

Erfahrungen eines Universitätsklinikums: Vor und nach dem Projekt Schmerzfrees Krankenhaus

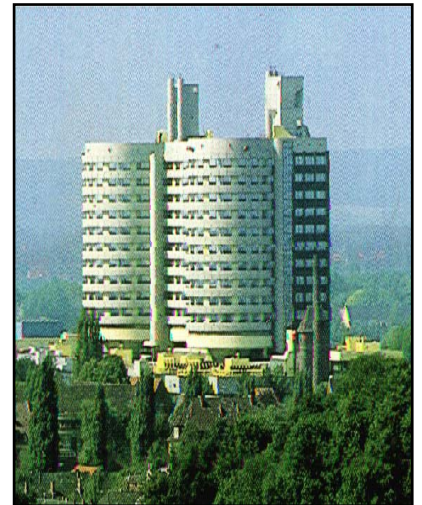


Esther Pogatzki- Zahn

Universitätsklinik Münster

**Klinik und Poliklinik für
Anästhesiologie und
operative Intensivmedizin**

(Dir.: Univ.-Prof. Dr. H. Van Aken)



Universitätsklinikum Münster (Jahr 2004)

Universitätsklinikum Münster (UKM)

- 33 Kliniken
- 1500 Betten
- 50.000 stationäre und 370.000 ambulante Pat.



Akutschmerzdienst (seit 1995): ca. 2500 Patienten pro Jahr

Januar – Juni 2005 (6 Monate): 1263 Patienten



Epiduralanalgesien

902 Patienten



Periphere Nervenblockaden

166 Patienten



i.v. PCA (PCIA)

68 Patienten



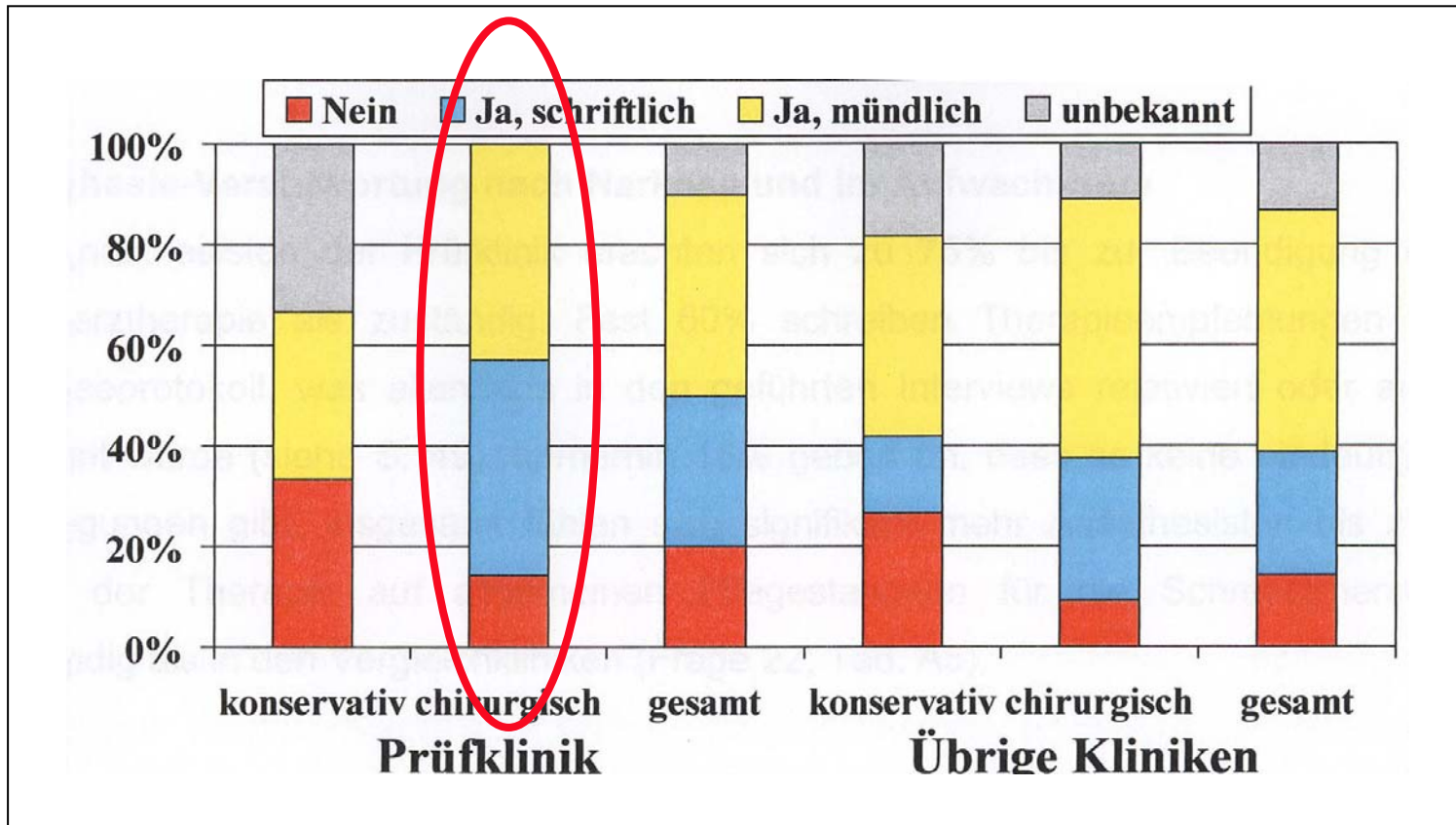
Epiduralanalgesie/
Kaudalkatheter
bei Kindern

51 Patienten

Schmerztherapie durch den Akutschmerzdienst am UKM

- Betreuung aller Patienten mit patientenkontrollierten Analgesieverfahren und Regionalanalgesieverfahren
- regelmäßige Visiten pro Tag durch den Akutschmerzdienst
- Anpassung der Analgesiequalität (Schmerzbefragung, Pumpeneinstellung, systemische Zusatztherapie)
- Kontrolle von Nebenwirkungen/Komplikationen (Übelkeit/Erbrechen/Juckreiz/Obstipation/Miktions/Motorik/Neurologie)
- Verbandswechsel der Periduralkatheter
- Dokumentation auf computereins lesbaren Doku.-Bögen
- 24h Bereitschaft
- Fortbildungen
- Qualitätskontrollen

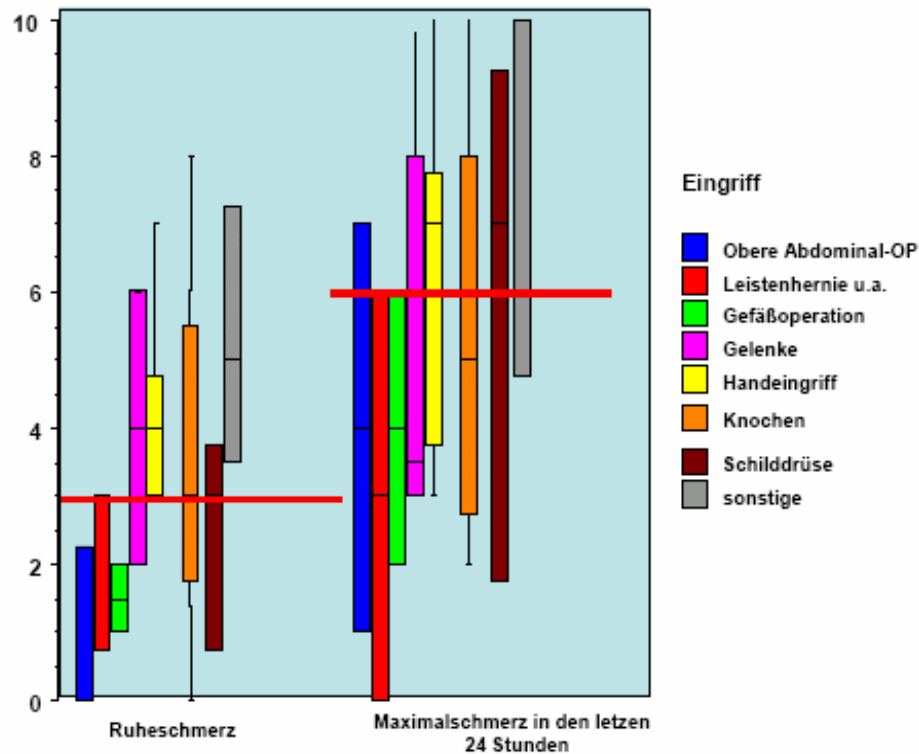
Schmerztherapie: Vereinbarungen zwischen Chirurgen und Anästhesisten



Kenntnisstand der Stationsärzte über Absprachen zwischen den Abteilungen

Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Schmerzen bei ausgewählten Eingriffen -



Überdurchschnittlich hohe Ruhe- und Maximalschmerzen bei Patienten ohne Regionalanalgesieverfahren

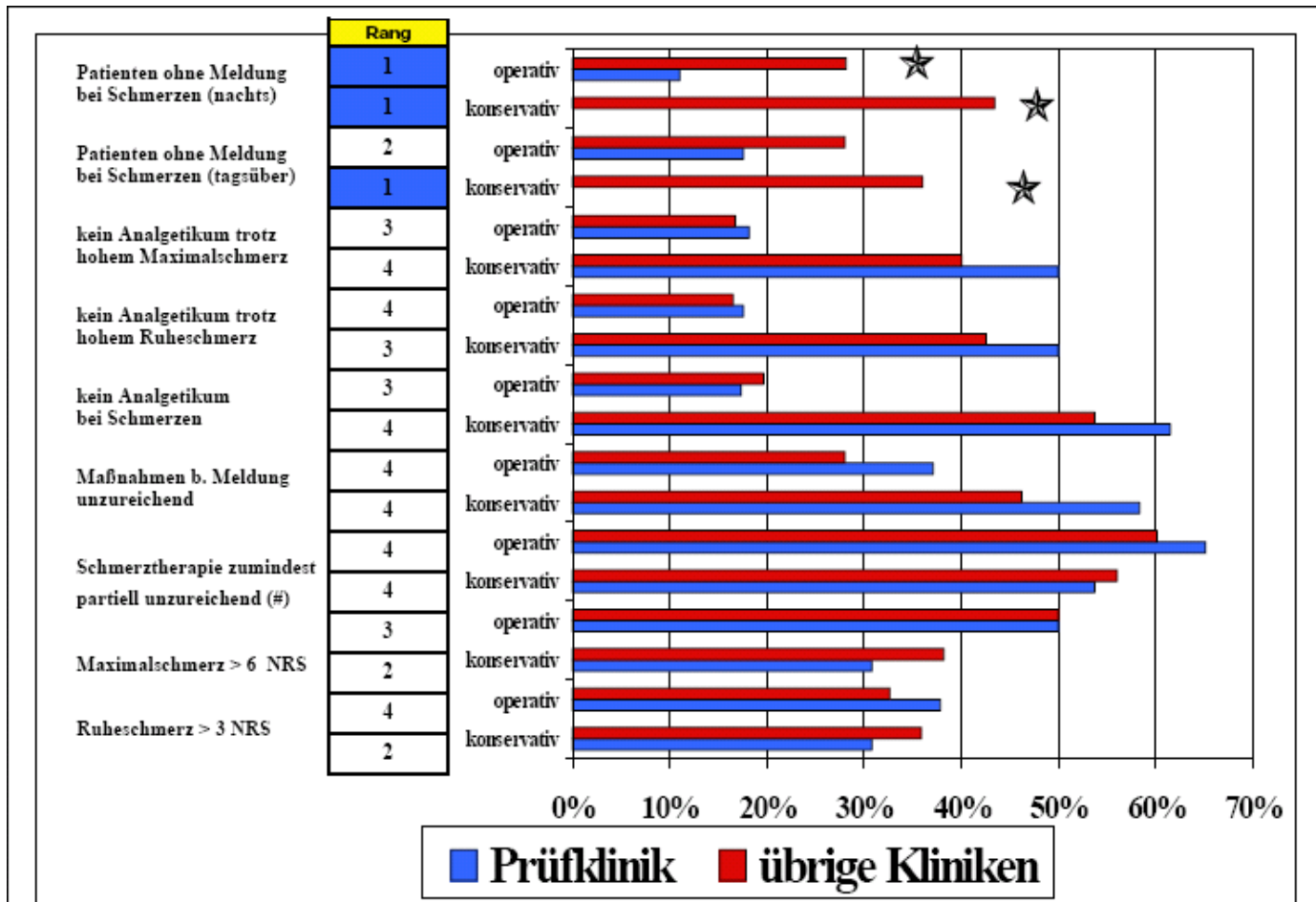
Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Defizite -

⇒ Fehlendes Therapiekonzept für Patienten
ohne Regionalanalgesieverfahren/PCIA

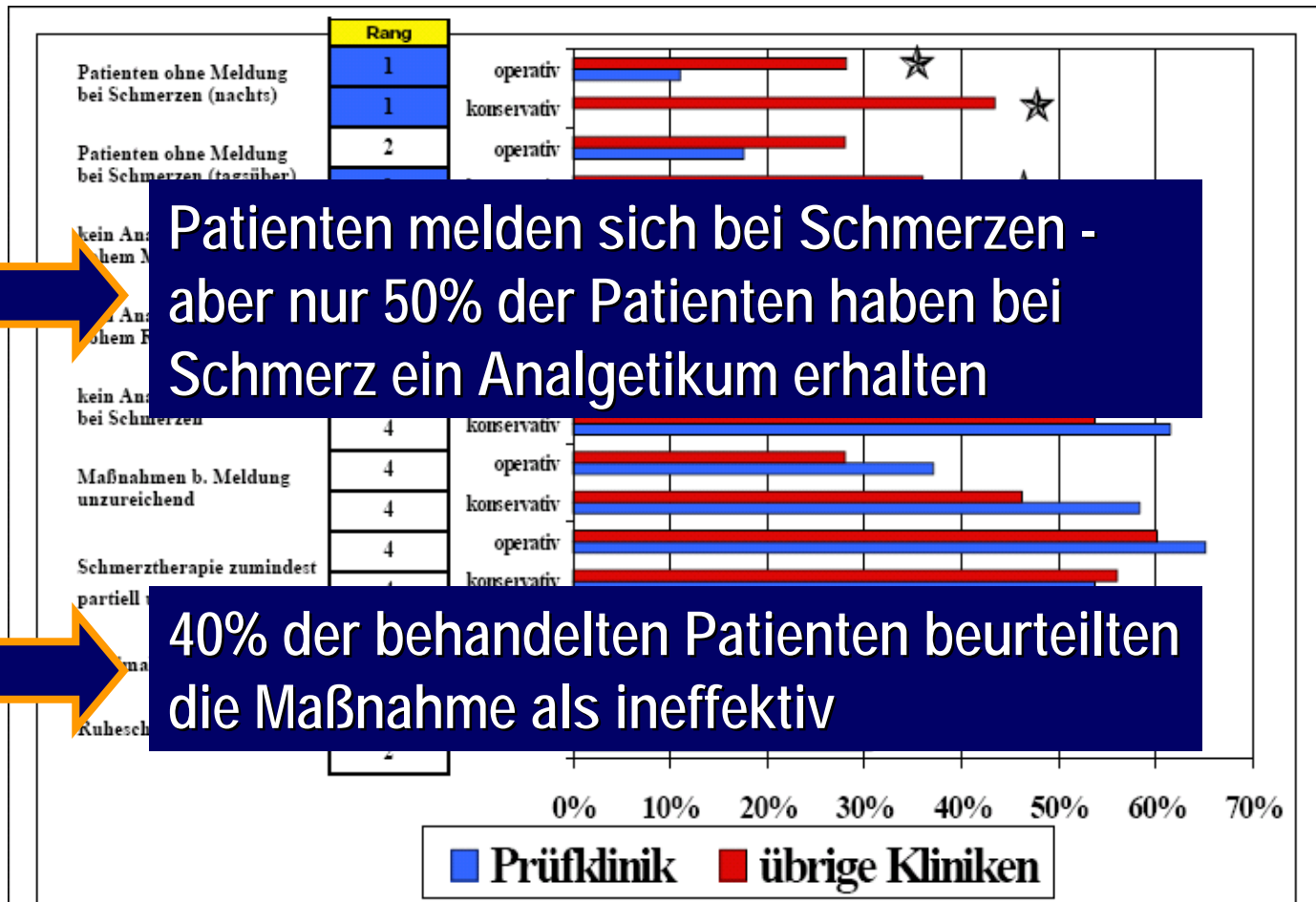
Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Defizite: Qualitätsaspekte der Schmerztherapie -



Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Defizite: Qualitätsaspekte der Schmerztherapie -



Patienten melden sich bei Schmerzen - aber nur 50% der Patienten haben bei Schmerz ein Analgetikum erhalten

40% der behandelten Patienten beurteilten die Maßnahme als ineffektiv

Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Defizite -

⇒ Fehlendes Therapiekonzept für Patienten
ohne Regionalanalgesieverfahren/PCIA

⇒ Keine Festlegung von Interventionsgrenzen

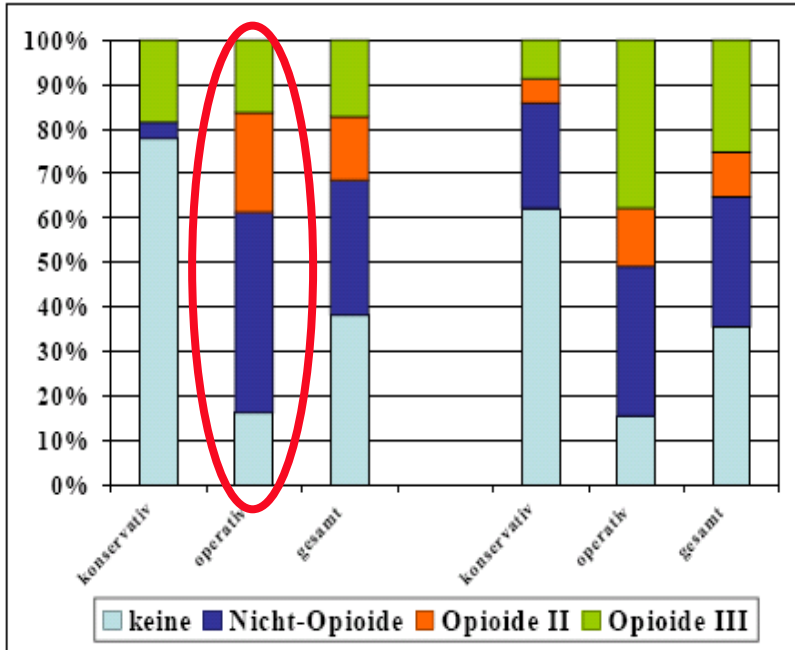
Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Defizite -

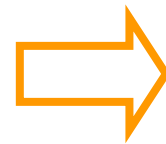
- ⇒ Fehlendes Therapiekonzept für Patienten ohne Regionalanalgesieverfahren/PCIA
- ⇒ Keine Festlegung von Interventionsgrenzen
- ⇒ Therapie mit Opioiden ist unzureichend

Systemische Analgesie

- Defizit: Therapie mit Opioiden -



Anteil von Patienten mit Nicht-Opioiden, leichten Opioiden und starken Opioiden



Überdurchschnittliche Kombination von NOPA mit Opioiden



Geringer Einsatz von starken Opioiden



Patienten hatten unter Opioid-Therapie weiterhin Schmerzen

- Falsche Dosierung/Applik.-Art
- Zu spät verordnet
- Falsche Kombination

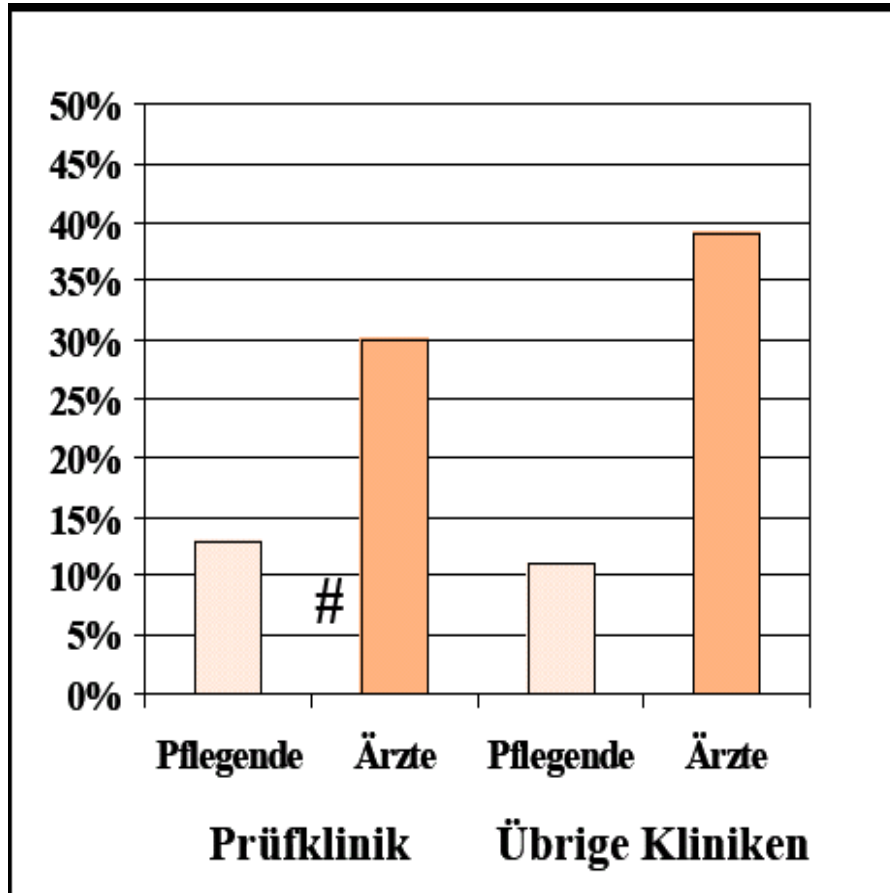
Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Defizite -

- ⇒ Fehlendes Therapiekonzept für Patienten ohne Regionalanalgesieverfahren/PCIA
- ⇒ Keine Festlegung von Interventionsgrenzen
- ⇒ Therapie mit Opioiden ist unzureichend **und inkorrekt**

Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Schmerzmessung und Schmerzdokumentation -



Keine Dokumentation
von Schmerzen bei
Patienten ohne
Regionalanalogie

Häufigkeit einer fehlenden Dokumentation
der Schmerzstärke ($p < 0,05$)

Schmerztherapie auf den Pflegestationen

- Defizite -

- ⇒ Fehlendes Therapiekonzept für Patienten ohne Regionalanalgesieverfahren/PCIA
- ⇒ Keine Festlegung von Interventionsgrenzen
- ⇒ Therapie mit Opioiden ist unzureichend und inkorrekt
- ⇒ Keine Schmerzmessung und Dokumentation

Systemische Schmerztherapie

- Verbesserungen -

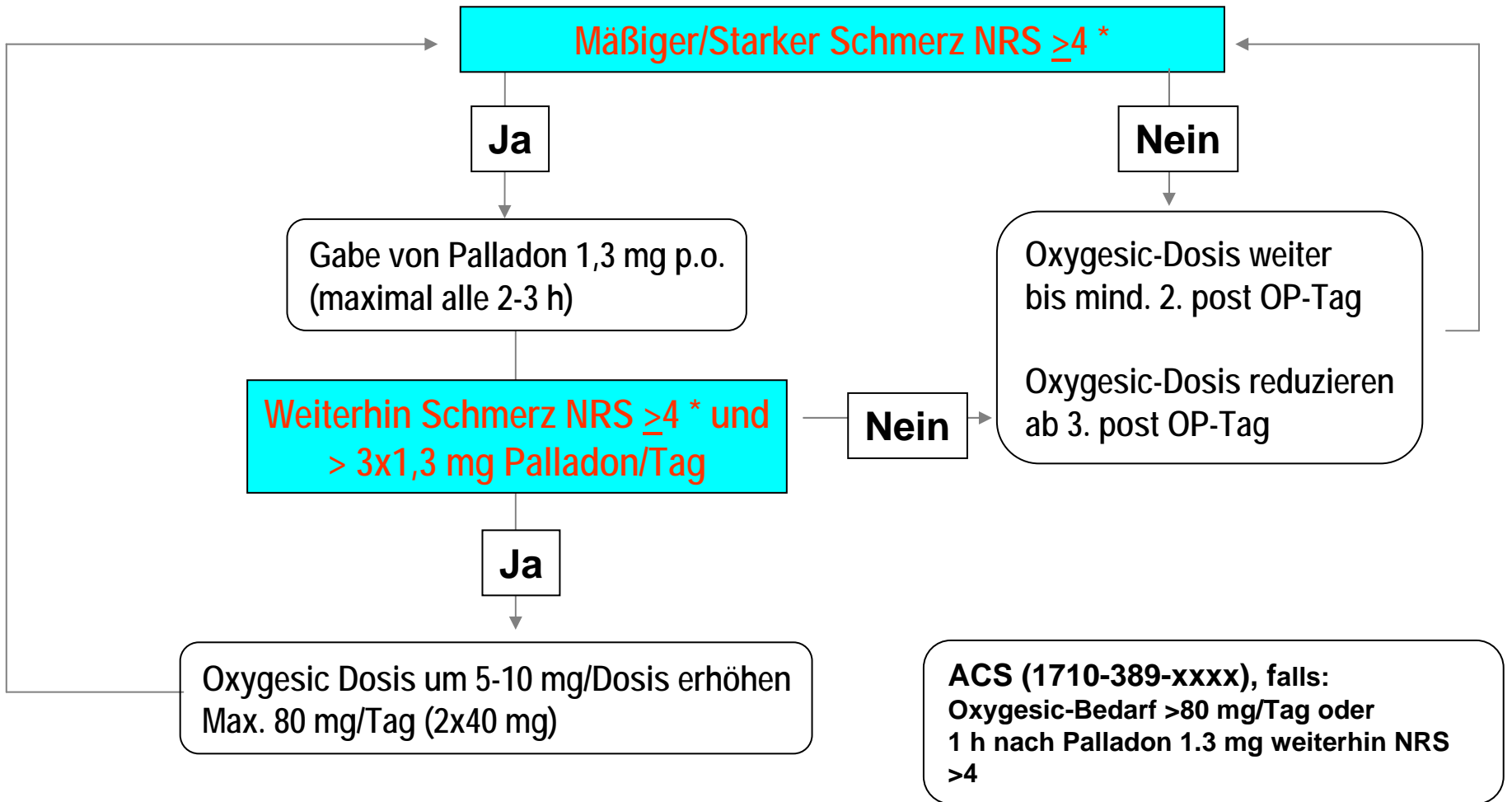
Wichtige Aspekte:

- Schmerzmessung
- Definition von Interventionsgrenzen
- Einsatz von starken Opioiden im Rahmen eines balanzierten Analgesieregimes
- Praktikabilität
- Effektivität
- Sicherheit
- Kosten

 Algorithmus

Basisanalgesie/Tag:

2 x 10/20 mg Oxygesic um 8.00 und 20.00
+ 4x1g Paracetamol (ggf. Metamizol; Diclofenac)



* Die Ursache bestehender oder ansteigender postoperativer Schmerzen sollte immer durch den behandelnden chirurg. Kollegen untersucht werden. DD: Wundschmerz, enge Verbände, Infektionen, Blutungen/Hämatom, schlechte Lagerung, Kompartiment, volle Blase, Ileus
** Erfolg oder Misserfolg der veränderten Basisanalgesie müssen 60 min. später anhand der NRS Skala überprüft werden. Falls eine orale Tablettenaufnahme nicht möglich ist kann Dipidolor als Kurzinfusion verabreicht oder ein PCIA Schmerzpumpe über den ACS angefordert werden

Interne Qualitätskontrolle

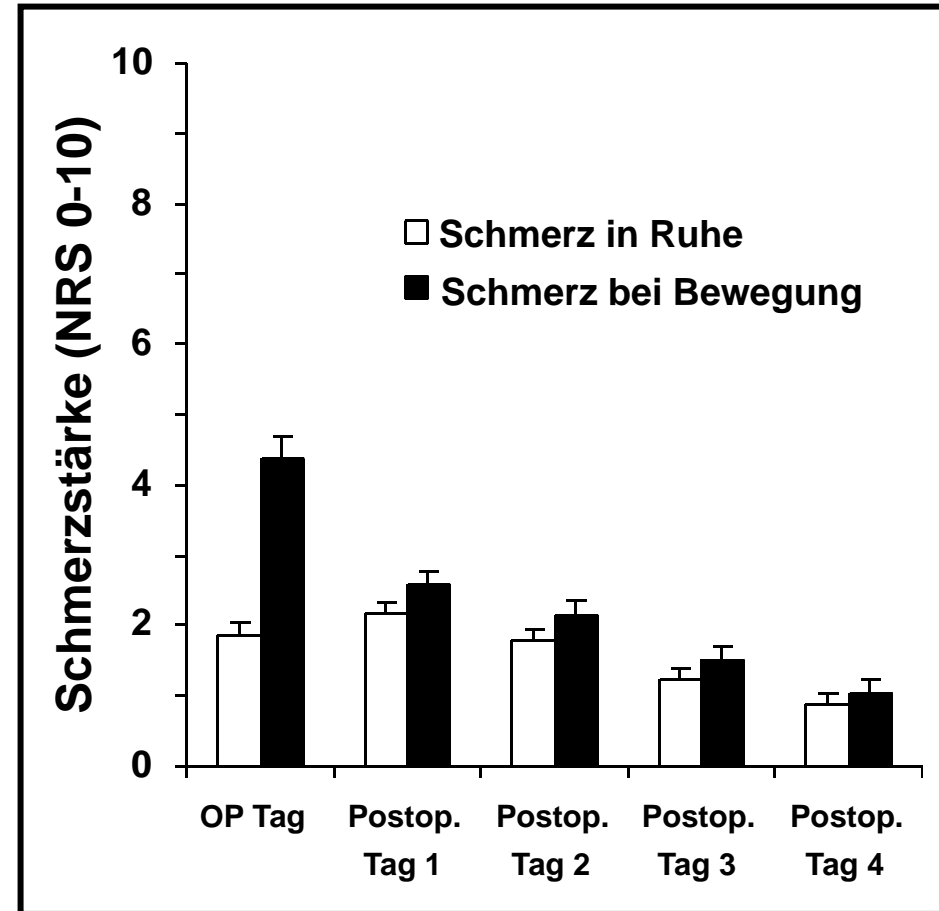
- Algorithmus: Analgesiequalität -

66 Patienten (ersten 6 Wochen
nach Einführung des Algorithmus)

Basisanalgesie: Paracetamol (4x1g)

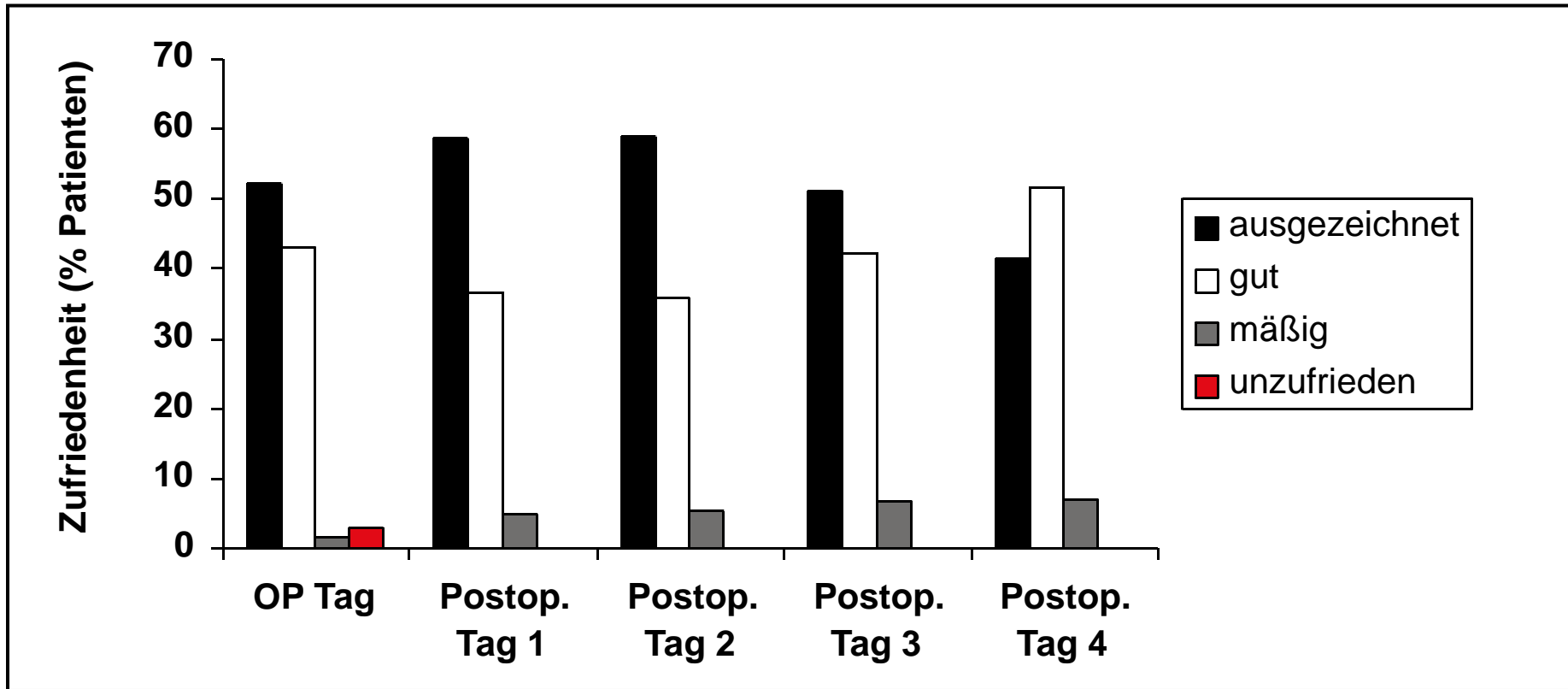
Oxygesic: 2 x 10 mg/Tag
3 Tage mittl. Th.-Dauer

Palladon: 13 Patienten
1: 3 Tage je 1x 1.3mg
4: 2 Tage je 1x 1.3mg
7: 1 Tag 1x 1.3mg
1: 1 Tag 2x 1.3mg



Interne Qualitätskontrolle

- Algorithmus: Zufriedenheit -



Zusammenfassung



Defizite:

- Trotz schriftlicher Absprachen zwischen den Abteilungen bestehen Defizite bei der Kommunikation
- Defizite bestehen bei der schmerztherapeutischen Versorgung von nicht durch den ASD versorgten postoperativen Patienten
- Besondere Defizite zeigen sich bei der Therapie mit Opioiden
- Fehlen von Interventionsgrenzen
- Defizite bei der Dokumentation von Schmerzen

Verbesserungen:

- Integration von Schmerzmessung/-dokumentation in den Klinikalltag
- Erstellen von Leitlinien, die allen zugänglich sind
- Definition von Interventionsgrenzen (Handlungsbedarf)
- Erstellen von Algorithmen zur Schmerztherapie mit Opioiden
- Bildung einer interdisziplinären Schmerz Arbeitsgruppe
- Schulung von Mitarbeitern/regelmäßige Fortbildungen