffentlichungen auf das Projekt aufmerksam gemacht.

Wie schon in der Anpassungsphase stand auch in der ersten Umsetzungsphase in nahezu allen Einrichtungen die Einschätzung der Schmerzsituation im Mittelpunkt. Die erstmalige Anwendung der Einschätzungsinstrumente von der ersten Erfassung der chronischen Schmerzen bis hin zur Einschätzung der Stabilität oder Instabilität der Schmerzsituation erwies sich in vielen Einrichtungen als Herausforderung. Mikroschulungen und vor allem die gemeinsame Einschätzung und Dokumentation der Schmerzsituation der Bewohner durch mehrere Pflegefachkräfte in Begleitung der Projektbeauftragten, Arbeitsgruppenmitglieder oder Schmerzexperten im Sinne einer Schmerzvisite haben sich dabei als das Mittel der Wahl erwiesen. Hierbei wurden in einer Einrichtung auch andere Berufsgruppen hinzugezogen, zum Beispiel Ärzte zur Einholung von Diagnosen bei unklaren Schmerzsituationen und Ergo- oder Physiotherapeuten für die darauffolgende Maßnahmenplanung. Die Frage nach geeigneten Fremdeinschätzungsinstrumenten spielte angesichts der größeren Zahl kognitiv eingeschränkter oder dementiell veränderter Menschen in der stationären Altenpflege eine große Rolle. Über gute Erfahrungen wird bei dem Einsatz des ZOPA (Zürich Observation Pain Assessment) berichtet, der sich aus Sicht mehrerer Projektbeauftragter besser eignet als der BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz). Insbesondere durch die größere Aufmerksamkeit für das individuelle Verhalten und Verhaltensänderungen nicht-auskunfts-fähiger Bewohner als mögliche

Zeichen für Schmerzsituationen berichten Projektbeauftragte, dass herausforderndes Verhalten auch als Hinweis für instabile Schmerzsituationen wahrgenommen werden kann. Nach ihrer Erfahrung führten in diesen Fällen schmerzbezogene Interventionen zu einer Verbesserung der Situation.

Probleme ergaben sich für die Projektbeauftragten durch geringe Zeitressourcen, hohen Krankenstand und eine unerwartete Mitarbeiterfluktuation. Zudem kam es für die Projektbeauftragten, die den Expertenstandard auf mehreren Modellpflegeeinheiten eingeführt haben, teilweise zu erheblichen Zeitbelastungen, wenn auf den Wohnbereichen nicht ausreichend Multiplikatoren aus den Arbeitsgruppen vor Ort waren.

Der Zeitbedarf der Projektbeauftragten lag in dieser Implementierungsphase zwischen einer und 54 Stunden und im Durchschnitt bei 15 Stunden. Jedes Arbeitsgruppenmitglied hat zwischen einer halben und neun Stunden aufgewendet, im Durchschnitt waren es vier Stunden. Aus einer Einrichtung liegen keine Zeitangaben vor.

Audit

Die Durchführung des abschließenden Audits wurde in sechs Einrichtungen durch Projektbeauftragte alleine und in einer Einrichtung gemeinsam mit Pflegefachkräften und -leitungen der Wohnbereiche durchgeführt. In den vier übrigen Einrichtungen haben die Projektbeauftragten die Auditdurchführung gänzlich an andere Personen abgegeben. Dies geschah in zwei Fällen aus organisatorischen Gründen und in zwei weiteren, um der Auditdurchführung eine größtmögliche Objektivität zu verleihen. Die Anwendung des Auditinstruments wird aus den meisten Einrichtungen als problemlos geschildert. Einschränkungen bestanden allerdings hinsichtlich des Umgangs mit Fragen, die in Einzelfällen nicht zutreffend waren. Dies galt besonders für Fragen, die sich auf instabile Schmerzsituationen bezogen. In der Ergebnisdarstellung werden diese Fälle genauer beleuchtet.

Während die Analyse der Dokumentation die Auditoren nicht vor größere Probleme stellte, gestaltete sich die Befragung der Bewohner teilweise schwieriger, wenn eine kognitive Einschränkung vorlag, sie ihre Schmerzsituation nicht thematisieren wollten oder sie beschönigten. Zudem wird aus einer Einrichtung berichtet, dass die Bewohnerbefragung mit einem höheren Zeitbedarf einherging, weil viele Bewohner nicht nur die Auditfragen beantworteten, sondern von sich aus auch weitere Themen angesprochen haben. Insgesamt lag der Zeitbedarf der Auditoren für die Vorbereitung, Durchführung und hausinterne Auswertung des Audits bei durchschnittlich 28 Stunden. Der geringste Zeitbedarf lag bei 15, der höchste bei 48 Stunden. Auf ein einzelnes bewohnerbezogenes Audit entfielen durchschnittlich etwa 30 Minuten.

Das bewohnerbezogene Audit umfasst insgesamt eine Stichprobe von bis zu 382 Bewohnern¹⁶. Damit wurden in allen Einrichtungen im Durchschnitt knapp 35 Bewohner in das Audit einbezogen. Die geringste auditierte Bewohneranzahl lag bei 14, die höchste bei 74 Bewohnern. Aus den Auditprotokollen lässt sich ablesen, dass es sich bei der Zahl der auditierten Bewohner nahezu um eine Vollerhebung aller Bewohner mit chronischen Schmerzen auf den Modellpflegeeinheiten handelt. Setzt man die Zahlen der auditierten Bewohner mit chronischen Schmerzen in Bezug zur Zahl der Bewohnerplätze der Modellpflegeeinheiten, liegt ihr durchschnittlicher Anteil bei etwa 34%. Dennoch hatten viele Projektbeauftragte vor den ersten Einschätzungen der Schmerzsituation der Bewohner mit einem höheren Anteil von Menschen mit chronischen Schmerzen in ihren Einrichtungen gerechnet.

¹⁶ Die Stichprobengrößen können in der Folge jeweils aus den Abbildungen abgelesen werden. Unterschiedliche Stichprobengrößen resultieren dabei z. B. aus nicht-anwendbaren Fragen, im Einzelfall fehlenden Einträgen in der Pflegedokumentation oder fehlenden Angaben der Bewohner.

Das personalbezogene Audit der Einrichtungen der stationären Altenhilfe umfasst die Einschätzung von bis zu 184 Pflegefachkräften zu ihrem Wissensstand in Bezug auf das Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen. Die Rücklaufquote lag zwischen 52% und 100% und im Durchschnitt bei 79%.

5.2.3.3 Umsetzung des Expertenstandards in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe

E1 Für alle Patienten/Bewohner mit chronischen Schmerzen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung der Schmerzsituation vor. Diese stellt handlungsleitende Informationen zur Weiterführung, Ergänzung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans zur Verfügung.

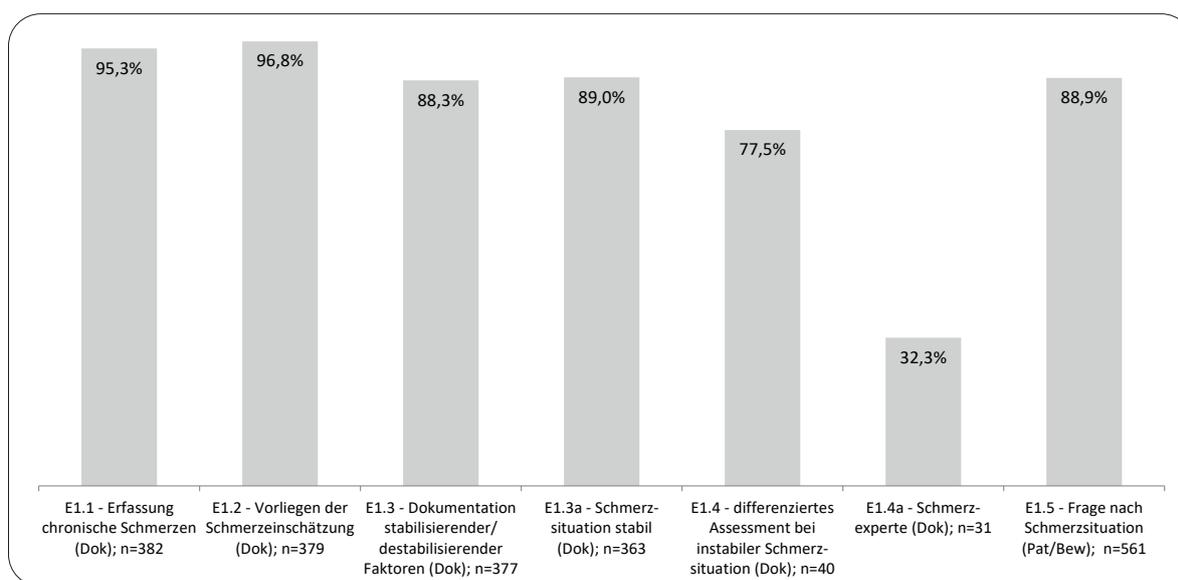


Abbildung 13: Zielerreichungsgrade der Standardebene 1 – stationäre Altenhilfe¹⁷

Eine erste Einschätzung darüber, ob bei den Bewohnern chronische Schmerzen vorliegen findet sich in 95,3% der eingesehenen Pflegedokumentationen (vgl. Abbildung 13). Diese Einschätzung wurde in den meisten Einrichtungen mit Beginn der ersten Expertenstandardanwendung erhoben. Mit einem ähnlich hohen Zielerreichungsgrad liegt eine aktuelle, systematische Einschätzung der Schmerzsituation vor (96,8%). Aus 88,3% der Pflegedokumentationen gehen individuelle, bewohnerbezogene Faktoren hervor, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren. Bei 89% der Bewohner schätzen die Pflegefachkräfte die Schmerzsituation als stabil ein, 11% zeigen Anzeichen für eine Instabilität.

Lag eine instabile Schmerzsituation vor, wurde in 77,5% der Fälle ein differenziertes Assessment durchgeführt und dabei in 32,2% unter Beteiligung eines pflegerischen Schmerzexperten.

Anders, als im Auditinstrument vorgesehen, haben einige Auditoren ähnlich wie in den anderen Einrichtungsarten auch (vgl. Kap. 5.2.2.3 und 5.2.4.3) die Fragen nach dem differenzierten Assessment und dem Hinzuziehen der Schmerzexperten auch bei 111 Bewohnern mit stabiler Schmerzsituation angewendet. Bei 78,4% dieser Bewohner wurde ein differenziertes Assessment durchgeführt und daran war in 72,4% ein pflegerischer Schmerzexperte beteiligt.

¹⁷ Legende: Dok = Dokumentationsanalyse Pat/Bew = Patienten-/Bewohnerbefragung

Die Bewohner bestätigen zu 88,9%, dass sie regelmäßig zu ihrer Schmerzsituation befragt worden sind. Hierbei liegt der Anteil der Bewohner mit instabiler Schmerzsituation mit 83,9% etwas unter dem der Bewohner mit stabiler Schmerzsituation (90,7%).

Die systematische Schmerzeinschätzung war in nahezu allen Einrichtungen Thema von Fortbildungsveranstaltungen und entsprechend bestätigen 78,7% der befragten Pflegefachkräfte eine Teilnahme an einer solchen Fortbildung (n=183). Ihren bestehenden Fortbildungsbedarf schätzen die Pflegefachkräfte geringer ein als zu weiteren Fortbildungsthemen. So sehen nur 16,3% hohen und 22,1% eher hohen Fortbildungsbedarf, während 33,1% eher niedrigen und 28,5% niedrigen Fortbildungsbedarf empfinden.

Das initiale Assessment der Schmerzsituation ist auf den Modellpflegeeinheiten damit bei nahezu allen Bewohnern mit chronischen Schmerzen durchgeführt worden und das differenzierte Assessment gelingt unabhängig der Schmerzsituation gut. Dabei bestätigen einige Projektbeauftragte, dass Informationen über die Faktoren, die zur Aufrechterhaltung einer stabilen Schmerzsituation beitragen und auch bei stabiler Schmerzsituation durch das differenzierte Assessment gewonnen werden sollten, in vielen Fällen bereits bekannt waren. Sie waren entweder bereits im initialen Assessment erhoben worden oder lagen durch die Pflegeanamnese vor, sodass auf ein ausführliches differenziertes Assessmentverfahren bei diesen Bewohnern verzichtet werden konnte.

Das differenzierte Assessment findet bei stabilen Schmerzsituationen häufiger unter Beteiligung von Schmerzexperten statt als bei instabilen. Projektbeauftragte bestätigen, dass die Schmerzexperten in der Einführungsphase auch bei stabilen Schmerzsituationen beratend hinzugezogen wurden, da unter Pflegefachkräften Unsicherheiten bei der Durchführung des differenzierten Assessments bestanden. Dabei greifen sie auch die bereits in der Anpassungs- und Einführungsphase entstandenen Diskussionen um das Einschätzungsverfahren zum chronischen Schmerz auf und bemängeln, dass die Einschätzungsschritte nicht eindeutig voneinander abgegrenzt und differenziert beschrieben sind. Abschließend gehen wir differenziert auf dieses Thema ein (vgl. Kap. 5.3).

E2 Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners berücksichtigt, liegt vor.

Bereits in der Phase der Anpassung der Expertenstandardkriterien wurde in einigen Einrichtungen der stationären Altenhilfe diskutiert, wie eine individuelle Behandlungsplanung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe gestaltet werden kann. Negativ beeinflussend sind die seltene Beteiligung anderer Berufsgruppen an der Behandlungsplanung sowie die geringen Selbstmanagementkompetenzen und die seltene gemeinsame Festlegung individueller Therapieziele bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. So kann nach Berichten der Projektbeauftragten davon ausgegangen werden, dass sich in den Bewohnerakten, in denen ein Behandlungs-

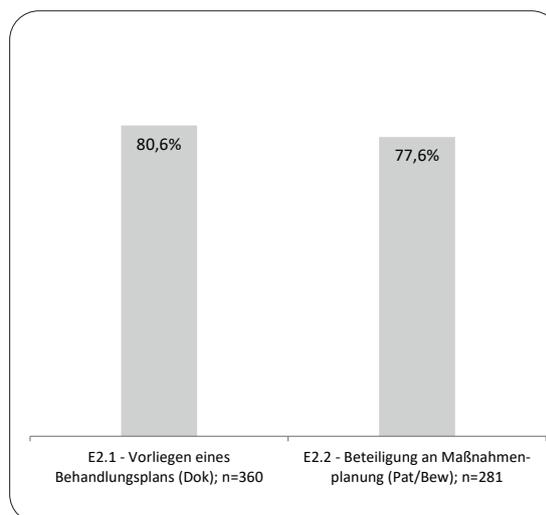


Abbildung 14: Zielerreichungsgrade der Standardebene 2 – stationäre Altenhilfe

plan zu finden war (80,6%), auch Planungen befinden, in denen nicht alle Anteile eines Behandlungsplans im Sinne des Expertenstandards berücksichtigt wurden. In Einzelfällen berichten Projektbeauftragte auch von Bewohnern, die neben ihrer Schmerzmedikation keine weiteren Maßnahmen zur Schmerzbehandlung wünschten. 77,6% der befragten Bewohner bestätigen, dass sie an der Behandlungsplanung beteiligt waren (vgl. Abbildung 14). An der Behandlungsplanung waren dabei vornehmlich auskunftsfähige Bewohner beteiligt.

E3 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind individuell über seine Schmerz-situation informiert, geschult und beraten. Sein schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert.

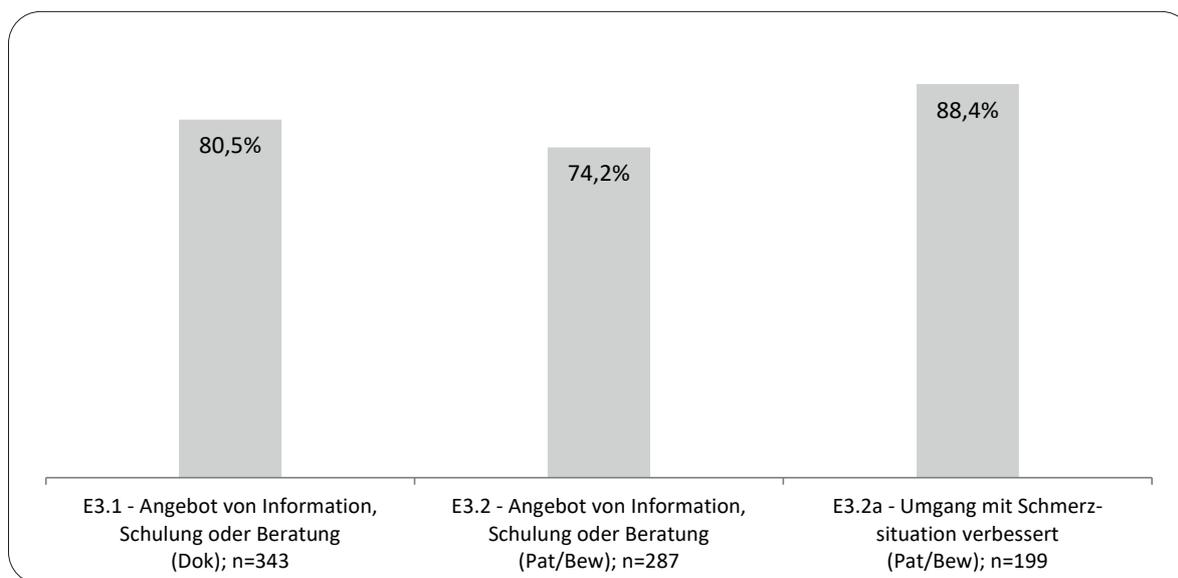


Abbildung 15: Zielerreichungsgrade der Standardebene 3 – stationäre Altenhilfe

Information, Schulung und Beratung wurden in allen Einrichtungen der stationären Altenhilfe regelmäßig angeboten. So finden sich in 80,5% der Pflegedokumentationen Hinweise auf individuelle Informations- oder Schulungsangebote (vgl. Abbildung 15). Aus den Auditprotokollen und den Berichten der Projektbeauftragten geht hervor, dass Inhalte der Angebote in Informationen über die Medikation, Gefahren der Abhängigkeit und Möglichkeiten nicht-medikamentöser Maßnahmen bestanden. Allerdings finden sich in Auditbögen unterschiedlicher Einrichtungen auch Hinweise darauf, dass Bewohner die Angebote nicht wahrgenommen haben, weil sie ihre Schmerz-situation entweder nicht thematisieren wollten oder mit bereits eingeleiteten Maßnahmen zufrieden waren und hinter dem Informations-, Schulungs- oder Beratungsangebot die Gefahr einer Maßnahmenveränderung vermuteten. Dies trat auch zutage, wenn die Maßnahmen ausschließlich medikamentöser Art waren. Dann haben Bewohner auch deutlich gemacht, dass sie ihre Schmerz-situation ausschließlich gegenüber ihrem Hausarzt thematisieren. Auffallend ist, dass Bewohner mit einer stabilen Schmerz-situation deutlich häufiger (83,4%) Informations-, Schulungs- und Beratungsangebote erhalten haben als Bewohner mit einer instabilen Schmerz-situation (56,3%). Je nach Ursache der Instabilität kann vermutet werden, dass hier zunächst andere Maßnahmen des Schmerz-managements mit dem Ziel der Stabilisierung der Schmerz-situation im Vordergrund standen oder kognitive Einschränkungen der Bewohner eine Rolle spielen.

74,2% der Bewohner bestätigen, Informations-, Schulungs- und Beratungsangebote erhalten zu haben. Damit wurden in Einzelfällen die in der Pflegedokumentation festgehaltenen Angebote entweder von den Bewohnern zum Auditzeitpunkt nicht mehr erinnert oder sind nicht als solche wahrgenommen worden. Wurden die Angebote angenommen, wurden sie von 88,4% der Bewohner als hilfreich und unterstützend für den Umgang mit ihrer Schmerzsituation eingeschätzt, was als positiver Hinweis für den Effekt pflegerischer Beratung angesehen werden kann.

Von 180 befragten Pflegefachkräften gaben 65,6% an, eine entsprechende Fortbildung besucht zu haben. Ein insgesamt größerer Anteil der Pflegefachkräfte sieht dementsprechend hohen (30,8%) beziehungsweise eher hohen (31,4%) weiterbestehenden Fortbildungsbedarf, während ihn nur 18,6% als eher niedrig und 19,2% als niedrig einschätzen.

Auch vor dem Hintergrund, dass der Themenbereich Information, Schulung und Beratung in den Fortbildungsprogrammen der Einrichtungen keinen Spitzenplatz eingenommen hat, müssen diese Ergebnisse positiv bewertet werden.

E4 Die pflegerischen Maßnahmen des individuellen Behandlungsplans sind durchgeführt und dokumentiert. Die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.

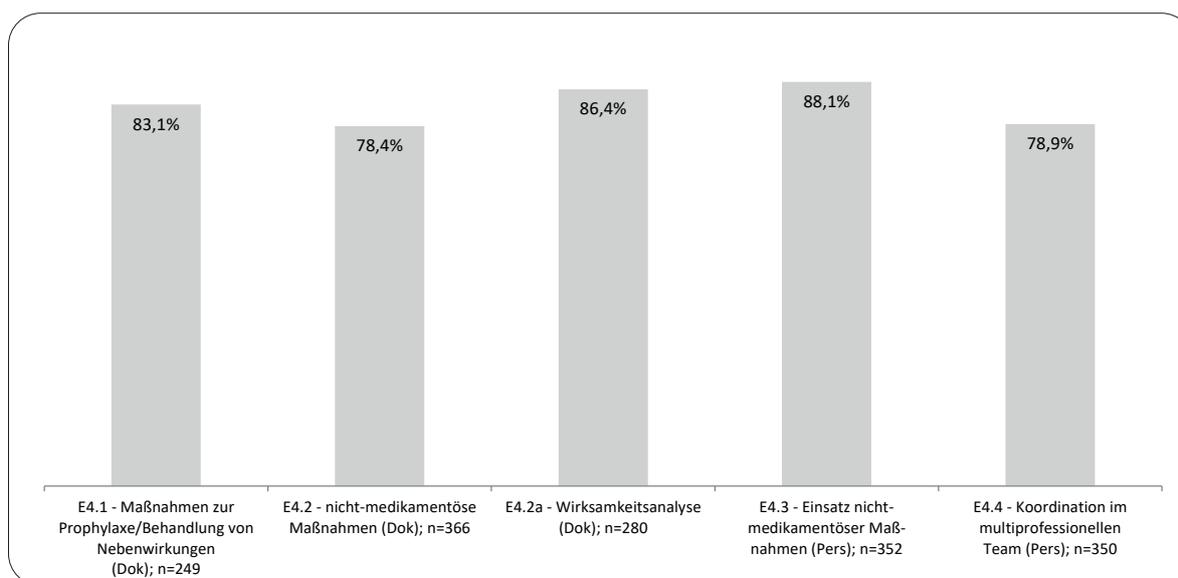


Abbildung 16: Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Dokumentenanalyse und Befragung der zuständigen Bezugspflegefachkraft) – stationäre Altenhilfe

Zur Umsetzung aller pflegerischen Maßnahmen zum Schmerzmanagement ist zusammenfassend festzustellen, dass hohe Zielerreichungsgrade als Ergebnis der Pflegedokumentationsanalyse, der Befragung der Pflegefachkräfte und der Bewohner bestätigen, dass die geplanten Maßnahmen in umfassendem Maß durchgeführt wurden und einen positiven Effekt auf die Schmerzsituation der Bewohner hatten. In 83,1% der Pflegedokumentationen finden sich Hinweise auf die Durchführung von Maßnahmen zur Prophylaxe von Nebenwirkungen der Schmerzmedikation (vgl. Abbildung 16), dies waren in der Regel medikamentöse Maßnahmen zur Obstipationsprophylaxe. Nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzbehandlung, z. B. Kälte- oder Wärmeanwendung, Lageveränderungen oder das Angebot von Ablenkung, wurden in 78,4% der Fälle dokumentiert und dabei

finden sich in 86,4% Hinweise auf eine Wirksamkeitsüberprüfung dieser Maßnahmen. Auch die Pflegefachkräfte bestätigen zu einem hohen Grad (88,1%), dass es ihnen möglich war, entsprechende Maßnahmen im Einzelfall anzuwenden und geben damit indirekt Hinweise darauf, dass die notwendigen Materialien in angemessener Form vorhanden waren und die Möglichkeit zur Maßnahmenanwendung im Wohnbereichsalltag gegeben war. Insgesamt überraschen diese Ergebnisse vor dem Hintergrund der bereits angesprochenen Konzentration auf medikamentöse Maßnahmen und dem erst langsam einsetzenden Verständnis für die positiven Effekte nicht-medikamentöser Maßnahmen, die eine Projektbeauftragte exemplarisch schilderte.

Hinzu kommt der wichtige Hinweis eines weiteren Projektbeauftragten, dass es viel Fingerspitzengefühl und eine gewisse Übergangszeit benötigt, wenn nicht-medikamentöse Maßnahmen bei Bewohnern, die bereits seit Jahren mit chronischen Schmerzen in einer Einrichtung leben und pflegerisch betreut werden, neu angewendet werden sollen. Er sieht ansonsten die Gefahr, einen Vertrauensverlust bei den Bewohnern zu erleiden.

Eine Koordination der Maßnahmen im multiprofessionellen Team war den Pflegefachkräften in 78,9% der Fälle möglich. Unter die Koordination fallen dabei viele kommunikative Aufgaben. So wird aus mehreren Einrichtungen berichtet, dass die Zusammenarbeit mit den Hausärzten durch die systematisierten pflegerischen Einschätzungen der Schmerzsituation der Bewohner gewonnen habe. Ebenso wird die Zusammenarbeit mit Apothekern positiv erlebt. In neun der elf Einrichtungen lagen Verfahrensregeln für den Ablauf des Schmerzmanagements und das Vorgehen der interdisziplinären Kooperationen vor.

Das Wissen der Pflegefachkräfte zu Maßnahmen des Schmerzmanagements ist unterschiedlich ausgeprägt und weist zu nicht-medikamentösen Maßnahmen einen etwas höheren Wissensbedarf auf. 72,7% der Pflegefachkräfte haben Fortbildungen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen und 78,1% zu medikamentösen Maßnahmen besucht. An Fortbildungen zu nicht-medikamentösen Maßnahmen haben 69,4% und an Fortbildungen zu schmerzauslösenden Faktoren 72,7% teilgenommen (vgl. Tabelle 23).

	Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen	Medikamentöse Maßnahmen	Nicht-medikamentöse Maßnahmen	Schmerzauslösende Faktoren
Teilnahme	72,7% (n=174)	78,1% (n=171)	69,4% (n=171)	72,7% (n=172)
hoher Bedarf	23,6%	15,8%	25,7%	24,4%
eher hoher Bedarf	31%	25,7%	27,5%	30,2%
eher niedriger Bedarf	24,1%	33,3%	31%	30,2%
niedriger Bedarf	21,3%	25,2%	15,8%	15,2%

Tabelle 23: Fortbildungen zu schmerzbezogenen Maßnahmen: Teilnahme und Fortbildungsbedarf – stationäre Altenhilfe

Zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen, nicht-medikamentösen Maßnahmen und schmerzauslösenden Faktoren geben jeweils etwas mehr als die Hälfte der Pflegefachkräfte hohen und eher hohen weiterbestehenden Fortbildungsbedarf und die übrigen eher niedrigen und niedrigen Fortbildungsbedarf an. Zu medikamentösen Maßnahmen schätzen die Pflegefachkräfte ihren

bestehenden Fortbildungsbedarf geringer ein. Hier sehen etwas mehr als 40% hohen und eher hohen Bedarf, während der größere Teil eher niedrigen und niedrigen weiterbestehenden Fortbildungsbedarf angibt. Dies spiegelt die bereits dargestellte Schwerpunktsetzung auf medikamentöse Maßnahmen vor der Expertenstandardeinführung wider und kann als Zeichen dafür gewertet werden, dass Möglichkeiten nicht-medikamentöser und von Pflegefachkräften selbst verantworteter Maßnahmen erst nach und nach in ihr Blickfeld geraten.

86,5% der befragten Bewohner bestätigen, dass die medikamentösen Maßnahmen zu einer dauerhaften Schmerzlinderung beigetragen haben (vgl. Abbildung 17). Zu dieser Frage findet sich ein deutlicher Unterschied zwischen Bewohnern mit stabiler und Bewohnern mit instabiler Schmerzsituation. 90% der Bewohner mit stabiler Schmerzsituation geben an, dass medikamentöse Maßnahmen dauerhaft zur Schmerzlinderung beitragen, während dieses nur die Hälfte der Bewohner mit instabiler Schmerzsituation bestätigen. Nicht-medikamentöse Maßnahmen wurden nach eigenen Angaben 78,4% der Bewohner angeboten und wenn sie angeboten wurden, haben sie bei 92,5% auch zur Schmerzlinderung beigetragen. Ähnlich wie bei medikamentösen Maßnahmen tragen auch die nicht-medikamentösen Maßnahmen bei Bewohnern mit instabiler Schmerzsituation nicht in dem Maße zur Schmerzlinderung bei, wie sie es bei Bewohnern mit stabiler Schmerzsituation tun. Von allen Bewohnern geben 66,1% an, dass sie auch selbständig Maßnahmen zur nicht-medikamentösen Schmerzlinderung durchgeführt haben. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Lagewechsel, Einreibung oder Maßnahmen zur Ablenkung und Entspannung.

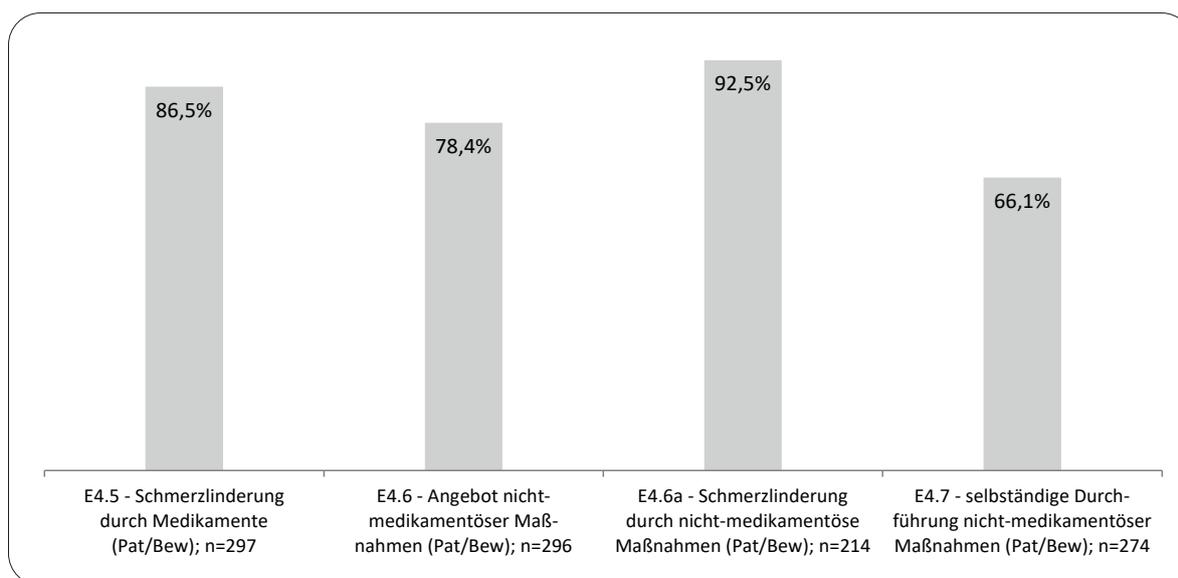


Abbildung 17: Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Patienten-/Bewohnerbefragung) – stationäre Altenhilfe

Die Zielerreichungsgrade zeigen einen hohen Umsetzungsgrad der Standardebene und bestätigen den Stellenwert nicht-medikamentöser Maßnahmen für das Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen. Dabei ist eine beginnende Umorientierung hin zur Anwendung entsprechender Maßnahmen ein positives Zeichen.

E5 Eine Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und dem Erreichen der individuellen Therapieziele des Patienten/Bewohners beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung ist eine Anpassung des Behandlungsplans eingeleitet.

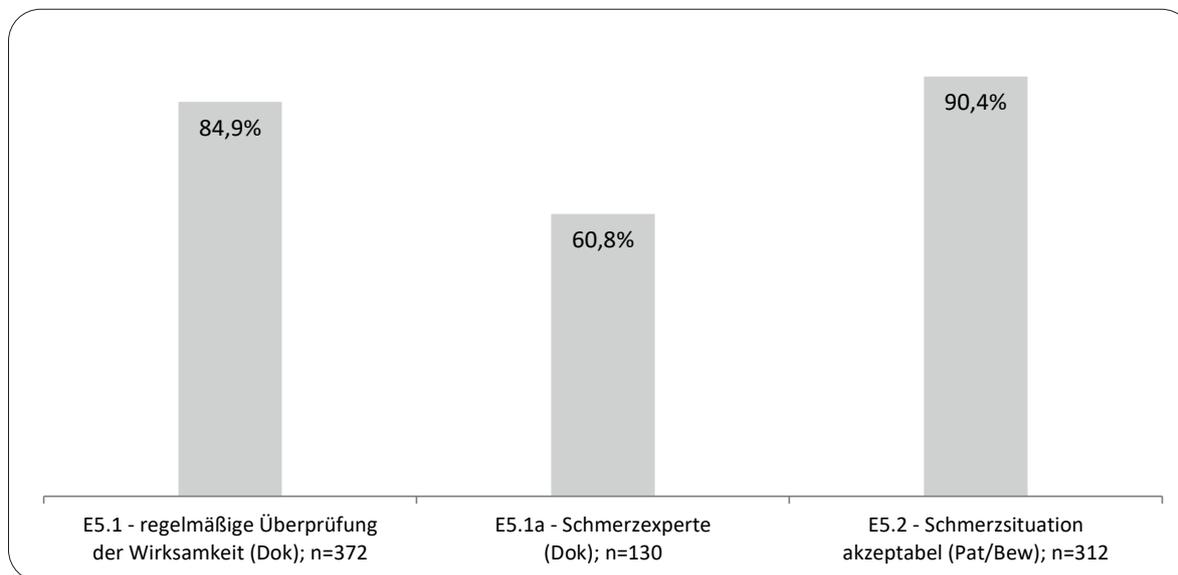


Abbildung 18: Zielerreichungsgrade der Standardebene 5 – stationäre Altenhilfe

In 84,9% der Pflegedokumentationen finden sich Hinweise auf die Evaluation aller pflegerischen Maßnahmen zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen (vgl. Abbildung 18). Damit ist der abschließende Prozessschritt zur Überprüfung der Wirksamkeit der eingeleiteten Maßnahmen und der Erreichung der aufgestellten Therapieziele insgesamt in einem hohen Maß bewältigt worden. Bei 60,8% von 130 Bewohnern wurde dabei ein pflegerischer Schmerzexperte hinzugezogen und dies ist in einigen Fällen damit auch erfolgt, wenn die Schmerzsituation zum Zeitpunkt des initialen Assessments eine Stabilität aufwies. Erneut kann für das Hinzuziehen bei stabiler Situation der Anleitungs- oder Übungsaspekt für die Pflegefachkräfte in der ersten Phase der Standardanwendung als Grund herangezogen werden. Hier bleibt abzuwarten, wie diese Ergebnisse bei einrichtungsinternen Folgeaudits ausfallen, um Aussagen über eine Gefahr der Über- oder Unterversorgung treffen zu können.

90,4% der befragten Bewohner äußern sich überwiegend zufrieden mit ihrer Schmerzsituation. Wenig überraschend ist, dass nahezu alle Bewohner mit dauerhaft stabiler Schmerzsituation mit dieser zufrieden sind und lediglich 41,4% der Bewohner, deren Schmerzsituation anfänglich als instabil eingeschätzt wurde.

Fortbildungen über das Vorgehen bei der Evaluation pflegerischer Maßnahmen zum Schmerzmanagement wurden von 69,4% der befragten Pflegefachkräfte besucht (n=183). Zu ihrem bestehenden Fortbildungsbedarf äußerten sich 172 Pflegefachkräfte, von denen der größere Teil hohen (26,7%) oder eher hohen (30,2%) Fortbildungsbedarf sieht, während 29,1% eher niedrigen und 14% niedrigen Fortbildungsbedarf empfinden.

Insgesamt erscheint die Evaluation im Sinne des Expertenstandards als sehr komplexe Aufgabe weiteres innovatives Potential zu enthalten und es ist zu empfehlen, durch weitere Schulungsmaßnahmen die Handlungssicherheit der Pflegefachkräfte in diesem Bereich zu fördern. Zudem, so

die Projektbeauftragten, ist von Bedeutung, Verständnis dafür zu erreichen, dass nicht jede instabile Schmerzsituation in eine stabile umgewandelt werden kann. Eine weitere Durchdringung der Wohnbereiche mit Pflegefachkräften, die eine pflegerische Schmerzexpertise durch entsprechende Fort- oder Weiterbildungen erlangt haben und anderen Pflegefachkräften beratend zur Seite stehen können, kann diesen Prozess unterstützen.

5.2.3.4 Zwischenfazit zu den Ergebnissen der stationären Altenhilfeeinrichtungen

Der Expertenstandard hat sich insgesamt in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe als sehr gut implementierbar und anwendbar erwiesen. Das bestätigen die Auditergebnisse, die Aussagen der Projektbeauftragten und die Berichte über den Projektverlauf. Chronische Schmerzen finden sich bei etwa einem Drittel der Bewohner der Modellpflegeeinheiten. Die Schmerzsituation der meisten Bewohner ist dabei von Stabilität gekennzeichnet, was als deutlicher Hinweis auf gelungene medikamentöse und nicht-medikamentöse Maßnahmen vor Expertenstandardeinführung zu werten ist.

Gleichwohl bestätigen diese Zahlen die hohe Relevanz des Expertenstandards für die stationäre Altenhilfe. Umsetzungsprobleme zeigen sich punktuell bei der Ausgestaltung des differenzierten Schmerzassessment und bei der Maßnahmen- bzw. Behandlungsplanung. Die Projektbeauftragten begrüßen die Motivation der Pflegefachkräfte zur Anwendung des Expertenstandards und stellen eine Sensibilisierung für das Thema und eine fachliche Auseinandersetzung mit den Standardinhalten fest. Allerdings zeigen sich dabei in Einzelfällen auch Grenzen, nämlich dort, wo Anforderungen innovativer werden, z. B. bei der Schmerzeinschätzung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen oder dem Einsatz nicht-medikamentöser Maßnahmen. Der zunehmende Einsatz von Schmerzexperten auf den Wohnbereichen und die im Allgemeinen positiv erlebte Zusammenarbeit zwischen ihnen und den Pflegefachkräften kann, ebenso wie verstärkte Fortbildungen zu dieser Thematik, die Umsetzung dieser Pflegemaßnahmen unterstützen.

5.2.4 Ambulante Pflegedienste

5.2.4.1 Strukturdaten der ambulanten Pflegedienste

In die Ergebnisdarstellung der modellhaften Implementierung des Expertenstandards fließen Projektberichte und Auditergebnisse von sechs ambulanten Pflegediensten ein. Zwei dieser Einrichtungen gehören dabei einem Träger an, in dem der Expertenstandard zugleich auch in Einrichtungen der stationären Altenhilfe implementiert wurde und damit ein gegenseitiger Austausch über den Implementierungsfortschritt und gemeinsame Ressourcennutzung gewährleistet war.

Die ambulanten Pflegedienste wiesen eine breitgefächerte Einrichtungsstruktur auf. So lag ihre Einrichtungsgröße, gemessen an der Zahl der betreuten Patienten, zwischen 97 und knapp 1200 Patienten, sodass zwangsläufig nicht in allen Einrichtungen eine flächendeckende Einführung des Expertenstandards vorgenommen wurde, sondern einzelne Pflegegruppen oder -stationen ausgewählt wurden. Eine Einrichtung betreute pflegebedürftige Menschen, die in Wohngemeinschaften leben. In einer Einrichtung wurden zunächst alle Patienten mit chronischen Schmerzen identifiziert, um den Einführungsprozess gezielt auf dieses Patientenkontingent abstimmen zu können und die Touren- und Einsatzplanung ressourcenschonend zu gestalten.

Als Pflegesysteme kamen in zwei Einrichtungen Primary Nursing, in einer weiteren ein Bereichspflegesystem und in einer vierten Einrichtung eine Mischform aus Funktions- und Gruppenpflege zum Einsatz. Aus zwei ambulanten Pflegediensten liegen keine Angaben zum angewendeten Pfl-

gesystem vor. Der Personalschlüssel der ambulanten Pflegedienste hatte eine große Spannweite und lag zwischen sechs und 30 Patienten pro Pflegefachkraft und lag im Durchschnitt bei 15. Bei der Fachkraftquote lagen die Einrichtungen mit einer Ausnahme enger zusammen, sie bewegte sich zwischen 41,1% und 97% und hatte einen Mittelwert von 74,6%.

In vier der sechs ambulanten Pflegedienste gab es zu Beginn der Expertenstandardeinführung bereits einen pflegerischen Schmerzexperten. Zwei Einrichtungen verfügten dabei intern über diese für die Expertenstandardumsetzung wichtige Fachexpertise, in den beiden anderen konnte die Expertise extern hinzugezogen werden. Bei den Schmerzexperten handelte es sich um Pain Nurses und Pflegefachkräfte mit einer Palliativ Care Weiterbildung. Zwei ambulante Pflegedienste verfügen noch nicht über eine entsprechende Expertise. Damit bestanden Schwierigkeiten in der Umsetzung entsprechender Standardkriterien, auf die in der Darstellung der Auditergebnisse eingegangen wird.

Alle Einrichtung wiesen umfangreiche Erfahrungen mit der Einführung und Umsetzung von Expertenstandards auf, wenngleich nicht von allen Projektbeauftragten über systematische und durch Audits abgeschlossene Implementierungsprojekte berichtet werden konnte. Über die Expertenstandardanwendung hinaus lagen Erfahrungen in der Durchführung von Pflegevisiten, individuellen Fallbesprechungen, internen Auditverfahren und externen Zertifizierungen sowie in der Anwendung der Methode der stationsgebundenen Qualitätsentwicklung und der Qualitätszirkelarbeit vor. Dies kennzeichnet einen hohen qualitätsmethodischen Entwicklungsstand der beteiligten ambulanten Pflegedienste.

5.2.4.2 Vorgehen bei der Standardeinführung in den ambulanten Pflegediensten

Projektbeauftragte und Arbeitsgruppen

Drei der beteiligten Projektbeauftragten haben in ihren Einrichtungen die Funktion der leitenden Qualitätsbeauftragten inne, zwei Projektbeauftragte sind Pflegedienstleitungen, die gleichzeitig Aufgaben des Qualitätsmanagements übernehmen und eine weitere ist eine externe Pflegefachberatung, die bereits seit längerer Zeit mit dem ambulanten Pflegedienst zusammenarbeitet.

In allen sechs Einrichtungen haben im ersten Monat nach Projektstart Arbeitsgruppen ihre Arbeit aufgenommen und sich zu ersten einrichtungsinternen Arbeitsgruppensitzungen zusammengefunden. In vier ambulanten Pflegediensten waren diese Arbeitsgruppen monodisziplinär und in zwei Diensten multidisziplinär durch Beteiligung einer hauswirtschaftlichen Fachkraft oder einer Physiotherapeutin besetzt. In den beiden ambulanten Pflegediensten, die den Expertenstandard in Kooperation mit einer stationären Pflegeeinrichtung ihres Trägers eingeführt haben, gab es in den Arbeitsgruppen Überschneidungen zwischen den Mitgliedern aus den beiden Einrichtungsarten. Die Arbeitsgruppen bestanden aus vier bis zehn Personen und waren im Durchschnitt mit knapp acht Personen besetzt. Ein Zusammenhang zwischen der Größe des Pflegedienstes bzw. der Anzahl der Patienten in der Modellpflegeeinheit und der Arbeitsgruppengröße lässt sich dabei nicht erkennen. Beteiligt waren in der Regel Pflegedienstleitungen, Qualitätsmanagementbeauftragte und Pflegefachkräfte mit oder ohne spezifischer Fort- oder Weiterbildung. In vier der sechs Einrichtungen waren Pflegefachkräfte mit ausgewiesener Schmerzexpertise Teil der Arbeitsgruppen. Die Terminierung der Arbeitsgruppen stellte zum Teil eine Herausforderung dar. Zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Arbeitsgruppenarbeit wurde in einer Einrichtung die Tourenplanung angepasst, um unter den Mitgliedern eine Konsensbildung über anzupassende Inhalte des Expertenstandards und angepasste Verfahren in der Einrichtung zu ermöglichen. Dies war vor allem für ihre weitere Rolle als Mentoren für die Pflegeteams von Bedeutung.

Fortbildungen zum Expertenstandard

Für die bedarfsgerechte Gestaltung und Steuerung des Fortbildungsprogramms wurde der Fortbildungsbedarf der Pflegefachkräfte in fünf der sechs Einrichtungen systematisch mittels Fragebogenerhebung und mündlicher Befragung durch die Projektbeauftragten erhoben. Hierfür haben sie einrichtungsspezifisch Fragebögen entwickelt, in denen sich die Handlungsebenen des Expertenstandards widerspiegeln. Die Rückmeldungen der Pflegefachkräfte zeigten dabei das bereits aus anderen Implementierungsvorhaben bekannte Phänomen. Die subjektive Einschätzung des Fortbildungsbedarfs zu Projektbeginn kann weder die innovativen Inhalte des Expertenstandards noch die zukünftigen einrichtungsspezifischen Anpassungen so umfassend berücksichtigen, dass sie als ausschließliche Planungsgrundlage für das Fortbildungsprogramm genutzt werden kann. Aus diesem Grund waren die vorab geäußerten Wünsche nach Fortbildungen für die Projektbeauftragten lediglich ein Hinweis auf bestehende Fortbildungsbedarfe für die Fortbildungsplanung, die sie um spezifische Inhalte des Expertenstandards ergänzt haben. Angeboten wurden demnach Fortbildungen zu allen relevanten Themen des Expertenstandards. Ein Schwerpunkt lag dabei auf der Einschätzung der Schmerzsituation, nicht-medikamentösen Maßnahmen, pflegerischen Aufgaben bei medikamentösen Maßnahmen und zur Nebenwirkungsprophylaxe. Ebenfalls berücksichtigt waren das Themenfeld Beratung und Information, das Vorgehen bei der Evaluation und der Verlaufsbeurteilung sowie methodische Fragen der Expertenstandardeinführung.

Die Fortbildungen fanden während des gesamten Implementierungsprozesses statt. Sie waren organisiert als klassische Fortbildungsveranstaltungen durch interne und externe Referenten, aber auch als Fallbesprechungen in Kleingruppen oder kollegialen Schulungsgesprächen. Die Erfahrungen in den Einrichtungen waren dabei unterschiedlich. In einer Einrichtung wurde zunächst vollständig auf Fortbildungsveranstaltungen verzichtet und dafür die angepassten Expertenstandardinhalte den Pflegefachkräften im Rahmen von Teamsitzungen weitergegeben. Die AG-Teilnehmer haben hierbei als Multiplikatoren fungiert. Die Pflegefachkräfte haben durch diese Form den sehr engen Praxisbezug der vermittelten Inhalte positiv wahrgenommen und zudem den überschaubaren Fortbildungszeitrahmen gelobt. Zusätzlich sind alle Fortbildungsinhalte in der Einrichtung per Intranet den Mitarbeitern zugänglich gemacht worden. In einer weiteren Einrichtung wurde hingegen die Motivation bei internen Schulungen, kollegialen Beratungen und Teamsitzungen geringer erlebt als bei externen Fortbildungsveranstaltungen. Die Projektbeauftragte dieser Einrichtung vermutet, dass bei Fortbildungen, die organisatorisch eng mit dem Arbeitsalltag verbunden sind, knappe zeitliche Ressourcen deutlicher zu Tage treten und die Motivation zur Beteiligung an entsprechenden Angeboten negativ beeinflussen. Insgesamt zeigt sich, dass in den fünf Einrichtungen, in denen Fortbildungen im Rahmen der Implementierung angeboten wurden, jeweils eine Form gefunden wurde, die zur Sensibilisierung der Mitarbeiter für das Thema beigetragen hat und die Umsetzung der Standardinhalte unterstützte. In einer Einrichtung wurde hingegen zu Implementierungsbeginn entschieden, keine Fortbildungen anzubieten. Es wurde davon ausgegangen, dass der Wissensstand der Pflegefachkräfte durch die bereits in der Einrichtung etablierten Schmerzstandards ausreichend sei und die Implementierung des Expertenstandards zu einem differenzierteren Umgang mit schmerzbezogenen Pflegeproblemen führen kann. Dies geschah auch in dem Bewusstsein, dass sich hierdurch erst ein Fortbildungsbedarf entwickeln wird. In den Auditergebnissen zeigt sich, dass dieses Vorgehen die Umsetzung des Expertenstandards nicht verhindert, allerdings geben die Pflegefachkräfte dieser Einrichtung im Rahmen des Audits ein hohes Maß an Fortbildungsbedarf zu den einzelnen Standardkriterien an.

In den anderen fünf ambulanten Pflegediensten wurden, abhängig von Einrichtungsgröße, Teilnehmerzahl und Zahl der Fortbildungsangebote, für Fortbildungen insgesamt zwischen 30 und 774 Stunden aufgewendet, im Durchschnitt waren es 168 Stunden. In vier der fünf Einrichtungen waren die Fortbildungsveranstaltungen nicht allein Pflegefachkräften vorbehalten, sondern sind auch von Pflegehilfskräften besucht worden, allerdings zu einem deutlich geringeren Anteil. Einzige Ausnahme

hiervon bildet der ambulante Pflegedienst, der Patienten in Wohngemeinschaften betreut und die dort eingesetzten Präsenzkkräfte ebenfalls umfassend zum Expertenstandard geschult hat. Insgesamt entfielen auf die Pflegefachkräfte in allen fünf Einrichtungen zwischen 12 und 296 Stunden und im Durchschnitt 82 Stunden Fortbildungszeit. Ausgehend von der Zahl aller Pflegenden auf den Modellpflegeeinheiten sind jeder Pflegefachkraft zwischen 0,5 und 5,5 und im Durchschnitt 3,8 Stunden Fortbildungszeit gewährt worden und jeder Pflegehilfskraft oder nicht-ausgebildeten Pflegekraft zwischen 0,9 und 13 und im Durchschnitt 3,5 Stunden. Die Projektbeauftragten haben für die Organisation, Begleitung und teilweise Durchführung der Fortbildungen zwischen 12 und 93 Stunden aufgewendet, abhängig davon, ob sie Fortbildungen teilweise selbst durchgeführt haben.

Anpassung und Konkretisierung einzelner Standardkriterien

Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung mit den Inhalten des Expertenstandards und der Frage, welche Anpassungen für seinen Einsatz in der ambulanten Pflege vorgenommen werden müssen, standen in den Einrichtungen die Standardebenen zu Assessment, Information, Schulung, Beratung und der Evaluation der Maßnahmen. Die Standardebenen zur Maßnahmenplanung und -durchführung hingegen wurden in vier der sechs Einrichtungen unverändert übernommen. Viel diskutiert waren in den Einrichtungen Verfahrensfragen zur Einbeziehung pflegerischer Schmerzexperten und zum interdisziplinären Austausch mit den Hausärzten. Zudem stand häufig die Frage nach dem pflegerischen Auftrag im Raum und damit der Refinanzierbarkeit von Maßnahmen. Hinsichtlich der Einschätzung der Schmerzsituation waren alle Einrichtungen bestrebt, schlanke Lösungen zu entwickeln, die gleichzeitig mit bereits bestehenden Einschätzungsverfahren zum Akutschmerz kompatibel sind.

Die Projektbeauftragten berichteten teilweise, dass sie in den Arbeitsgruppen mit Widerständen gegenüber der Standardeinführung umgehen mussten. So kam es beispielsweise in Arbeitsgruppen zu Zweifeln an der Umsetzbarkeit des Expertenstandards vor dem Hintergrund fehlender zeitlicher Ressourcen und Arbeitsgruppenmitglieder taten sich schwer, Inhalte und Intention des Expertenstandards nachzuvollziehen.

Die Projektbeauftragten haben in der Phase der Anpassung des Expertenstandards an die Zielgruppe ihrer Einrichtung im Durchschnitt 33 Stunden aufgewendet, pro Arbeitsgruppenmitglied lag der Zeitbedarf bei durchschnittlich 7 Stunden. In dieser Zeitdifferenz lassen sich Rollen und Aufgaben der Projektbeauftragten für den Implementierungsprozess in den Einrichtungen erkennen. So lag in ihren Händen nicht allein die Organisation, Durchführung und Moderation der Arbeitsgruppentreffen, sondern vielmehr die inhaltliche Vorbereitung und spätere theoretische Umsetzung der Expertenstandardanpassungen auf Basis der Arbeitsgruppenergebnisse.

Einführung und Umsetzung des angepassten Expertenstandards

Die Phase der ersten Umsetzung der angepassten Standardinhalte war auf Seiten einiger Pflegefachkräfte von gewisser Unsicherheit über die Bedeutung des Expertenstandards im Allgemeinen und des Einführungsprojekts im Besonderen gekennzeichnet. So musste beispielsweise eine Projektbeauftragte den Pflegefachkräften vermitteln, dass die Inhalte des Expertenstandards bereits in handlungsleitende Empfehlungen umgewandelt wurden und es sich bei seiner Umsetzung nicht um die Beteiligung an einer wissenschaftlichen Arbeit handelt. Zudem traten Fragen nach der Notwendigkeit des Expertenstandards und seiner Umsetzung auf und es bestanden Sorgen, ob die Einführung unter den gegebenen zeitlichen und personellen Ressourcen möglich sei. Generell hat sich gezeigt, dass Fachgespräche und Anleitungen der Pflegefachkräfte durch die Projektbeauftragten und Arbeitsgruppenmitglieder diese Zweifel mildern konnten und hilfreich für das Erproben veränderter

Verfahren und Maßnahmen waren. Allerdings standen die Projektbeauftragten vor der Herausforderung, bei der Umsetzung der Standardinhalte nicht immer „vor Ort“ zu sein, sondern Informationen über Gelingen und Misslingen neu entwickelter Verfahren nachträglich gewinnen zu müssen.

Der Zeitbedarf lag bei den Projektbeauftragten im Durchschnitt bei 10 Stunden, die Arbeitsgruppenmitglieder haben pro Person im Durchschnitt 5 Stunden für die Anleitung und Begleitung der Pflegefachkräfte aufgewendet.

Audit

Das abschließende Audit wurde in zwei der sechs Einrichtungen durch die Projektbeauftragte, in einer Einrichtung gemeinsam von der Projektbeauftragten und der Pflegedienstleitung und in zwei Einrichtungen ausschließlich durch die Pflegedienstleitung durchgeführt. Letzteres wurde in einem Fall an der Einbindung der Projektbeauftragten in andere Projekte und in dem anderen Fall mit dem Wunsch nach innerbetrieblichem Controlling begründet. In der sechsten Einrichtung haben die Mitglieder der Arbeitsgruppe die Durchführung des Audits übernommen. Die Projektbeauftragte dieser Einrichtung war gleichzeitig die Pflegedienstleitung, sodass durch die Datenerhebung durch Pflegefachkräfte ein höheres Vertrauen der befragten Kollegen und Patienten erwartet wurde.

Über Probleme mit dem Auditinstrument selbst wurde aus keiner Einrichtung berichtet, unabhängig davon, wer das Audit durchgeführt hat. Allerdings zeigen sich in der Auswertung der Auditergebnisse, wie in den anderen beiden Einrichtungsarten auch, Ungereimtheiten bei der Anwendung einzelner Fragen. Dies gilt besonders für Fragen, die sich explizit auf das Vorgehen bei instabiler Schmerzsituation bei der Schmerzeinschätzung oder das Hinzuziehen pflegerischer Schmerzexperten beziehen. In der Ergebnisdarstellung werden diese Fälle genauer beleuchtet. Hinsichtlich des Zeitbedarfs zeigen sich keine nennenswerten Unterschiede zwischen den Einrichtungen. Der Zeitbedarf für Durchführung, Vor- und Nachbereitung des Audit lag im Durchschnitt bei 36 Stunden. Auf die Datenerhebung eines Einzelaudits entfallen in den ambulanten Pflegediensten dabei etwa 41 Minuten. Auditiert wurden in den Einrichtungen zwischen 18 und 40 Patienten mit chronischen Schmerzen. Insgesamt wurden in den ambulanten Pflegediensten bis zu 178 Patienten¹⁸ mit chronischen Schmerzen in das Audit einbezogen. Aus keiner Einrichtung wurde dabei von Schwierigkeiten der Samplebildung berichtet, auch wenn die angestrebte Stichprobengröße von 40 Patienten nur in zwei der sechs Einrichtungen erreicht wurde.

Der Organisationsaufwand für das Audit wird im Vergleich zum stationären Pflegebereich als größer beschrieben. Anschaulich beschreibt eine Projektbeauftragte, dass sie auch für die Dokumentenanalyse auf die Mithilfe der Pflegefachkräfte angewiesen war, da die Dokumentation bei den Patienten verbleibt und eine Einsichtnahme natürlich ebenso wie die Patientenbefragung nur in deren Häuslichkeit möglich war. Dabei hat es sich bewährt, die Durchführung des patientenbezogenen Audits mit der Tourenplanung abzustimmen. Projektbeauftragte berichten allerdings auch, dass Patienten aus Angst vor Veränderungen ihrer langjährig stabilen Schmerzsituation zu Teilaspekten keine Angaben machten oder ihre Beteiligung am Audit vollständig ablehnten.

Das pflegepersonalbezogene Audit umfasst eine einrichtungsübergreifende Stichprobe von bis zu 124 Pflegefachkräften, die nach Einführung ihren Wissensstand und bestehenden Wissensbedarf zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen eingeschätzt haben. Die Rücklaufquote lag im Durchschnitt bei 81,5%.

¹⁸ Die Stichprobengrößen können in der Folge jeweils aus den Abbildungen abgelesen werden. Unterschiedliche Stichprobengrößen resultieren dabei z. B. aus nicht-anwendbaren Fragen, im Einzelfall fehlenden Einträgen in der Pflegedokumentation oder fehlenden Angaben der Patienten.

5.2.4.3 Umsetzung des Expertenstandards in den ambulanten Pflegediensten

E1 Für alle Patienten/Bewohner mit chronischen Schmerzen liegt eine aktuelle, systematische und zielgruppenspezifische Einschätzung der Schmerzsituation vor. Diese stellt handlungsleitende Informationen zur Weiterführung, Ergänzung oder Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans zur Verfügung.

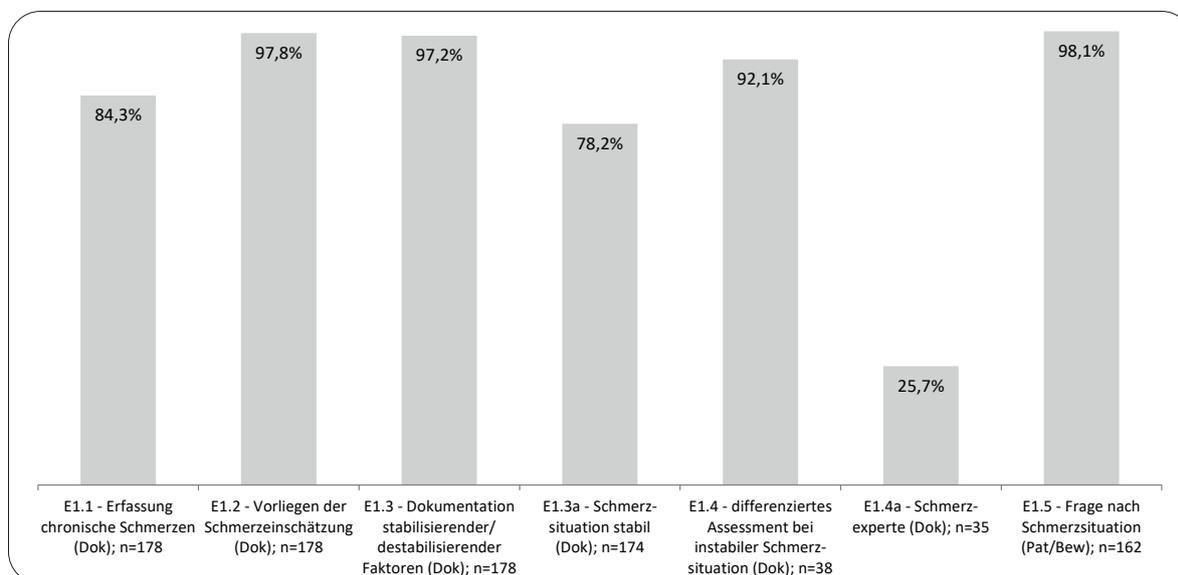


Abbildung 19: Zielerreichungsgrade der Standardebene 1 – ambulante Pflegedienste¹⁹

Ein Hinweis, dass ein Patient chronische Schmerzen hat, findet sich in 84,3% aller durchgesehenen Patientenakten. Dieser Zielerreichungsgrad weist allerdings eine Verzerrung auf, da diese Frage im Audit einer Einrichtung vollständig mit „nein“ beantwortet wurde. Der Grund hierfür könnte in einer missverständlichen Interpretation der Frage liegen, die nach der Erhebung der Schmerzsituation „zu Beginn der pflegerischen Versorgung“ fragt, obgleich im Rahmen der modellhaften Implementierung damit auch der Beginn der Standardanwendung gemeint war. Dass in 97,8% der Fälle (vgl. Abbildung 19) eine aktuelle und systematische Einschätzung der Schmerzsituation vorliegt zeigt, dass zu einem sehr hohen Grad der erste Schritt der Schmerzerfassung und -einschätzung gegangen wurde. Ebenso häufig (97,2%) sind in den Pflegedokumentationen der Patienten individuelle Faktoren erfasst, die die Schmerzsituation stabilisieren oder destabilisieren. Als Ergebnis attestieren die Pflegefachkräfte 78,2% der Patienten eine stabile und 22,8% eine instabile Schmerzsituation.

Auch das differenzierte Assessment bei Patienten mit einer instabilen Schmerzsituation ist mit 92,1% zu einem sehr hohen Grad durchgeführt worden. Schmerzexperten waren daran zu 27,5% beteiligt. Aufgrund der bereits dargestellten uneinheitlichen Vorgehensweise in der Auditdurchführung liegen wie zu den Ergebnissen der anderen Einrichtungsarten (vgl. Kap 5.2.2.3 und 5.2.3.3) auch Ergebnisse aus 60 Patientenakten zum differenzierten Audit bei stabiler Schmerzsituation vor. Ebenso wie bei instabiler Schmerzsituation ist in nahezu allen gesichteten Pflegeakten dokumentiert (91,7%). Die Beteiligung von Schmerzexperten daran ist mit 40% allerdings höher, was auch darauf zurückge-

¹⁹ Legende: Dok = Dokumentationsanalyse Pat/Bew = Patienten-/Bewohnerbefragung

führt werden kann, dass in einem Pflegedienst die Schmerzsituation aller Patienten als stabil eingeschätzt wurde und bei allen ein differenziertes Assessment unter Beteiligung von Schmerzexperten durchgeführt wurde.

Nahezu alle Patienten bestätigen, regelmäßig zu ihrer Schmerzsituation befragt worden zu sein (98,1%). Auch zu diesem Zielerreichungsgrad bestehen keine Unterschiede zwischen Patienten mit stabiler oder instabiler Schmerzsituation.

Grundlage für die gute Umsetzung der Schmerzeinschätzung bildet der Wissensstand der Pflegefachkräfte zu den Einschätzungsverfahren. 76,1% der befragten Pflegefachkräfte (n=117) bestätigen, eine entsprechende Fortbildung besucht zu haben, wobei offen bleibt, ob Schulungen oder Anleitungen zum Umgang mit den Einschätzungsinstrumenten hier mit angegeben worden sind. 13,9% sehen hohen und 20% eher hohen weiter bestehenden Fortbildungsbedarf. 27% nennen einen eher niedrigen Bedarf und 39,1% niedrigen Bedarf (n=115), was für eine gute Durchdringung der Pflegeteams mit den Kenntnissen zur Schmerzeinschätzung spricht.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es in den ambulanten Pflegediensten zu einem hohen Grad gelungen ist, initiale und differenzierte Einschätzungen der Schmerzsituation der Patienten durchzuführen. Allerdings zeigt sich eine Einschränkung beim differenzierten, Assessment bei instabiler Schmerzsituation, da nur in seltenen Fällen Schmerzexperten hinzugezogen werden konnten. Diese sind zwar in den ambulanten Pflegediensten zunehmend verfügbar, können aber nur partiell vor Ort sein. Anders als in den stationären Pflegeeinrichtungen oder in den Krankenhäusern stellt die Organisation ihrer Einbeziehung die Pflegefachkräfte vor eine größere Herausforderung, sodass hierfür Verfahren etabliert werden sollten, die die Anlässe ihrer Einbeziehung klar definieren.

E2 Ein individueller Behandlungsplan, der die Schmerzsituation, die individuellen Therapieziele und die Selbstmanagementkompetenzen des Patienten/Bewohners berücksichtigt, liegt vor.

Ein individueller Behandlungsplan, der auf Basis der Einschätzungsergebnisse der Schmerzsituation die Selbstmanagementkompetenzen der Patienten und ihre individuellen Therapieziele berücksichtigt, wurde in 76% der Pflegedokumentationen gefunden (vgl. Abbildung 20). Dabei ist aus den Auditprotokollen zu entnehmen, dass in einigen Fällen Maßnahmenpläne vorlagen, in denen nicht alle der relevanten Aspekte berücksichtigt wurden. Einige Auditoren haben die Frage in diesen Fällen richtigerweise mit „nein“ beantwortet. Über eine multidisziplinäre Maßnahmenplanung wird nicht berichtet. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass Maßnahmen gemeinsam mit Patienten geplant waren, diese allerdings nicht in einem Behandlungsplan festgehalten wurden. So bestätigen 91,9% der Patienten oder ihre Angehörigen, an der

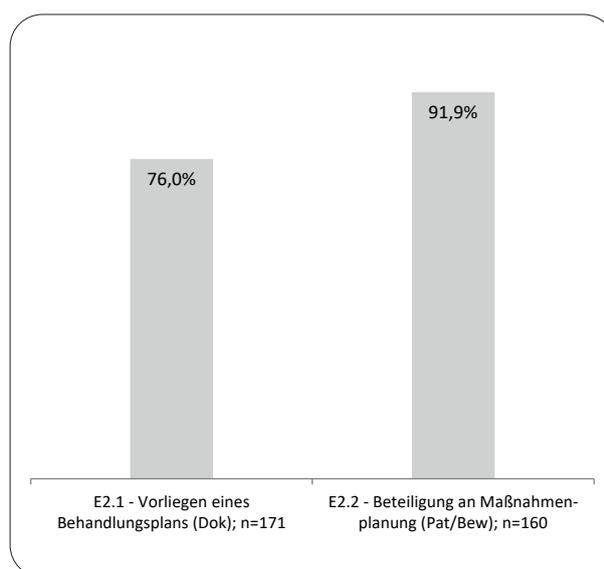


Abbildung 20: Zielerreichungsgrade der Standardebene 2 – ambulante Pflegedienste

Planung von Maßnahmen beteiligt gewesen zu sein. Dieser hohe Grad der Beteiligung der Patienten und ihrer Angehörigen charakterisiert die Voraussetzungen für die Durchführung des pflegerischen Schmerzmanagements in der ambulanten Pflege sehr gut.

Die Projektbeauftragten verdeutlichen in den Auditprotokollen und in den Projektberichten wiederholt, dass sie ohne Zustimmung, Beteiligung und Auftrag der Patienten keine Möglichkeit sehen, Maßnahmen des Schmerzmanagements einzuleiten oder zu übernehmen.

E3 Der Patient/Bewohner und ggf. seine Angehörigen sind individuell über seine Schmerzsituation informiert, geschult und beraten. Sein schmerzbezogenes Selbstmanagement ist unterstützt und gefördert.

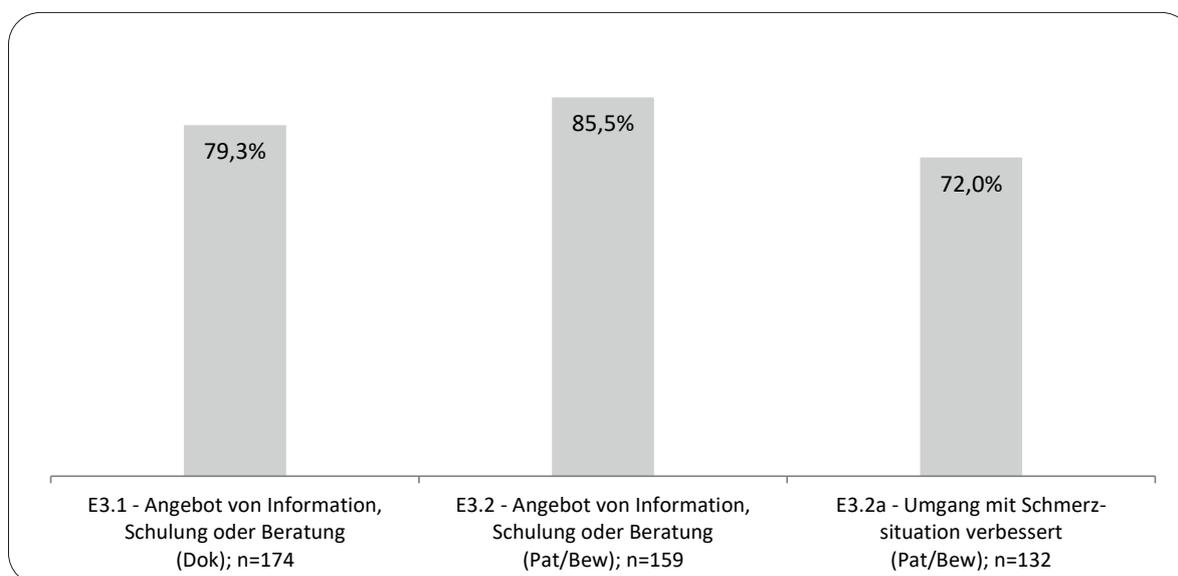


Abbildung 21: Zielerreichungsgrade der Standardebene 3 – ambulante Pflegedienste

Insbesondere die nur partielle Anwesenheit bei den Patienten macht es für die Pflegefachkräfte unumgänglich, der Beratung zur Schmerzsituation und zu Möglichkeiten der Schmerzlinderung große Aufmerksamkeit zu widmen. So finden sich in 79,3% der Pflegedokumentationen Hinweise auf Informations-, Schulungs- oder Beratungsangebote an die Patienten (vgl. Abbildung 21). Unterschiede zwischen Patienten mit stabiler und instabiler Schmerzsituation treten bei den Zielerreichungsgraden nur geringfügig auf, in 79,7% von 133 Pflegedokumentationen von Patienten mit stabiler Schmerzsituation wurden Beratungsangebote dokumentiert, bei Patienten mit instabiler Schmerzsituation lag der Zielerreichungsgrad bei 83,8% (n=37). 85% aller Patienten bestätigen, ein entsprechendes Angebot erhalten zu haben, sodass davon ausgegangen werden kann, dass nicht jedes Informationsgespräch auch dokumentiert wurde. Den Beitrag der Informations-, Schulungs- oder Beratungsangebote beurteilen die Patienten unterschiedlich. Insgesamt 72% bestätigen, dass Ihnen das Angebot geholfen hat, besser mit ihrer Schmerzsituation umgehen zu können, dies gilt für 75% der Patienten mit einer stabilen Schmerzsituation und 61,5% der Patienten mit einer instabilen Schmerzsituation. Allerdings geht aus den Auditprotokollen auch hervor, dass Patienten Informations- oder Beratungsgespräche ablehnen, da sie ihr Wissen um ihre eigene Schmerzsituation als ausreichend ansehen.

Viele Einrichtungen stützen sich auf bestehende Beratungskonzepte, die sie um Aspekte des Schmerzmanagements erweitern und aus vier Pflegediensten ist bekannt, dass Beratungsmaterialien zum chronischen Schmerz vorliegen. In diesem Zusammenhang verweist eine Projektbeauftragte auch darauf, dass viele Materialien wie z. B. Aktivitäts- oder Schmerztagebücher sowie Informationsbroschüren bereits vorliegen und nicht durch Einrichtungen selbst entwickelt werden müssen, es allerdings schwierig sein kann, sie in einer Variante zu beschaffen, die nicht von einem pharmazeutischen Unternehmen zur Verfügung gestellt wird.

Fortbildungen zur Information, Schulung und Beratung wurden von 72% der Pflegefachkräfte besucht (n=118). Der weiterhin bestehende Fortbildungsbedarf zeigt, dass die Fortbildungen insgesamt von Erfolg gekennzeichnet waren. So sehen 23,5% der Pflegefachkräfte hohen und 22,6% eher hohen Fortbildungsbedarf. 40% schätzen ihren Fortbildungsbedarf eher niedrig und 13,9% niedrig ein (n=115).

E4 Die pflegerischen Maßnahmen des individuellen Behandlungsplans sind durchgeführt und dokumentiert. Die Maßnahmen des multiprofessionellen Teams sind koordiniert.

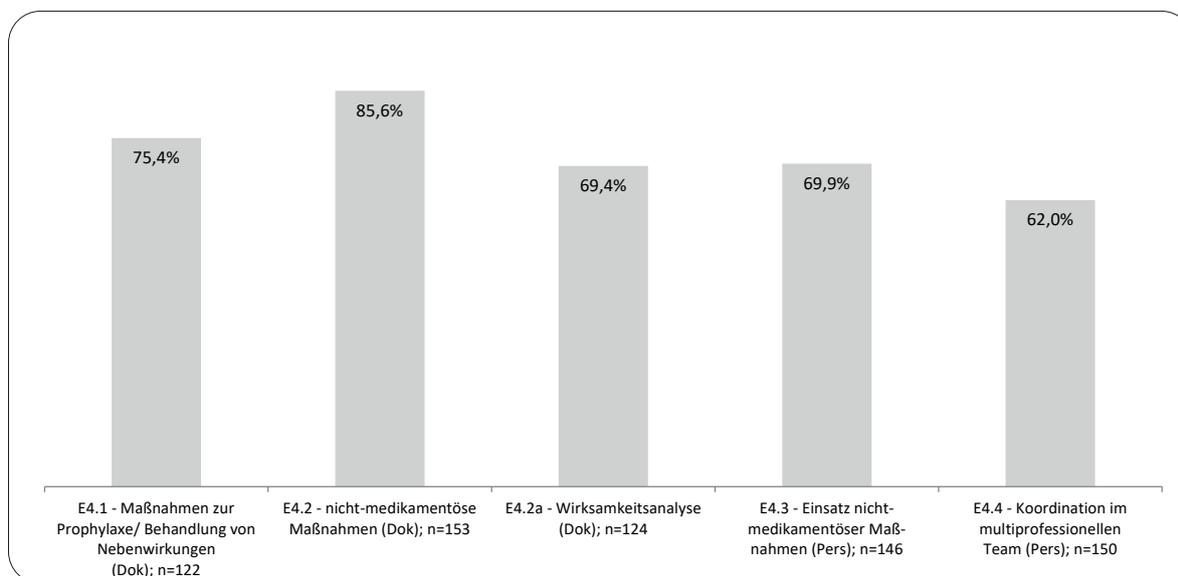


Abbildung 22: Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Dokumentenanalyse und Befragung der zuständigen Bezugspflegefachkraft) – ambulante Pflegedienste

In den ambulanten Pflegediensten war die Umsetzung von Maßnahmen nur unter aktiver Beteiligung der Patienten und ihrer Angehörigen und deren Bereitschaft, diese selbständig und dauerhaft weiterzuführen, möglich. So finden sich in 75,4% der Pflegedokumentationen Maßnahmen, die zur Prophylaxe schmerzmittelbedingter Nebenwirkungen durchgeführt wurden (vgl. Abbildung 22). Die Auditprotokolle geben allerdings auch deutliche Hinweise darauf, dass in einigen der Fälle, in denen mit „nein“ geantwortet wurde, entsprechende Maßnahmen durch die Patienten oder ihre Angehörigen selbst durchgeführt wurden.

Ähnlich stellt sich dies bei nicht-medikamentösen Maßnahmen dar. Hier sind zwar in 85,6% der Pflegedokumentationen Angebote für entsprechende Maßnahmen notiert, allerdings finden sich nur in 69,4% Hinweise auf eine Wirksamkeitsüberprüfung der Maßnahmen und nur 69,9% der Pflegefachkräfte geben an, dass es ihnen bei den Patienten möglich war, nicht-medikamentöse Maßnahmen

einzusetzen. Letzteres kann darin begründet sein, dass die Maßnahmen regelmäßig angeboten wurden, ihre Durchführung aber auch in den Händen der Patienten selbst lag. Lehnen die Patienten Maßnahmen ab, begründen sie es damit, dass ihnen medikamentöse Schmerzlinderung ausreicht, sie nicht-medikamentöse Maßnahmen selbst durchführen oder nicht wünschen. Teilweise fehlte allerdings auch die Möglichkeit der Finanzierung von Maßnahmen.

Die Koordination von Maßnahmen im multidisziplinären Team ist für die ambulanten Pflegedienste eine Herausforderung. Über Verfahrensregeln wird aus drei Einrichtungen berichtet. Wichtigster Ansprechpartner ist der Hausarzt der Patienten im Rahmen der Übermittlung von Einschätzungsergebnissen zur Schmerzsituation und für die gemeinsame Planung oder für die Anordnung von Maßnahmen. Gute Erfahrungen haben Einrichtungen mit der Einbeziehung von Hausärzten durch die Übermittlung von Ergebnissen per Fax gemacht, allerdings war dies häufig auch die einzige Möglichkeit der interdisziplinären Gestaltung des Schmerzmanagements. Dennoch schätzen sie die multiprofessionelle Kooperation besser als erwartet ein. Die Pflegefachkräfte bestätigten, dass ihnen in 62% der Fälle eine Koordination von Maßnahmen möglich war. In den anderen Fällen waren es häufig die Patienten selbst, die die Kontakte mit ihren Hausärzten gepflegt haben oder sie haben eine Kontaktaufnahme nicht gewünscht.

Die Patienten bestätigen zu 88,6%, dass ihnen nicht-medikamentöse Maßnahmen angeboten wurden und diese in 75,6% zur Schmerzlinderung beigetragen haben. 75,8% der Patienten geben an, auch selbst Maßnahmen durchgeführt zu haben. Hierbei nutzten sie zum Beispiel Einreibungen, Kühlen, Wickel oder Bewegung als schmerzlindernde Maßnahmen. 77,6% der Patienten bestätigen, dass medikamentöse Maßnahmen zu einer dauerhaften Schmerzlinderung beigetragen haben (vgl. Abbildung 23).

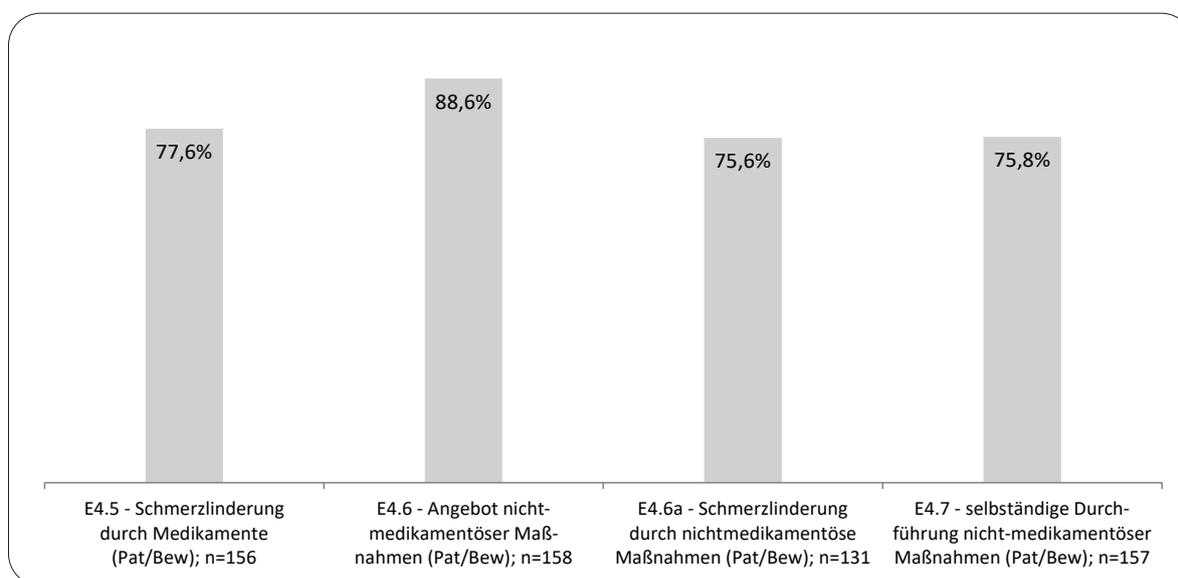


Abbildung 23: Zielerreichungsgrade der Standardebene 4 (Patientenbefragung) – ambulante Pflegedienste

Während es bei den Ergebnissen der Pflegedokumentationsanalyse und der Befragung der Pflegefachkräfte kaum Unterschiede zwischen den Zielerreichungsgraden der Patienten mit stabiler oder instabiler Schmerzsituation gibt, stellt sich dies bei deren Aussagen anders dar. Deutlich mehr Patienten mit stabiler Schmerzsituation geben an, dass die Schmerzmedikation hilfreich war (85,7%, n=119), ihnen nicht-medikamentöse Maßnahmen angeboten wurden (91,7%, n=120) und diese Maßnahmen hilfreich waren (82,7%, n=104). Von 33 Patienten mit instabiler Schmerzsituation

empfanden 48,5% Schmerzlinderung durch die Medikation, nicht-medikamentöse Maßnahmen erhielten nach eigenen Angaben 76,5% und als hilfreich wurden diese nur von knapp der Hälfte der Patienten empfunden. Auch bei der Frage nach der selbständigen Durchführung nicht-medikamentöser Maßnahmen bestanden Unterschiede, Patienten mit stabiler Schmerzsituation bejahten die Frage zu 78,6% (n=117), Patienten mit instabiler Situation zu 66,7% (n=36).

Alle Fortbildungen zur Maßnahmenebene des Expertenstandards wurden in den ambulanten Pflegediensten von der Hälfte bis zu zwei Dritteln der befragten Pflegefachkräfte besucht. Dabei verzeichneten die Fortbildungen zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen und nicht-medikamentösen Maßnahmen größere Teilnahmequoten als die Fortbildungen zu medikamentösen Maßnahmen und schmerzauslösenden Faktoren (vgl. Tabelle 24). Der selbst eingeschätzte Fortbildungsbedarf der Pflegefachkräfte entspricht dem nicht. Zu schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen halten sich hoher bzw. eher hoher und eher niedriger bzw. niedriger weiterbestehender Fortbildungsbedarf die Waage. Zu nicht-medikamentösen Maßnahmen hingegen, dem Fortbildungsthema mit der größten Teilnahmequote, geben dennoch knapp zwei Drittel der Pflegefachkräfte hohen bzw. eher hohen weiterbestehenden Fortbildungsbedarf an. Etwas höher, aber vergleichbar, ist der weiterbestehende Fortbildungsbedarf zu medikamentösen Maßnahmen, allerdings lässt sich dies auch auf die niedrige Beteiligung an entsprechenden Fortbildungen zurückführen. Zu schmerzauslösenden Faktoren geben zusammengenommen nur 40% der Pflegefachkräfte hohen oder eher hohen Fortbildungsbedarf an. Insgesamt geben die Pflegefachkräfte zum Auditzeitpunkt relativ hohen weiterbestehenden Fortbildungsbedarf zu den pflegerischen Maßnahmen des Schmerzmanagements an.

	Schmerzmittelbedingte Nebenwirkungen	Medikamentöse Maßnahmen	Nicht-medikamentöse Maßnahmen	Schmerzauslösende Faktoren
Teilnahme	71,2% (n=113)	51,6% (n=111)	72,9% (n=113)	67,5% (n=108)
hoher Bedarf	16,8%	27%	30,1%	13,9%
eher hoher Bedarf	31,9%	41,4%	33,6%	25,9%
eher niedriger Bedarf	28,3%	21,6%	25,7%	30,6%
niedriger Bedarf	23%	10%	10,6%	29,6%

Tabelle 24: Fortbildungen zu schmerzbezogenen Maßnahmen: Teilnahme und Fortbildungsbedarf – ambulante Pflegedienste

Vor dem Hintergrund der zum Auditzeitpunkt noch für viele Pflegefachkräfte neuen Verfahren und Aufgaben im Rahmen der Expertenstandardanwendung erscheint der weiterbestehende Fortbildungsbedarf wenig verwunderlich. Zudem treten in der ersten praktischen Anwendung tagtäglich neue Fragen auf, die wiederum Fortbildungswünsche wecken. Einrichtungen sollten Augenmerk auf entsprechende Fortbildungen auch über das Projektende hinaus legen, um auf diese Weise den Pflegefachkräften ein großes Wissensrepertoire und große Handlungssicherheit zur Verfügung zu stellen, dass sie brauchen, um den spezifischen Gegebenheiten der ambulanten Pflege im Rahmen des Schmerzmanagements ohne die Möglichkeit des fachlichen Austauschs vor Ort bei den Patienten gerecht werden zu können.

E5 Eine Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung aller pflegerischen Maßnahmen liegt vor. Die pflegerischen Maßnahmen haben zur Stabilisierung der Schmerzsituation und dem Erreichen der individuellen Therapieziele des Patienten/Bewohners beigetragen. Im Falle einer Destabilisierung ist eine Anpassung des Behandlungsplans eingeleitet.

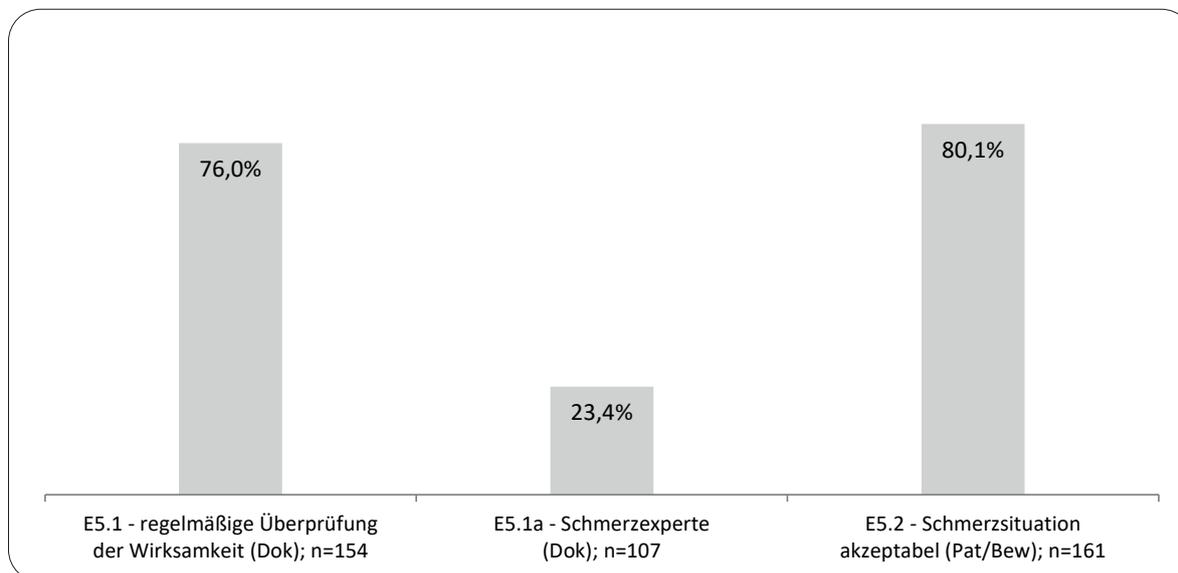


Abbildung 24: Zielerreichungsgrade der Standardebene 5 – ambulante Pflegedienste

In 76% der durchgesehenen Pflegedokumentationen finden sich eine Verlaufskontrolle sowie Hinweise auf eine regelmäßige Überprüfung der Wirksamkeit der pflegerischen Maßnahmen zum Schmerzmanagement (vgl. Abbildung 24). Die Beteiligung pflegerischer Schmerzexperten geschah dabei aus den bereits dargestellten Gründen nur zu einem geringen Grad (23,4%). Dabei zeigen die Auditergebnisse keine gravierenden Unterschiede zwischen Patienten, deren Schmerzsituation zu Beginn der Standardanwendung als stabil oder instabil eingeschätzt wurde. Diese Zielerreichungsgrade geben einen erneuten Hinweis auf die Schwierigkeit der ambulanten Pflegedienste, eine Einbeziehung von Schmerzexperten strukturell zu gewährleisten.

80,1% aller Patienten bewerten ihre Schmerzsituation als akzeptabel. Patienten mit stabiler Schmerzsituation zeigen dabei wenig überraschend eine deutlich höhere Zufriedenheit (90,1%) als Patienten mit instabiler Schmerzsituation zum Zeitpunkt des initialen Assessments (47,2%). Ist die Schmerzsituation nicht akzeptabel, begründen Patienten dies damit, dass kein erträgliches Schmerzmaß erreicht werden kann, Schmerzursachen nur unbefriedigend geklärt oder Alltagseinschränkungen zu groß sind.

Von 118 befragten Pflegefachkräften geben 69,5% an, eine Fortbildung besucht zu haben, die die Evaluation des pflegerischen Schmerzmanagements thematisiert hat. 11,5% empfinden zum Auditzeitpunkt hohen und 23% eher hohen bestehenden Fortbildungsbedarf, während 38,9% ihren Fortbildungsbedarf eher niedrig und 26,5% als niedrig einschätzen (n=113). Damit erscheint der Wissensstand der Pflegefachkräfte zur Evaluation des Schmerzmanagements zu diesem Zeitpunkt zufriedenstellend.

5.2.4.4 Zwischenfazit zu den Ergebnissen der ambulanten Pflegedienste

Auch, wenn die Einführung des Expertenstandards als gelungen betrachtet werden kann und damit seine Akzeptanz und Anwendbarkeit in den ambulanten Pflegediensten nachgewiesen werden konnte, schätzen die Projektbeauftragten den Zeitraum für die Einführung als knapp ein und empfehlen zusätzliche Zeitressourcen, die aus ihrer Sicht für eine nachhaltige Einführung des Expertenstandards hilfreich wären. Ihnen fehlte nach eigenen Angaben insbesondere Zeit, um Befürchtungen, Zweifeln und Ängsten der Pflegefachkräfte ausreichend Raum geben zu können. Zudem besteht das Problem, dass die Finanzierung von Maßnahmen des pflegerischen Schmerzmanagements in vielen Fällen und auch bei instabilen Schmerzsituationen unklar ist, solange kein pflegerischer Auftrag für diese Maßnahmen besteht. Damit besteht die Gefahr einer Diskrepanz zwischen Qualitätsansprüchen und abrechenbaren Modulen und Zeitwerten.

Anders als in den anderen Einrichtungsarten ist die Einbindung von Schmerzexperten schwierig. Hier werden Verfahrensregeln empfohlen, die festlegen, wann und in welchen Anlässen eine Einbindung erfolgen sollte. Einfluss auf die Möglichkeiten der Pflegefachkräfte zur Planung und Umsetzung von Maßnahmen nimmt zudem der größere Selbstbestimmungswunsch vieler Patienten. Pflegefachkräfte müssen für ein nachhaltig erfolgreiches Schmerzmanagement gesteigertes Augenmerk auf die Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen legen, damit die Durch- und Fortführung nicht-medikamentöser Maßnahmen und damit die Stabilität von Schmerzsituationen gesichert ist.

5.3 Schlussfolgerungen zum Gesamtergebnis der modellhaften Implementierung

Die modellhafte Implementierung hat die generelle Anwendbarkeit des Expertenstandards in Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären Altenhilfe und in ambulanten Pflegediensten nachgewiesen. Alle Projektbeauftragte bescheinigen dem Expertenstandard hohe Relevanz, Praxistauglichkeit und Akzeptanz und auch aus Sicht des wissenschaftlichen Teams des DNQP kann aus der modellhaften Implementierung und dem abschließenden Audit ein positives Fazit gezogen werden. Dies gilt vor allem auch, weil sich neben besser umsetzbaren Standardkriterien auch solche offenbart haben, deren Umsetzbarkeit nicht in allen Einsatzfeldern gleichermaßen gegeben ist und die im Rahmen der Standardeinführung besondere Beachtung erfordern. Außerdem, und das ist eine Premiere nach sieben abgeschlossenen Implementierungsprojekten, führt dieses achte Implementierungsprojekt für die abschließende Fassung des Expertenstandards zu inhaltlichen Veränderungen an den Prozesskriterien und Kommentierungen der ersten Expertenstandardebene im Vergleich zum Sonderdruck. Wir gehen auf die Umsetzbarkeit der einzelnen Standardebenen zum Ende dieser Schlussfolgerungen differenziert ein.

Die Zahl der Patienten und Bewohner mit chronischen Schmerzen auf den Modellpflegeeinheiten unterstreicht die hohe Relevanz des Expertenstandards und seine flächendeckende Einführung kann empfohlen werden. Hierbei ergeben sich je nach Einrichtungsart Unterschiede bei den Einsatzmöglichkeiten.

In den Krankenhäusern ist der Erfolg der Expertenstandardumsetzung von den Fachrichtungen der Abteilungen abhängig. Handelt es sich nicht um schmerzspezialisierte Abteilungen, kann die Beeinflussungsmöglichkeit der chronischen Schmerzsituation sinken und es besteht die Gefahr, dass sie aus dem Fokus gerät. Dennoch erfordern destabilisierte und instabile Schmerzsituationen besonderes Augenmerk und ein gezieltes Entlassungsmanagement zur Sicherung der nachstationären Versorgung.

Für die stationäre Altenhilfe hat der Expertenstandard vor dem Hintergrund einer großen Zahl von Bewohnern mit chronischen Schmerzen hohe Relevanz und ermöglicht nun erstmalig ein Expertenstandard-basiertes Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen.

In der ambulanten Pflege liegt ein großer Schwerpunkt auf der Information, Schulung und Beratung der Patienten und ihrer Angehörigen, um eine kontinuierliche Fortführung von Maßnahmen sicherstellen zu können. Allerdings ist die Verfügbarkeit von Schmerzexperten zu verbessern. Unverändert und unabhängig von diesem Expertenstandardthema erschweren nach wie vor Rahmenbedingungen, auf die nur Kostenträger und Politik Einfluss nehmen können, die Umsetzung von Maßnahmen.

Zur Einschätzung der Schmerzsituation

Die Einschätzung der Schmerzsituation ist in ein mehrschrittiges Verfahren unterteilt, das vorsieht, mittels eines initialen Assessments bei allen Patienten/Bewohnern zu erheben, ob Schmerzen vorliegen und welcher Art sie sind sowie in einem differenzierten Assessment bei den betreffenden Patienten/Bewohnern eine Einschätzung ihrer chronischen Schmerzsituation vorzunehmen.

Die Kommentierung des Sonderdrucks zum Expertenstandard sah vor, dass als Ergebnis des initialen Assessments bekannt war, ob bei einem Patienten/Bewohner eine stabile oder eine instabile Schmerzsituation vorliegt. In der differenzierten Einschätzung sollte eine multidimensionale Perspektive eingenommen werden, die ermöglicht, bei stabiler Schmerzsituation stabilisierende und destabilisierende Faktoren zu erfassen, um eine stabilitätserhaltende Behandlungsplanung zu gestalten. Bei Instabilität sollte die Schmerzsituation tiefergehend analysiert und gegebenenfalls, wenn sich eine längerfristige Instabilität abzeichnet, ein pflegerischer Schmerzexperte zum multidimensionalen Assessment hinzugezogen werden.

In der praktischen Umsetzung hat sich gezeigt, dass sich initiales und differenziertes Assessment zumindest bei stabilen und in Teilen auch bei instabilen Schmerzsituationen vermischen oder den aufeinanderfolgenden Einschätzungsschritten nicht gefolgt werden konnte. Unabhängig von Einrichtungsarten standen für das Einschätzungsverfahren die Fragen und Lösungen im Raum,

- wie eine Unterscheidung zwischen akutem und chronischem Schmerz vorgenommen werden kann. Hierzu wurde in der Regel zeitliche Dimension und, soweit sie vorlagen, medizinische Diagnosen genutzt;
- an welchem Punkt und mit welcher Einschätzungshilfe eine Differenzierung zwischen stabiler und instabiler Schmerzsituation erfolgt. Hier haben die Einrichtungen Schmerzdokumentationen entwickelt, die auf Basis des initialen Assessments eine Beurteilung der Schmerzsituation ermöglichen. Hierbei wurden häufig weitergehende Informationen erhoben, sodass zumindest bei stabilen Schmerzsituationen in vielen Fällen kein differenziertes Assessment durchgeführt werden musste;
- wer bei instabiler Schmerzsituation die differenzierte Einschätzung vornimmt, da einerseits in den Kommentierungen die Pflegefachkraft adressiert ist, andererseits aber auch das Hinzuziehen eines pflegerischen Schmerzexperten empfohlen wird. In vielen Einrichtungen ist hier entschieden worden, bei instabilen Schmerzsituationen, die nicht kurzfristig zu stabilisieren sind, immer einen Schmerzexperten hinzuzuziehen.

Insgesamt war es allen Einrichtungen möglich, mit ihrem Vorgehen die Schmerzsituationen der Patienten/Bewohner so zu erfassen, dass individuelle Einschätzungen vorlagen, die den Kriterien des Expertenstandards entsprachen und trotz der angepassten Verfahrensweisen das Standardniveau

nicht unterschritten wurde. Der große innovative Aspekt der Unterteilung zwischen stabilen und instabilen Schmerzsituationen hat sich als praktikabel für eine handlungsleitende Behandlungsplanung erwiesen und wurde durch alle Projektbeauftragten ausdrücklich begrüßt.

Allerdings haben sich die Prozesskriterien P1a bis P1c und ihre Kommentierungen in der Form des Sonderdrucks aus den oben genannten Ursachen nicht ohne weiteres als umsetzbar erwiesen. Zudem wiesen Projektbeauftragte darauf hin, dass bisweilen uneinheitlich genutzte Formulierungen die Konkretisierungen der Standardebene erschwert haben. Somit sind in Abstimmung mit der wissenschaftlichen Leitung und der Expertenarbeitsgruppe zur Entwicklung des Expertenstandards die Prozesskriterien zur Einschätzung der Schmerzsituation und ihre Kommentierungen an die Ergebnisse der modellhaften Implementierung angepasst worden (vgl. Kap. 1.4 & Kap. 2.3). Das Prozesskriterium P1a beschreibt dabei weiterhin das Vorgehen des initialen Assessments und P1b nun das differenzierte Assessment bei stabiler Schmerzsituation für den Fall, dass nicht ausreichend Informationen aus dem initialen Assessment oder anderen Teilen der Pflegeanamnese bekannt sind. Das Prozesskriterium P1c hingegen thematisiert das Vorgehen bei differenzierten Assessments instabiler Schmerzsituationen unter Beteiligung von Schmerzexperten. Zudem wurde eine redaktionelle Bearbeitung vorgenommen und dabei auf die Begriffe „kriteriengeleitetes“ und „multidimensionales“ Assessment verzichtet, ohne ihre inhaltliche Bedeutung abzuschwächen.

Zur Rolle und Einbeziehung von Schmerzexperten

Die modellhafte Implementierung zeigt, dass die pflegerischen Schmerzexperten für das pflegerische Schmerzmanagement wichtige Funktionen haben. Im Rahmen der Anpassung und Einführung des Expertenstandards haben sie ihre Expertise in den Implementierungsprozess eingebracht und waren Ansprechpartner für die Pflegefachkräfte. Für die Umsetzung des Schmerzmanagements haben sich die Empfehlungen des Expertenstandards bewährt, denn durch ihre Expertise entlasten sie die Pflegefachkräfte bei der Schmerzanamnese, der Beratung und der Verlaufskontrolle von Patienten/Bewohnern mit instabiler Schmerzsituation. Im Rahmen der modellhaften Implementierung sind die Schmerzexperten häufiger als in den Empfehlungen des Expertenstandards vorgesehen an pflegerischen Maßnahmen beteiligt worden. Nachvollziehbar ist dies im Rahmen von Anleitungs- und Erprobungssituationen bei innovativen Standardinhalten. Für die regelhafte Anwendung des Expertenstandards ist eine zielgerichtete Einbeziehung der Schmerzexperten zu empfehlen.

Befürchtungen der Pflegefachkräfte, dass durch Schmerzexperten initiierte Maßnahmen ihre Kompetenzen überfordern würden, haben sich nicht bestätigt. Die Zusammenarbeit wurde hingegen als positiv erlebt. Dies trat allerdings in stärkerem Maß zu Tage, wenn die Schmerzexperten Teil der Pflegeteams oder der Mitarbeiter der Einrichtungen waren und nicht von extern hinzugezogen wurden. In der ambulanten Pflege gestaltete sich das Hinzuziehen von Schmerzexperten aus organisatorischen und Ressourcengründen noch problematisch. Aus allen Einrichtungsarten, und das ist zu begrüßen, wurde von Bestrebungen nach Fort- und Weiterbildungen von Pflegefachkräften zu Schmerzexperten berichtet und diese Erweiterung der Expertisen wird als Kompetenzerweiterung der gesamten Pflegeteams wahrgenommen.

Zur Planung von Maßnahmen

Die individuelle Behandlungsplanung hat ein hohes innovatives Potential, da sie das Ergebnis eines multidisziplinären Abstimmungsverfahrens über Behandlungsverfahren und Therapieziele unter Beteiligung der Patienten/Bewohner darstellt. In allen Einrichtungsarten lagen noch Umsetzungsschwierigkeiten vor. In den Krankenhäusern können sie auf das Setzen anderer Versorgungsschwerpunkte zurückgeführt werden. In den Einrichtungen der stationären Altenhilfe und den ambulanten Pflegediensten waren sie struktureller Natur. Hier beschränkte sich der interdisziplinäre Austausch

auf das Übermitteln von Anamneseergebnissen und das Einholen ärztlicher Anordnungen. Der interdisziplinäre Austausch wurde dabei als verbessert erlebt, was als positiver Effekt der systematischen Einschätzung der Schmerzsituation gewertet werden kann.

Auffällig ist in allen Einrichtungsarten, dass Behandlungspläne nicht vollständig im Sinne des Expertenstandards vorlagen. Unter der Voraussetzung einer regelmäßigen Unterstützung durch Qualitätsmanagement und Schmerzexperten ist dabei zu erwarten, dass die Pflegefachkräfte ihren Beitrag am Schmerzmanagement verstärkt in die Planung einbringen können und wahrnehmen, dass ihre Pflegeplanung Teil des Behandlungsplans ist und ihn weder ersetzt noch durch ihn abgelöst wird. Die Beteiligung der Patienten/Bewohner gelingt in allen Einrichtungsarten gut und sie kann als weitere Voraussetzung für diesen Prozess gesehen werden.

Zur Information, Schulung und Beratung von Patienten/Bewohnern und Angehörigen

Die hohe Relevanz pflegerischer Information, Schulung und Beratung wird in allen Expertenstandards betont. Aus den Implementierungsergebnissen kann für dieses Thema in allen Einrichtungsarten ein positives Fazit gezogen werden und es bestätigen sich die Hinweise und Empfehlungen der Kommentierung zum einrichtungsartbezogenen Beratungsvorgehen. Die Patienten/Bewohner bestätigten zu einem hohen Grad die positiven Auswirkungen der pflegerischen Informations-, Schulungs- und Beratungsangebote auf ihren Umgang mit ihrer Schmerzsituation. Dennoch kann angemerkt werden, dass dem Thema in den Fortbildungsplänen der Einrichtungen relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde und viele Pflegefachkräfte einen bestehenden Fortbildungsbedarf anmeldeten. Für zukünftige Implementierungsvorhaben sollte diesem Themenkomplex verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Zum Einsatz nicht-medikamentöser Maßnahmen

Der Einsatz nicht-medikamentöser Maßnahmen gelang in allen Einrichtungsarten gut und die damit verbundenen Möglichkeiten der Schmerzbeeinflussung finden zunehmend ihren Platz im Bewusstsein der Pflegefachkräfte. Positiv bleibt zudem festzuhalten, dass es gelungen ist, über Informationsangebote und Schulungen die Patienten/Bewohner in die Lage zu versetzen, Maßnahmen selbstständig anzuwenden. Die Patienten/Bewohner bestätigen in hohem Maße, dass angebotene nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Verbesserung ihrer Schmerzsituation beigetragen haben.

Zur Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung pflegerischer Maßnahmen

Die regelmäßige oder anlassbezogene Verlaufskontrolle und Wirkungsüberprüfung hat als Evaluationsschritt innovatives Potential und die Auditergebnisse verdeutlichen, dass sie nicht in allen Fällen zufriedenstellend gelang. Die Expertenarbeitsgruppe misst der Verlaufskontrolle hohe Bedeutung bei und unterscheidet zwischen der Wirksamkeitsüberprüfung einzelner Maßnahmen und der Erfolgsbeurteilung aller Maßnahmen zum Schmerzmanagement des multidisziplinären Teams.

Deutlich wird, dass auch an dieser Stelle im Rahmen der Implementierung eine einrichtungsart- und zielgruppenbezogene Konkretisierung der Standardkriterien erfolgen muss. Anlassbezogene Verlaufskontrollen finden eher dort regelmäßig statt, wo viele instabile Schmerzsituationen auftreten, also z. B. auf Schmerzstationen der Krankenhäuser. Auch bei anderen Gründen für Krankenhausbehandlungen und kurzen Liegezeiten steht die kurzfristige Wirksamkeitsüberprüfung eingeleiteter Maßnahmen im Mittelpunkt. In längerfristig ausgerichteten Versorgungskontexten, wie in der stationären Altenhilfe oder der ambulanten Pflege, stehen regelmäßige Wirksamkeitsanalysen der geplanten und durchgeführten Maßnahmen im Vordergrund, während anlassbezogene Verlaufskontrollen bei Instabilität eher punktuell eingesetzt werden. Die Evaluationsfrequenz ist abhängig von der individuellen Schmerzsituation des Patienten/Bewohners und dem jeweiligen

Setting. Ausschlaggebend waren dabei Beobachtungen und Einschätzungen der Pflegefachkräfte und nicht eine zuvor, z. B. in einer Verfahrensregel, festgelegte Evaluationsfrequenz. Grundsätzlich hat sich jedoch eine Evaluation bei stabiler Schmerzsituation im Abstand von ca. ein bis drei Monaten bewährt, während sie bei instabiler Schmerzsituation häufiger in den Versorgungsprozess integriert wurde. Hierbei ist allerdings die Beteiligung pflegerischer Schmerzexperten ausbaufähig. Fortbildungen und geeignete Evaluationsmaterialien in der Dokumentation können diesen Prozess und damit die bessere Umsetzung dieser Standardebene unterstützen.

Zur parallelen Anwendung der Expertenstandards zu akutem und chronischem Schmerz

Auf eine systematische Analyse von Synergieeffekten der gemeinsamen Anwendung beider Expertenstandards zum Schmerzmanagement wurde bewusst verzichtet, da zunächst die Erprobung des neuen Expertenstandards im Mittelpunkt stehen musste und von einem sicheren Umgang der Pflegefachkräfte mit seinen Inhalten nicht ausgegangen werden konnte. Dennoch bestätigen Projektbeauftragte, in deren Einrichtungen bereits mit dem Expertenstandard zum Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen (DNQP 2011b) gearbeitet wird, erste Vermutungen, dass die Verfahren beider Standards eine parallele Anwendung ermöglichen. Deutliche Ähnlichkeiten sehen sie bei den Einschätzungsverfahren, der Koordination von Maßnahmenplanung und -durchführung des interdisziplinären Teams und der pflegerischen Durchführung nicht-medikamentöser Maßnahmen. In einigen Einrichtungen werden bereits Verfahrensregeln entwickelt, die den Ablauf des Schmerzmanagements unabhängig von der Schmerzform aber unter Berücksichtigung beider Expertenstandards beschreiben.

Zum Zeitpunkt dieser Berichterstellung können noch keine endgültigen Aussagen über die Effekte der parallelen Anwendung der Expertenstandards getroffen werden. Das wissenschaftliche Team des DNQP hofft, hierzu auf zukünftige Erfahrungen der DNQP-Referenzeinrichtungen zurückgreifen zu können.

Literatur

- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (2011a): Methodisches Vorgehen zur Entwicklung, Einführung und Aktualisierung von Expertenstandards in der Pflege. DNQP, Osnabrück. Online: http://www.dnqp.de/fileadmin/groups/607/DNQP_Methodenpapier.pdf
- DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) (Hrsg.) (2011b): Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. 1. Aktualisierung 2011. DNQP, Osnabrück
- Moers, M.; Schiemann, D.; Stehling, H. (2014): Expertenstandards implementieren - Spezifika gelingender Einführungsprozesse. In: Schiemann, D.; Moers, M.; Büscher, A. (Hrsg.): Qualitätsentwicklung in der Pflege. Konzepte, Methoden und Instrumente. Kohlhammer, Stuttgart. S.70-101