



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie



Bachelor Thesis 2014

Schmerzmanagement auf einer Notfallbettenstation

Eingereicht von

Giulia Mohr

6. Semester-Vollzeit

Hochschule für Angewandte Psychologie FHNW

Praxispartner

Universitätsspital Basel

Betreuung

Franziska Burren

Abstract

Die vorliegende Arbeit befasst sich im Auftrag der Notfallbettenstation des Universitätsspitals Basel mit der Ist-Analyse des aktuellen Schmerzmanagements bei kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkten Patienten¹ über 65 Jahren. Zur Untersuchung wurde in einem ersten Schritt ein exploratives Interview zur Auftragsklärung geführt. Daraufhin folgten eine interne Dokumentenanalyse und ein halbstrukturiertes Experteninterview mit der Stationsleitung der Notfallbettenstation. Die Untersuchung wurde mit einer qualitativen Datenanalyse, bestehend aus zehn Mitarbeitenden der Pflege abgeschlossen. Basierend auf den Ergebnissen der Auswertung der qualitativen Studie, entstand als Resultat eine Ist-Analyse des aktuellen Standes des Schmerzmanagements seitens der Pflegenden. Im Schlussteil der Arbeit werden Hinweise zur Verbesserung des Schmerzmanagements bei der vulnerablen Patientengruppe gegeben².

Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei meiner Begleitperson Frau Burren für die herzliche Unterstützung bedanken. Ein weiterer Dank geht an Herrn Prof. Bingisser, für die Möglichkeit meine Bachelorarbeit auf der Notfallbettenstation zu schreiben. Ebenso geht ein grosses Dankeschön an Frau Putbren, welche mich immer unterstützt und gefördert hat. Auch meinen Eltern möchte ich einen Dank aussprechen, für ihr stetiges Vertrauen und dafür, dass sie immer für mich da sind.

¹ In dieser Arbeit wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

² Diese Arbeit enthält 124'985 Zeichen (inkl. Leerzeichen, exkl. Anhang).

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Aufbau der Arbeit und Methodik	2
1.2 Beschreibung der Unternehmung und Ausgangslage	2
1.3 Zielsetzung	4
1.3.1 Hauptziel	4
1.3.2 Teilziele	4
1.4 Abgrenzung	5
2. Theoretischer Hintergrund	6
2.1 Begriffsdefinitionen	6
2.1.1 Schmerzmanagement	6
2.1.2 Schmerz	6
2.1.3 Schmerzeinschätzung	7
2.1.4 Kognitive Einschränkung	7
2.1.5 Delir	8
2.1.6 Herausforderndes Verhalten	8
2.2 Theorien und Konzepte	9
2.2.1 Human Factors	9
2.2.2 Arbeitsplatz Notfallstation, ein komplexes System	12
2.2.3 Fähigkeiten- Regeln- Wissen	16
2.2.4 Situationsbewusstsein nach Endsley	19
2.2.5 Zusammenführung der Theorien	23
3. Qualitative Studien	25
3.1 Absprachen und exploratives Interview	26
3.2 Dokumentenanalyse	26
3.3 Exploratives Experteninterview	29
3.3.1 Sampling	30
3.3.2 Erhebungsmethode	30
3.3.3 Auswertung und Ergebnisse	31
3.3.4 Begründung der Methodenwahl	35
3.4 Mixed-Method Mitarbeitenden-Interview	36
3.4.1 Sampling	36

3.4.2 Erhebungsmethode	36
3.4.3 Auswertung	37
4. Ergebnisse.....	43
4.1 Ergebnisse	44
5. Diskussion.....	54
5.1 Interpretation der Ergebnisse	54
5.1.1 Ableitung möglicher Massnahmen.....	57
5.2 Methodenkritik	60
5.3 Fazit und Ausblick	62
6. Literaturverzeichnis	64
Abbildungsverzeichnis.....	66
Tabellenverzeichnis.....	67
Anhang.....	68

1. Einleitung

Warum suchen Menschen die Notfallstation auf? Laut einer Schmerzprävalenzstudie von Martin und Spirig (2006)³, suchen rund 80 Prozent aller Patienten die Notfallstation auf, weil sie Schmerzen haben. Somit ist ein schnelles und wirksames Schmerzmanagement von grosser Bedeutung. Ein gutes Schmerzmanagement setzt gemäss Martin und Spirig (2006) eine systematische Schmerzerfassung voraus, beispielsweise „[...] mit Hilfe von standardisierten, reliablen und validen Instrumenten [...]“ (S. 327).

Durch die erhöhte Prävalenz von Delirien und der Demenz im Alter, treten zunehmend mehr Patienten mit kognitiven Einschränkungen auf die Notfallstation ein (vgl. Ulich-Hermann, Kramer & Spirig, 2010). Laut Inouye und Fearing (2009) ist das Delirium oder auch Delir genannt, bei Personen im Alter von 65 Jahren und älter die häufigste Komplikation, welche oft unbemerkt bleibt. Im Universitätsspital Basel wurde anhand der Leistungserfassung (LEP) festgestellt, dass in der Altersklasse der 70–79 jährigen Patienten, 16% als verwirrt oder als desorientiert eingestuft wurden. Bei den 80–89 jährigen Patienten waren es schon 27% und bei den über 90 jährigen sogar 39%. Delirien stellen für Patienten eine schwerwiegende Komplikation dar, welche einen verlängerten Spitalaufenthalt, höhere Mortalität und eine zunehmende Verschlechterung des kognitiven Zustands nach sich ziehen können (vgl. Inouye & Fearing, 2009). Vor allem für betagte Menschen stellt der Aufenthalt auf einer Notfallstation durch den plötzlichen Umgebungswechsel eine Herausforderung dar. Bedingt durch die Liegedauer, neue Umgebungsfaktoren, Stress und Lärm sowie durch Gesundheitsprobleme mit altersbedingten Vulnerabilitäten und Schmerzen, steigt das Risiko für Patienten mit kognitiven Einschränkungen über 65 Jahren, ein Delir zu entwickeln (vgl. Inouye & Fearing, 2009). Neben den möglichen kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen, welche eine effektive Schmerzeinschätzung seitens der Pflegenden oft erschweren, kommt hinzu, dass diese Generation vermehrt „[...] Angst vor Schmerzmittelabhängigkeit oder deren Nebenwirkungen sowie Assoziationen, dass Schmerzen zum Alter dazugehören oder den Beginn einer schweren Krankheit signalisieren [...]“ aufweisen. Deswegen geben sie oft keine Schmerzen an, bitten nicht nach Schmerzmittel oder lehnen sie sogar ab (Schwermann & Münch, 2008, S. 25). Weiter haben Untersuchungen gezeigt, dass

³ Zitiert nach den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung der deutschen Gesellschaft für Psychologie.

neben einem hohen Alter und vorher bestehenden kognitiven Einschränkungen im Rahmen einer Demenz, Faktoren wie Medikamente oder Elektrolytstörungen wichtige Einflussgrößen für die Entwicklung eines Delir darstellen können (vgl. Wolanin & Philips, 1981, zitiert nach Käppeli, 2000). Die genannten Risikofaktoren werden gemäss Inouye und Fearing (2009) oft verkannt oder aufgrund mangelnden Wissens seitens der Pflegenden übersehen.

1.1 Aufbau der Arbeit und Methodik

Die vorliegende Arbeit ist in 5 Kapitel gegliedert. Während in der Einleitung die Unternehmung und die Ausgangslage sowie die Zielsetzungen definiert werden, geht es im zweiten Kapitel um Hintergrundwissen und psychologische Theorien die der Beantwortung der Fragestellung dienlich sind. Im Folgekapitel werden das genaue Vorgehen und die dabei verwendeten Methoden näher beschrieben. Im Schlussteil der Arbeit werden die Ergebnisse der Untersuchung sowie, der aktuelle Stand des Schmerzmanagements dargelegt und zuletzt ein Fazit und ein Ausblick abgeleitet.

1.2 Beschreibung der Unternehmung und Ausgangslage

Das Universitätsspital Basel zählt mit seinen Kliniken, Instituten und Abteilungen zu den grössten Gesundheitszentren der Nordwestschweiz. Das Spital beschäftigt rund 6'000 Mitarbeitende aus 79 Nationen und 120 Ländern (Universitätsspital Basel, 2014). Der Leistungsauftrag einer Notfallstation kann laut Genewein, Jakob, Bingisser, Burla und Heberer (2009) wie folgt zusammengefasst werden: Klinische Versorgung der Patienten, Triage von Patienten, Beobachtung und Überwachung, Diagnostik und Therapie, Verlegung und Weiterweisung, Lehre und Forschung sowie Qualitätsverbesserungen.

Die interdisziplinäre Notfallstation⁴ des Universitätsspitals Basel behandelt jährlich über 40'000 Patienten und verfügt über insgesamt drei Sektoren. Die Sektoren A/B sowie C/D werden als Notfalltriage⁵ bezeichnet. Die Notfallbettenstation, als eine der drei Sektoren, verfügt über 15 Patientenliegeplätze und 18 Pflegefachpersonen mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen und Arbeitspensen. Wenige davon haben ein zweijähriges Nachdiplomstudium in der Notfallpflege absolviert.

⁴ Eine interdisziplinäre Notfallstation gewährleistet die notwendige medizinische Versorgung von Patienten mit akuten Beschwerden aus allen medizinischen Fachrichtungen.

⁵ „Triage stammt vom französischen Wort «trier» und bedeutet *auswählen*. Die Triagierung ist eine Erstbeurteilung und Klassifizierung der klinischen Situation eines Patienten, auf der Grundlage von festgelegten Kriterien, in ein System von Behandlungsprioritäten.“ (Martin & Spirig, 2006, S. 328).

Auf die Notfallbettenstation werden Patienten aufgenommen, die von der Notfalltrriage als „stabil“ bzw. verlegungsfähig eingeschätzt werden. Hier werden sie in der Regel maximal 24 Stunden betreut, bevor sie auf andere Abteilungen oder in externe Spitäler verlegt, nach Hause oder zurück in die Pflegeheime entlassen werden können. Vor dem Übertritt auf die Notfallbettenstation haben die Patienten meistens mehrere Stunden auf der Notfalltrriage verbracht. Durch das hohe Patientenaufkommen und den Fokus auf die primäre Erstversorgung und Stabilisierung von Patienten auf der Notfalltrriage werden mögliche Veränderungen im Verhalten, wie beispielsweise Unruhe, häufig erst bei der Verlegung auf die Notfallbettenstation bemerkt. Eine unzureichende Schmerzbehandlung kann einer der Hauptgründe für herausforderndes Verhalten (siehe Punkt 2.1.6) bei Patienten mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen auf der Notfallstation sein.

Im Normalfall gehört zum pflegerischen Kurz-Assessment⁶ auf der Notfalltrriage ein Delirscreening⁷ bei allen Patienten im Alter von 65 Jahren oder älter. Bei hohem Patientenaufkommen müssen jedoch andere Prioritäten gesetzt werden. Daher kann es vorkommen, dass das Delirscreening vernachlässigt wird. Auf der Notfallbettenstation wird das Screening nicht standardmässig durchgeführt. Zudem gibt es kein definiertes Vorgehen bezüglich des Schmerzmanagements bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen über 65 Jahren. Um den Schmerz bei Patienten zu erheben, wird auf der Notfallbettenstation die „Numerical Rating Scale“ (NRS) oder die visuelle Analog Skala (VAS) verwendet.

Aufgrund der oben beschriebenen Situation auf der Notfallbettenstation wurde eine Projektgruppe bestehend aus insgesamt fünf Pflegefachpersonen zusammengestellt, welche sich die Verbesserung des Schmerzmanagements bei kognitiv eingeschränkten Patienten über 65 Jahren zum Ziel gesetzt hat. Das Team setzt sich aus der Pflegeleitung und vier Mitarbeitenden der Notfallbettenstation zusammen. Die qualitative Ist-Erhebung im Rahmen der vorliegenden Bachelorarbeit soll einen Beitrag zum Gelingen des Ziels leisten, indem aufgezeigt wird, wie die

⁶ Ein Kurz-Assessment beinhaltet das systematische Erheben der Anamnese sowie eine körperliche Untersuchung.

⁷ Bei einem Delirscreening wird die Aufmerksamkeitsfähigkeit, durch gezielte Fragen die logisches Denken und Schlussfolgern betreffen erfasst und die Antworten der Befragten mit Zahlenwerten versehen. Je nach Wert kann die Wahrscheinlichkeit für ein Delir eingestuft werden.

Schmerzerfassung und das Schmerzmanagement von den Pflegenden momentan gehandhabt wird und Verbesserungspotenzial besteht.

1.3 Zielsetzung

1.3.1 Hauptziel

Mithilfe qualitativer Interviews soll eine Ist-Erhebung des aktuellen Schmerzmanagements der Pflegefachpersonen auf der Notfallbettenstation des Universitätsspitals Basel, bei kognitiv und/oder in der Kommunikation eingeschränkten Patienten über 65 Jahren durchgeführt werden.

Die zugrunde liegende Fragestellung lautet:

Wie erfolgt das Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen über 65 Jahren?

1.3.2 Teilziele

Durch die Ist-Erhebung in Form von qualitativen Interviews mit Pflegefachpersonen sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden:

- 1) Wie Pflegefachpersonen die Schmerzsituation von über 65 jährigen Patienten einschätzen, welche kognitiv und/oder kommunikativ beeinträchtigt sind.
- 2) Wie Schmerzen bei genannter Patientengruppe von den Pflegenden erkannt werden.
- 3) Welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn Schmerzen erkannt wurden.
- 4) Welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn Schmerzen aufgrund der Diagnoselisten sehr wahrscheinlich sind, jedoch von den Patienten nicht geäußert oder mitgeteilt werden können.
- 5) Wie der Wissenstand der Pflegenden bezüglich der Thematik des Delirs ist und wie sich die Betreuung deliranter Patienten gestaltet.
- 6) Welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn sich Verhaltensänderungen (im Rahmen eines Delirs) bei diesen Patienten einstellen.
- 7) Wie die Pflegenden bezüglich des Schmerzkonzepts geschult wurden.

1.4 Abgrenzung

Unter Berücksichtigung des eingeschränkten Umfangs der Arbeit und des dafür vorgesehenen Zeitrahmens werden lediglich kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen im Rahmen von altersbedingten degenerativen Alterungsprozessen berücksichtigt. Ausgeschlossen werden daher kongenitale kognitive Minderungen oder Sprachstörungen, sowie Kommunikationsprobleme aufgrund von Sprachbarrieren durch Kulturunterschiede.

Die Altersgrenze bei Patienten wurde von der Projektgruppe aus vorherigen Literaturrecherchen bei 65 Jahren angesetzt. Weiter werden aus der qualitativen Studie die Ärzte ausgeschlossen, da der Hauptfokus für den Praxispartner auf den Pflegenden der Notfallbettenstation liegt. Ebenso werden die Pflegenden der Notfalltriage von der Erhebung ausgeschlossen, da für die Sektoren A/B und C/D bereits ein implementiertes Schmerzerfassungssystem sowie ein standardisiertes Vorgehen bezüglich des Delirscreening besteht. Bei der Erhebung der pflegerischen Handlungen bei Verhaltensänderungen seitens der Patienten wird auf das Delir verwiesen. In dieser Arbeit wird lediglich auf das Delir im Rahmen von Schmerzen bei betagten Patienten eingegangen und nicht auf das Delir, welches sich als Komplikation bei Operationen auch bei jüngeren Menschen einstellen kann.

Ebenfalls von der Aufgabenstellung ausgenommen sind die Schritte der Implementierung und Umsetzung möglicher Massnahmen für die Notfallbettenstation. Dies wird von dem eigens dafür gebildeten Projektteam, unter Berücksichtigung der Ergebnisse der vorliegenden Ist-Erhebung, in weiteren Schritten umgesetzt.

Ziel dieser Arbeit soll es sein, psychologisch fundierte Empfehlungen für die Verbesserung des Schmerzmanagements seitens der Pflegenden bei eingeschränkten Patienten über 65 Jahren ableiten zu können.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Begriffsdefinitionen

Die Schmerzerfassung bei kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkten älteren Menschen stellt die Pflegenden oft vor grosse Herausforderungen. Im Folgenden sollen die Begriffe Schmerzmanagement, Schmerz, Schmerzerkennung, kognitive Einschränkungen, Delir und herausforderndes Verhalten definiert werden.

2.1.1 Schmerzmanagement

Das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (2004, zitiert nach Schwermann & Münch, 2008, S. 18f.) beschreibt das Schmerzmanagement als „[...] den umfassenden, multidisziplinären Prozess, Schmerzen eines Patienten/ Bewohners zu erkennen, einzuschätzen und sich ihnen durch medikamentöse Therapie, begleitend durch nichtmedikamentöse Massnahmen zur Schmerzlinderung, sowie gezielte Schulung und Beratung zu widmen.“ Unter einem Schmerzmanagement versteht man somit die ganzheitliche Behandlung und Linderung von Schmerzen. Die systematische Einschätzung des Schmerzes, besonders der Schmerzintensität sowie die Verlaufsdokumentation, tragen einen wesentlichen Teil zur Ursachenforschung bei (vgl. Lauber & Schmalstieg, 2003).

2.1.2 Schmerz

Der Schmerz wird heute als bio-psycho-soziales Erlebnis verstanden, in welches neben der persönlichen Schmerzerfahrung auch kulturelle und ökonomische Zusammenhänge einfließen. Daher wird der Schmerz sehr unterschiedlich erlebt und kommuniziert. Die gängigste Definition von Schmerz, stammt von der International Association for the Study of Pain (IASP). Der Schmerz wird definiert als „[...] ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder drohender Gewebsschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen mit den entsprechenden Begriffen beschrieben wird.“ (Schandry, 2011, S. 293). Schmerzen werden als individuelles Erleben des Menschen verstanden, das mit einer negativen Gefühlsqualität einhergeht und eng mit dem psychischen Erleben eines Individuums verbunden ist (vgl. Schandry 2011, Schwermann & Münch, 2008). Laut McCaffery ist Schmerz „[...] whatever the experiencing person says it is, existing whenever he says it does.“ (1968, zitiert nach Buffum, Hutt, Chang, Craine & Snow, 2007). Schmerz ist

also das, was der Betroffene über Schmerzen mitteilt. Und Schmerzen sind vorhanden, wenn Personen mit Schmerzen sagen, dass sie Schmerzen haben.

2.1.3 Schmerzeinschätzung

Unter Schmerzeinschätzung werden schmerzbezogene Daten verstanden, welche bei den Patienten erhoben werden. Darunter fallen Kriterien wie Schmerzcharakteristika (Schmerzlokalisierung, Intensität, Qualität, zeitliche Dimension), beeinflussende Faktoren (Schmerzauslösend und –verstärkend, schmerzlindernd), Auswirkungen (auf das Alltagsleben, Begleitbeschwerden) und Umgang mit Schmerz (Medikamenteneinnahmeverhalten und Patientenkarriere) (vgl. Schwermann & Münch, 2008, S. 20f.). Die Schmerzeinschätzung bildet die Grundlage für die Initialisierung oder Anpassung einer Schmerztherapie. Bei älteren kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkten Patienten ergibt sich oft die Besonderheit, dass sie den Schmerz nicht mehr adäquat äussern können. Deshalb ist es laut Lauber und Schmalstieg (2003) essentiell, die Schmerzen gezielt mithilfe von gesetzten Beobachtungskriterien zu evaluieren. Zu diesen Kriterien gehören: Schmerzäusserung, Schmerzlokalisierung, Schmerzzeitpunkt, Schmerzdauer, Schmerzintensität, Schmerzqualität, schmerzbegleitete Symptome und Auswirkungen auf das Alltagsleben.

2.1.4 Kognitive Einschränkung

Im Rahmen dieser Arbeit bezieht sich der Begriff der kognitiven Einschränkung auf eine Demenz⁸ im Rahmen des Alterungsprozesses oder auf Einschränkungen, welche sich durch ein Delir ergeben.

Unter der Kognition wird die „[...] Gesamtheit aller Funktionen und Prozesse, die mit dem Erwerb, der Speicherung und Wiederverwendung von anschaulichen und abstrakten Erkenntnissen, Einsichten und Wissen zu tun haben.“ (Fröhlich, 2010, S. 279) verstanden. Weiter wird der Begriff der Kognition von Fröhlich (2010) definiert als „[...] strukturierte Erkenntniseinheit, die auf Sinneserfahrungen, Vorstellungen, Erinnerungen und/oder Denken beruht, in der Erkanntes eingebettet, repräsentiert ist und die als aussagbares Wissen abgerufen werden kann, um beim Denken, Problemlösen, Planen aber auch in Form von Erwartungen oder Vermutungen genutzt werden kann [...].“ (S. 279). Wenn man von kognitiven Einschränkungen

⁸ Verringerung von Gedächtnisfunktionen und kognitiven Fähigkeiten (vgl. Schwermann und Münch, 2008).

spricht, sind Störungen der „[...] Wahrnehmungs-, Erinnerungs-, Denk- und Kombinationsfähigkeiten [...]“ gemeint (Käppeli, 2000, S.74).

2.1.5 Delir

Da das Delir als wichtigste Komplikation bei einem unzureichenden Schmerzmanagement betrachtet und als Notfallsituation eingestuft werden kann, soll der Begriff im Folgenden näher definiert werden.

Das Delir wird auch als akute Verwirrung bezeichnet und ist laut Fröhlich (2010) eine „reversible organisch bedingte psychische Störung mit den Symptomen herabgesetzter Bewusstheit, räumlich- zeitlicher Desorientiertheit, Verwirrtheit, Täuschbarkeit, wahnhafter Umdeutungen der Realität, visueller, auditiver, haptischer u.a. *Halluzinationen* und psychomotorischer Unruhe.“ (S. 129). Bei einem Delir spricht man von Reaktionen, welche sich in einer verminderten Aufmerksamkeit, Gedächtnisstörungen oder auch in Wahnvorstellungen äussern können. Weiter wird die Unterscheidung zwischen einem hyper- und einem hypoaktiven Delir getroffen. Während das hyperaktive Delir durch Symptome wie psychomotorische Unruhe, Angst und vegetative Zeichen gekennzeichnet ist, ist es beim hypoaktiven Delir gerade umgekehrt. Hier gehen die Symptome mit Bewegungsarmut und sich Zurückziehen einher (vgl. Fröhlich, 2010). Oft wird das hypoaktive Delir verkannt, da sich der Patient meist sehr ruhig verhält. Laut Hasemann, Kressig, Ermini-Fünfschilling, Pretto & Spirig (2007), tritt ein Delir gehäuft bei älteren Menschen über 65 Jahren auf, wenn die physischen und psychischen Fähigkeiten nicht mehr ausreichen, um mit den Stressoren adäquat umzugehen bzw. diese kompensieren zu können (z.B. bei einer Demenz). Für die Patienten sind Delirien häufig mit schlechten Resultaten wie einem verlängerten Spitalaufenthalt, höhere Mortalität, Multimorbidität, Reduktion des kognitiven und funktionellen Zustands, erhöhtes Risiko für eine Demenz und häufigere Einweisung in ein Pflegeheim verbunden (vgl. Han, Eden, Shintani, Morandi, Schelle, Dittus, Storrow, Wesley Ely, 2011). Mithilfe eines guten Schmerzmanagements kann das Risiko eines Delirs und somit die negativen Konsequenzen für den Patienten reduziert werden.

2.1.6 Herausforderndes Verhalten

In dieser Arbeit wird von herausforderndem Verhalten der Patienten gesprochen. Durch die Literaturrecherche wurde deutlich, dass es keine allgemein gültige

Definition des Begriffs des herausfordernden Verhaltens gibt. Je nach Literatur wird von Verhaltensauffälligkeiten,- Problemen oder von Verhaltensstörungen gesprochen. Im englischsprachigen Raum werden in diesem Zusammenhang häufig Begriffe wie problematic behaviour, challenging behaviour oder auch dysfunctional und disordered behaviour verwendet (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2006). In dieser Arbeit wird die Definition von Fischer, Spahn & Kovach (2007) verwendet, welche herausforderndes Verhalten wie folgt zusammenfassen: „[...] Agitation, Herumgehen, Herumlaufen und Rastlosigkeit, Aggressivität, vokale Störungen (Schreien, Rufen, Fluchen, Wort- oder Satzwiederholungen), Apathie und Passivität sowie Zurückweisen der Pflege und Verweigerungen der Nahrungsaufnahme.“ (S. 370). Die aufgezählten Verhaltensweisen, werden oft zu den Symptomen der Demenz und des Delirs gezählt. Mit dem Begriff des herausfordernden Verhaltens soll jedoch auch aufgezeigt werden, dass die Umgebung der Patienten herausgefordert wird, und somit Anforderungen an die Pflegenden gestellt werden.

2.2 Theorien und Konzepte

Will man das Schmerzmanagement bei der vulnerablen Patientengruppe verbessern, muss man erst einmal verstehen, wie der Mensch, der auf einer Notfallstation arbeitet, funktioniert und welchen Herausforderungen er sich täglich stellen muss. Hierzu soll auf den Faktor Mensch, die Komplexität des menschlichen Handelns, auf die Handlungsformen in kritischen Situationen nach Rasmussen (1983) und auf das Situationsbewusstsein nach Endsley (1995) eingegangen werden.

2.2.1 Human Factors

Die Begriffe „Human Factor“ oder auch der „Faktor Mensch“ oder „Humanfaktor“ machen deutlich, dass kein einheitlicher Terminus besteht, sondern die Begriffe eher als Sammelbezeichnungen mit teilweise unterschiedlichen Bedeutungen zu verstehen sind. Laut St. Pierre, Hofinger und Buerschaper (2011) versteht man unter dem „Humanfaktor“ „[...] psychische, kognitive und soziale Eigenschaften eines Individuums, das seine Interaktion mit der Umgebung und mit sozialen bzw. technischen Systemen beeinflusst.“ (S. 6). Bei dem Begriff „Faktor Mensch“ geht es um die physischen, psychometrischen aber auch um die sozialen Aspekte, die sich aus der Arbeit und der Arbeitsumgebung ergeben.

Dem Human Factor kommt deshalb eine wichtige Bedeutung zu, da laut St. Pierre et al. (2011) „etwa 80% der unerwünschten Ereignisse, auf menschliches Fehlverhalten oder Nachlässigkeit zurückzuführen und damit grundsätzlich vermeidbar“ sind (S. 6).

Hierzu ist es wichtig zu verstehen, wie Situationen erkannt werden, wie Handeln verändert und Fehler vermieden werden können. Durch die jahrelange Forschung der Kognitionswissenschaften, der Sozial- und Organisationspsychologie, der Soziologie, der Arbeitswissenschaften und der Anthropologie-, wurde untersucht wie der Mensch mit seiner Umwelt interagiert, wie er sie gestaltet und in ihr lebt. Die Human Factors sind psychische Prozesse der Individuen, die „[...] mit Faktoren des Arbeitssystems in Wechselwirkung treten.“ (St. Pierre et al., 2011, S. 7). Die gewonnenen Erkenntnisse führten dazu, dass man bis heute der Meinung ist, dass das Verständnis über die Human Factors hilft, die Leistungen der Menschen und die Sicherheit am Arbeitsplatz kontinuierlich zu verbessern (vgl. St. Pierre et al., 2011). Das menschliche Verhalten spielt sich auf verschiedenen Ebenen ab. Zu nennen seien hier die Ebenen des Individuums, die des Teams, der Organisation und des Systems Gesundheitswesen.

Das Individuum

Dort, wo Menschen arbeiten, passieren Fehler. Fehler können zum einen als unerwünschte Ergebnisse von Handlungen verstanden werden oder zum anderen als Fehlen von richtigen Handlungen (vgl. St. Pierre et al., 2011). Das Sprichwort „Irren ist menschlich“ veranschaulicht hier gleichzeitig die Stärken und Schwächen der menschlichen Kognition. Fehlhandlungen⁹ des Menschen auf der Stufe des Individuums finden auf verschiedenen Ebenen statt. Grob können diese in Wahrnehmen, Erkennen und Verarbeiten von Informationen gegliedert werden (vgl. St. Pierre et al., 2011). Weiter spielen die Psycho-Logik, die Motivation, Emotionen, Wissen, Gedächtnis und Lernen sowie das Denken eine wesentliche Rolle bei der Entstehung von möglichen Fehlhandlungen. Die Psycho-Logik beinhaltet die Komponenten Denken, Wollen und Fühlen, welche Einfluss auf das menschliche Handeln haben können. Die Persönlichkeit eines Menschen, seine „[...] aktuelle Gefühlslage, Bedürfnisse und die Situation selbst [...]“ bedingen ebenfalls das

⁹ Der menschliche Fehler ist eine nachträgliche Attribution einer Ursache für ein beobachtetes (unerwünschtes) Ergebnis, die auf menschliches Handeln Bezug nimmt (vgl. Reason, 1994).

Handeln (St. Pierre et al., 2011, S. 59). Der Mensch ist ein bio-psycho-soziales Wesen, welches seine Umwelt subjektiv wahrnimmt und sein Handeln darauf ausrichtet. Das Handeln ist ein bewusster und zielgerichteter Vorgang, welcher durch ein Bedürfnis ausgelöst und aufrechterhalten wird (vgl. Myers, 2008). In Bezug auf das Handeln auf einer Notfallstation zeigt sich, dass Wissen und Erfahrung wichtige Einflussgrößen darstellen, wenn es darum geht, Sicherheit in Situationen zu erwerben und somit Fehlhandlungen zu minimieren. Weiter kann gesagt werden, dass Menschen nicht die Realität als solche wahrnehmen. Vielmehr ist die Wirklichkeit als persönliches Konstrukt zu betrachten, welches sich aus Vorerfahrungen, Erwartungen und sensorischen Informationen zusammensetzt (vgl. St. Pierre et al., 2011). Ist man sich dieser Komponenten bewusst, erhöht sich das Verständnis um die Human Factors. Dies kann helfen, die Sicherheit und Leistungen am Arbeitsplatz zu verbessern.

Das Team

Anders als ein Individuum kann ein Team auf grössere kognitive Ressourcen zurückgreifen und somit mehr Informationen verarbeiten, sowie Situationsmodelle und Handlungsoptionen generieren. Auch ermöglicht das Arbeiten in Teams eine Verteilung der Arbeitsauslastung auf vielen Schultern. (vgl. Ulich, 2011). Die Teamarbeit kann sich jedoch auch negativ auf den Arbeitsalltag auswirken, wenn beispielsweise hoher Stress besteht, Kritik zurückgehalten wird, Missverständnisse in der Kommunikation entstehen oder auch wenn Informationen und Entscheidungen zentralisiert und nicht allen Mitgliedern zugänglich gemacht werden (vgl. St. Pierre, et al., 2011).

Die Organisation

Ein Spital und vor allem eine Notfallstation wird in der Psychologie auch als Hochrisiko-System eingestuft und zählt zu den komplexesten sozio-technischen-Systemen, welches sich aus vielen Subsystemen zusammensetzt (vgl. Ulich, 2011). In Bezug auf eine Notfallstation lassen sich beispielweise Subsysteme wie Kliniken, Rettungsdienste und Labors nennen, welche jeweils eine eigene Organisationskultur mit unterschiedlichen Ressourcen aufweisen (vgl. St. Pierre et al., 2011). Hierbei spielt die teilweise widersprüchliche Zielverfolgung eine grosse Rolle, wenn es darum

geht, die Patientensicherheit zu gewährleisten, und gleichzeitig wirtschaftlich zu arbeiten (im Sinne der Kostenreduktion).

Das System Gesundheitswesen

Ein Krankenhaus muss sich den gesetzlichen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems und den volkswirtschaftlichen Rahmenbedingungen anpassen. Dabei ist es oft schwierig, in Bezug auf Mittel, Ressourcen und Möglichkeiten, die Patientensicherheit immer im Fokus zu behalten und als „[...] Priorität zu verankern.“ (St. Pierre et al., 2011, S. 9).

Bezüglich des Human Factors muss festgehalten werden, dass das menschliche Handeln zwar die Ursache für Fehlhandlungen oder kritische Situationen darstellen kann, dass der Mensch gleichzeitig jedoch auch eine wichtige Ressource darstellt, mit welcher „[...] diese Situationen erkannt und erfolgreich bewältigt werden können.“ (St. Pierre et a., 2011, S. 16). Mit diesem Wissen kann die Fähigkeit der erfolgreichen Bewältigung von Notfällen konstruktiv genutzt werden, indem zum einen die interpersonellen Fähigkeiten wie Kommunikation, Teamwork und Führungsverhalten, und zum anderen die kognitiven Fähigkeiten wie Situationsbewusstsein, Planen, Entscheiden und Aufgabenmanagement geschult werden (vgl. St. Pierre et al., 2011).

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit sollen vor allem die kognitiven Fähigkeiten sowie das Situationsbewusstsein genauer dargestellt werden.

2.2.2 Arbeitsplatz Notfallstation, ein komplexes System

Entscheidungen, die im Alltag gefällt werden, unterscheiden sich aus kognitionspsychologischer Sicht nicht wesentlich von den Entscheidungssituationen in der Akutmedizin. Die Rahmenbedingungen tun dies jedoch umso mehr. Es werden unterschiedliche Anforderungen an die Individuen in Bezug auf das Denken und Handeln gestellt.

Die Notfallstation gilt als besonders komplexer und belastender Arbeitsort für Pflegende, da sie unter grossem Zeitdruck stehen in herausfordernden Momenten die Situation richtig einzuschätzen und Entscheidungen zu treffen. Weiter wird von den Pflegenden ein hohes Mass an Flexibilität, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit sowie die Fähigkeit zum speditiven Arbeiten (um die

Aufenthaltsdauer der Patienten möglichst gering zu halten) verlangt (vgl. St. Pierre et al., 2011). Durch das interdisziplinäre Arbeiten auf einer Notfallstation gilt es ausserdem, „[...] Gedanken und Handlungen aufeinander abzustimmen, um sicherzustellen, dass alle von den gleichen Voraussetzungen ausgehen und ein gemeinsames Ziel anstreben.“ (St. Pierre et al., 2011, S. 24). Als Komplex wird eine Situation dann angesehen, wenn sie die folgenden fünf Merkmale aufweist: grosser Umfang, Vernetztheit und Kopplung, Eigendynamik, Zeitverzögerung und Irreversibilität (vgl. St. Pierre et al., 2011).

Unter dem Merkmal des *grossen Umfangs* ist zu verstehen, dass das menschliche Denken sequenziell abläuft und somit nur wenige Einheiten gleichzeitig verarbeitet werden können (begrenzte Speicherkapazität). In kritischen Situationen besteht jedoch eine grosse Menge an Daten und Informationen, welche verarbeitet werden müssen. Durch viele Informationen kann es leicht passieren, dass der Überblick verloren geht und wichtige Faktoren übersehen werden oder „[...] falsche Annahmen über den Zustand des Systems oder den Patienten getroffen werden.“ (St. Pierre et al., 2011, S. 27). So kann es also vorkommen, dass bei einer hohen Arbeitsauslastung das Schmerzmanagement bei den Patienten, welche nicht aktiv auf sich aufmerksam machen können, vernachlässigt wird oder gar Schmerzfreiheit angenommen wird.

Bei dem Begriff der *Vernetztheit und Kopplung* geht es darum, dass eine Vielzahl an Variablen vorherrscht: der Patient mit seinen Diagnosen und Nebendiagnosen, Medikamenten, invasiven Massnahmen (venösen Zugang legen, Katheter, Blutentnahmen etc.) und verschiedenen Menschen und Berufsgruppen welche an der Behandlung beteiligt sind. All diese Variablen bilden ein dichtes Geflecht von Wechselwirkungen, bei welchem jede Handlung Auswirkungen auf eine andere Stelle im System haben kann. In diesem Zusammenhang sind also eine systematische Betrachtungsweise und das Verständnis für Neben- und Fernwirkungen der Situation von grosser Bedeutsamkeit. „Je mehr Verbindungen zwischen den Variablen bestehen, desto schwieriger wird es darüber hinaus für den Menschen, die Auswirkungen einer Handlung zu beurteilen.“ (St. Pierre et al., 2011, S. 27).

Die *Eigendynamik* zeichnet sich dadurch aus, dass sich Situationen weiterentwickeln, egal ob man aktiv etwas macht oder nicht. So zeigt es sich, dass sich bereits etwas verändert, während man nur schon über ein Problem nachdenkt. Daher ist es wesentlich, dass man sein mentales Bild einer Situation ständig anpasst und es aktuell hält (vgl. Kapitel 2.2.4). Der Nachteil hoher Eigendynamik besteht darin, dass der Handlungsspielraum von Menschen eingeschränkt werden kann, da abwartendes Verhalten die Anzahl an Handlungsoptionen reduziert. So hätte beispielsweise eine Schmerztherapie, welche vor 30 Minuten eingeleitet worden wäre, das Delirrisiko senken können. Das Besondere an der Arbeit auf Notfallstationen ist jedoch, dass unter Zeitdruck Lösungen gefunden werden müssen, ohne die Möglichkeit vorher alle relevanten Informationen zusammenzutragen (vgl. St. Pierre et al., 2011).

Bezüglich der *Zeitverzögerung* ist zu sagen, dass „nicht alle Nebeneffekte und Langzeitauswirkungen von Handlungen zeitnah und unmittelbar erlebt werden.“ (St. Pierre et al., 2011, S. 27). Neu auftretende Symptome können daher oft nicht auf das auslösende Ereignis zurückgeführt werden. Auch kann es vorkommen, dass Ergebnisse anderer Handlungen das Resultat verschleiern oder überlagern können.

Bei der *Irreversibilität* geht es um ein „[...] enges therapeutisches Fenster, in dem eine irreversible Schädigung des Patienten noch verhindert werden kann.“ (St. Pierre et al., 2011, S. 28). Es gibt daher oft nur einen einzigen Versuch, die richtige Handlung zu vollziehen. Würde man hier nach dem kognitionspsychologischen Prinzip Versuch und Irrtum gehen, könnte das sehr riskant werden.

Diese Merkmale, die komplexe Situationen aufweisen, zeigen also, welche Anforderungen an das Handeln der Menschen auf einer Notfallstation gestellt werden. Um dieser Komplexität adäquat begegnen zu können, sollte man ein Experte werden (vgl. St. Pierre et al., 2011 und Hoc, Cacciabue & Hollnagel, 1995). Gemäss St. Pierre et al. (2011) entsteht die Komplexität „[...] erst in der Auseinandersetzung einer Person mit den Eigenschaften ihrer Umgebung.“ (S.30f.). Rasmussen (1979, zitiert nach St. Pierre et al., 2011) definiert die Komplexität als „[...] Situation, die erforscht werden muss.“ (S.31). In Abhängigkeit des Wissens und

der Expertise einer Person wird eine Situation als komplex oder intransparent erlebt. Dies gilt auch für die oben genannten Komplexitätsmerkmale. Für manche Pflegefachpersonen mit viel Erfahrung ist es einfacher, eine Situation schnell zu erfassen und zu erkennen, während eine unerfahrenere Person überfordert ist. Erfahrene Personen können zwischen intuitiven und analytischen Herangehensweisen wechseln (vgl. St. Pierre et al., 2011). Die Komplexität kann gemäss St. Pierre et al. (2011) als mentales Konstrukt aufgefasst werden, bei welchem das Ergebnis von „[...] verfügbarem Wissen, den Wahrnehmungsmustern und den aktuellen Interessen [...]“ abhängt (S. 31). Die Forscher Dreyfus und Dreyfus (1989, zitiert nach St. Pierre et al., 2011) entwickelten das Expertise-Entwicklungsmodell mit den fünf Stufen des Expertentums: 1) der Anfänger, 2) der fortgeschrittene Anfänger, 3) Der Kompetente, 4) der Gewandte und 5) der Experte.

Der Experte

Die Situation wird Gesamthaft erfasst. Maximen und Regeln werden nur verwendet, wenn sie der Problemlösung dienlich sind. Die Komplexität wird ganzheitlich wahrgenommen. Wechsel zwischen intuitiven und analytischen Betrachtungsweisen

Der Gewandte

Die Situation wird intuitiv erfasst. Es wird auf Erfahrungen in vergleichbaren Situationen zurückgegriffen. Komplexe Situationen können ganzheitlich bewältigt werden

Der Kompetente

Das Handeln erfolgt teilweise planvoll und langfristige Auswirkungen können beurteilt werden. Komplexe Situationen können durch Analyse und Planung bewältigt werden

Der fortgeschrittene Anfänger

Die Handlungen werden weiterhin als Reihenfolge von Handlungsschritten vollzogen und komplexe Situationen können zwar erkannt, aber nur bedingt gelöst werden

Der Anfänger

Richtet sein Handeln nach Regeln aus, es besteht kaum die Fähigkeit mit Komplexität umzugehen

Abbildung 1: Die fünf Stufen der Kompetenzentwicklung (eigene Darstellung)

Um auf einer Notfallstation zu arbeiten und mit komplexen Situationen umgehen zu können ist es von Vorteil, wenn man sich auf der Stufe des Experten befindet. Im Falle der Gefahr eines möglichen Delirs oder von Schmerzen könnte das also

bedeuten, dass Deutungsmuster für die Konstellation von Vitalzeichen und Symptomen dazu verhelfen können, die Situation richtig einzuschätzen und adäquate Handlungen abzuleiten. Doch wie wird man zum Experten? Laut St. Pierre et al. (2011) deuten die Forschungsergebnisse darauf hin, dass konstantes und intensives Training notwendig sind. Weiter wird gesagt, dass man seine „[...] Komfortzone verlassen und noch mehr wollen.“ muss (S. 33). Es konnte herausgefunden werden, dass die Bereitstellung eines Experten an der Seite eines Anfängers zu besseren Leistungen führen kann. Im medizinischen Bereich stützen sich Experten oft auf ihre Intuition. Sie können schnell und effektiv entscheiden und situativ auf die Gegebenheiten reagieren. Vor allem das regelbasierte Handeln (siehe Punkt 2.2.3) kann durch das Expertensystem verbessert werden (vgl. St. Pierre et al., 2011).

2.2.3 Fähigkeiten- Regeln- Wissen

Im Folgenden soll das Modell der Kontrollebenen nach Rasmussen (1983) erläutert werden, welches das Expertise-Entwicklungsmodell anreichert.

Auf einer Notfallbettenstation kommt es nicht selten zu kritischen Situationen, welche ein rasches Handeln erfordern, beispielsweise wenn ein Patient delirant wird. Jede Situation stellt den Menschen jedoch vor unterschiedliche Herausforderungen. Nach dem Modell von Rasmussen aus dem Jahr 1983 kommt es darauf an, ob eine Situation als bekannt oder unbekannt eingeschätzt wird und ob auf gespeicherte Handlungsmuster zurückgegriffen werden kann. Rasmussen (1986) unterscheidet dabei drei Kontrollebenen des Handelns, welche aufeinander aufbauen: *Fertigkeiten,- Regeln und -Wissen* (vgl. St.Pierre et al., 2011). Je nach Literatur werden die Ebenen auch als sensomotorische Fertigkeiten-, regelbasiertes Verhalten und wissensbasiertes Verhalten bezeichnet (vgl. Reason, 1994).

Die drei Ebenen des Rasmussen Modells (1983, zitiert nach Eichinger, 2011) „[...] unterscheiden sich insbesondere nach dem Grad der Automatisierung des Verhaltens, das von hochintegrierten, häufig sensomotorischen Fertigkeiten über regelhafte Verknüpfung von Reiz und Reaktion bis hin zu komplexem Problemlöseverhalten führt.“ (S. 14).

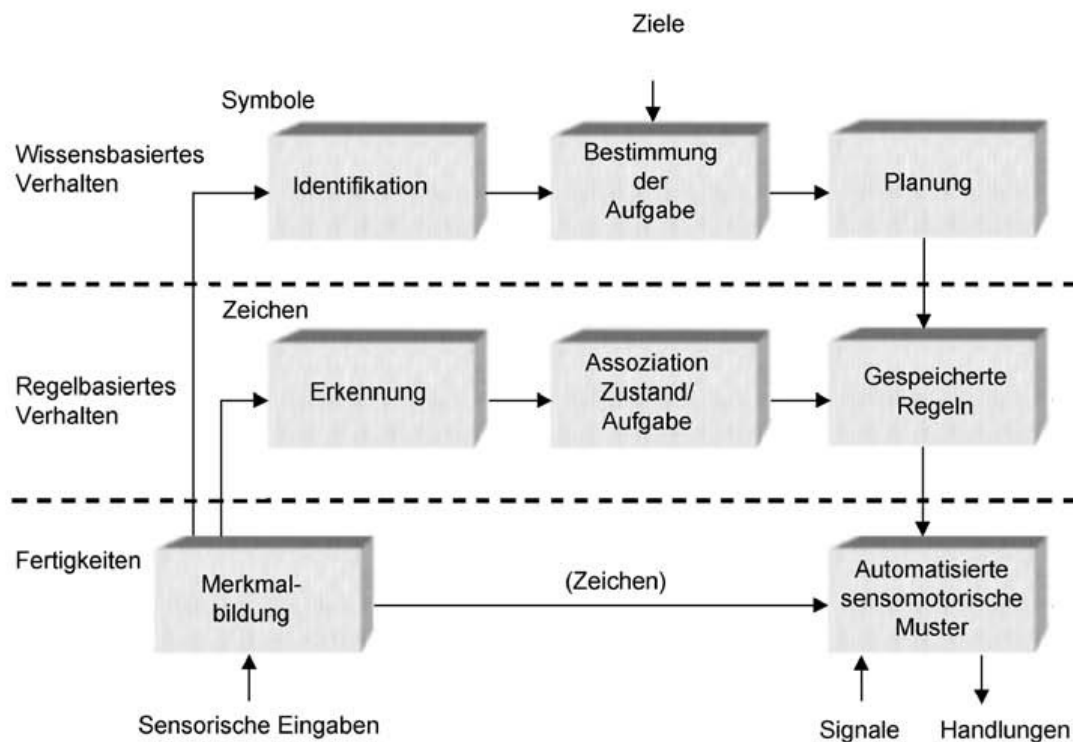


Abbildung 2: Kontrollebenen-Modell nach Rasmussen (1983, zitiert nach Eichinger, 2011, S. 14)

Fähigkeitsbasiertes Handeln

Handeln entsteht durch die Verarbeitung sensorischer Inputs. Es kommt zur Merkmalsbildung auf der Stufe der Fertigkeiten. Hierbei geht es darum, dass „[...] bekannte Aufgaben in bekannten Situationen weitgehend ohne bewusste Steuerung durch Automatismen, das sind „eingeschliffene“ Fähigkeiten, erledigt“ werden (St. Pierre et al., 2011, S. 33). Automatisierte Handlungen werden kaum bewusst überdacht. Auf der Notfallstation gehören hierzu beispielsweise Handlungen wie das Legen eines venösen Zugangs. Das Fehlen dieser Fähigkeiten wird erst bewusst, wenn in kritischen Situationen nicht auf diese Fertigkeit zugegriffen werden kann oder diese falsch ausgeführt werden.

Regelbasiertes Handeln

Wenn die Automatismen der Fähigkeiten nicht mehr ausreichen, wird auf die regelbasierte Stufe gewechselt, welche „*wenn-dann-Regeln*“ beinhaltet (regelbasierte Ebene). Diese Stufe basiert auf der Theorie der Mustererkennung und darauf, dass Auftretenswahrscheinlichkeiten abgeschätzt werden. So wird eine Situation und ein Problem erkannt, mit vertrauten Situationen verglichen und gespeicherte oder bekannte Lösungen werden angewendet (vgl. St. Pierre et al., 2011). Oft muss hier nur ein Algorithmus aufgerufen und abgearbeitet werden. Auf Notfallstationen sind

hierfür bereits häufig einige Algorithmen in Form von Leitlinien oder Stufenschemata (z.B. Vorgehen bei einem Kreislaufstillstand) festgelegt worden. Es ist jedoch bekannt, dass erfahrene Pflegende und Ärzte eigene Algorithmen für bestimmte Situationen ausbilden. Laut St. Pierre et al. (2011) ist es kein Problem, die richtige Handlung in kritischen Situationen auszuwählen, sondern stellt vielmehr die Diagnose des Problems eine Herausforderung dar. „Die Situation muss identifiziert werden (was bei selten auftretenden Ereignissen schwierig sein kann) und eine Entscheidung über das weitere Vorgehen muss rasch getroffen werden.“ (St. Pierre et al., 2011, S.35). Ein Beispiel hierfür kann das Auftreten eines Delirs bei einem Patienten sein. Das Krankheitsbild und die Therapie sind den Pflegenden meist bekannt. Es gilt daher, unspezifische Parameter wie Veränderungen im Verhalten wie Unruhe etc. als Symptome dieser Pathophysiologie zu erkennen. Die Interventionen werden dann in Form des Regelwissens abgerufen und je nach Expertenstand und Erfahrung auf der Ebene der Fertigkeiten ausgeführt.

Wissensbasiertes Handeln

Ist eine Problemsituation neu oder unbekannt, so wird durch Wissen und problemlösendes Denken versucht, eine Lösung zu finden. Im Arbeitsalltag auf einer Notfallstation kommt es immer wieder zu Situationen, auf die man nicht vorbereitet ist. „Die Ursache dafür kann im momentanen Stand der klinischen Ausbildung einer Person liegen“ (St. Pierre et al., 2011, S. 35) oder auch in der Funktionsweise des Gehirns, des Gedächtnisses, welches bei selten genutzten Wissensinhalten zum Vergessen tendiert. Laut St. Pierre et al. (2011) liegt der Grund jedoch vielmehr in der Komplexität der Situationen (wie bereits bei Punkt 2.2.2 erwähnt). Das Lösen von Problemen auf der wissensbasierten Ebene ist ein langer, mühseliger und „[...] in seinen Ressourcen begrenzter Verarbeitungsprozess, der unter Zeitdruck nicht optimal abläuft.“ (St. Pierre et al., 2011, S. 35.). Eine wichtige Komponente die in diesem Zusammenhang genannt werden soll, ist die *emotionale Komponente*. Unerwartet eintretende Situationen, die einerseits ein schnelles Handeln erfordern und gleichzeitig aber nicht die Möglichkeit zur Anwendung von bekannten und sicheren Handlungsmöglichkeiten auf Ebene der Regeln und der Fertigkeiten bieten, gehen mit einer starken emotionalen Komponente einher und können als belastend empfunden werden. Vor allem neue Mitarbeiter, die auf anderen Stationen (mit

spezifischen Schwerpunkten) im Spital gearbeitet haben und nun auf die Notfallstation wechseln, agieren oft auf der Wissensebene, da noch kein Regel- oder Fähigkeitsbasiertes Handeln abgerufen werden kann.

Der Alltag auf einer Notfallbettenstation benötigt den Wechsel zwischen den verschiedenen Handlungsformen, um adäquat reagieren zu können.

Die Theorie der Kontrollebenen nach Rasmussen (1983, zitiert nach Eichinger, 2011 und St. Pierre et al., 2011) zeigt auf, dass der Wissensstand, die Routine und die Erfahrung einen grossen Einfluss darauf haben, auf welcher Stufe sich die Pflegefachpersonen bei Problemlösungsprozessen befinden. Ebenso hat die Bewertung der Situation einen Einfluss. Die Bewertung wird jedoch wieder in Verbindung mit Wissen und Erfahrung vollzogen.

2.2.4 Situationsbewusstsein nach Endsley

Erst in den vergangenen Jahren wurde der Fokus auf das Situationsbewusstsein in Verbindung mit Fehlervermeidung in komplexen Systemen gelegt.

Mit dem Situationsbewusstsein (SA) ist ein Wissenszustand gemeint, welcher das Ausmass des Wissens einer Person über die aktuelle Situation umfasst (vgl. St. Pierre et al., 2011). Das Situationsbewusstsein kann dann entstehen, wenn die Personen in der Lage sind, ihr eigenes Handeln und Denken zu reflektieren. Laut Kluwe (2006), bezeichnet Situationsawareness, „[...] die zu einem Zeitpunkt des Geschehens von einem Menschen vorgenommene Aufmerksamkeitsverteilung über das Geschehen, die gerade betrachtete Information sowie sein Verständnis der aktuellen Vorgänge und seine Erwartungen“ (S. 35). Das Situationsbewusstsein basiert auf Prozessen der menschlichen Informationsverarbeitung und leitet das Handeln der Person.

Das Modell des Situationsbewusstseins von Endsley (1995, zitiert nach Kluwe, 2006) ist ein Prozess oder Zustand, in welchem Objekte in der Umgebung in ihrem Zustand mit ihren Attributen und ihrer eigenen Dynamik wahrgenommen werden, ihre Bedeutung verstanden und Informationen aggregiert sowie Veränderungen in der Umgebung und zukünftige Zustände der Elemente zutreffend vorhergesagt werden (vgl. Kluwe, 2006). Nach diesem Ablauf folgen Prozesse der Entscheidung, Handlungsausführungsplanung und Handlung. Voraussetzungen für diese Prozesse

sind die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Aufmerksamkeitsprozesse. Weiter spielen Erfahrungen, kognitive Fähigkeiten sowie die Genauigkeit und Geschwindigkeit der Wahrnehmung eine Rolle (vgl. Kluwe, 2006). Mithilfe dieses Modells ist es möglich, zentrale kognitive Anforderungen an das Pflegepersonal auf einer Notfallstation zu identifizieren, die in komplexen und dynamischen Situationen agieren müssen.

„Endsley unternimmt den Versuch, die Vielfalt kognitiver Aktivitäten beim Umgang mit komplexen, dynamischen Sachverhalten, von Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsprozessen angefangen bis hin zu Problemlöseprozessen, zu integrieren“ (Kluwe, 2006, S. 36). Um ein Situationsbewusstsein entwickeln zu können, muss zuerst ein Bild der Situation aufgebaut werden, bei welchem alle relevanten Faktoren erfasst werden (Leven 1). Für den Arbeitsalltag bedeutet das, dass die Situation eines Patienten mit seinen Diagnosen und Nebendiagnosen sowie momentanem Zustandsbild erfasst und Veränderungen wahrgenommen werden.

Wichtig hierbei ist, dass das Situationsbild regelmässig aktualisiert wird und die wahrgenommenen Elemente bezüglich ihrer Relevanz bewertet werden. Beim Verständnis der Bedeutung der Elemente (Level 2), geht es darum, dass über die Wahrnehmung der Informationen hinaus, auch das Verständnis über die Bedeutung von z.B. Vitalparametern vorhanden sein muss. Die verschiedenen Informationen müssen integriert und interpretiert werden mit dem Ziel, ein einheitliches Bild der momentanen Situation zu entwickeln. Bei der Vorhersage des zukünftigen Status (Level 3), geht es gemäss Endsley darum, basierend auf den wahrgenommenen Informationen über den Zustand des Patienten und dem Verständnis der Daten, Voraussagen treffen zu können, wie sich die Situationen in nächster Zukunft entwickeln könnten (z.B. der momentane Zustand, Umgebungsveränderungen und die Risikofaktoren des Patienten könnten zu einem Delir im weiteren Behandlungsverlauf führen).

Das Situationsbewusstsein einer Pflegefachperson auf der Notfallstation umfasst also kurzgesagt das Wahrnehmen von Informationen über die Situation bzw. das Befinden des Patienten, das Interpretieren dieser Informationen sowie auf Basis dieser Daten das Voraussehen des sich möglicherweise zu entwickelnden Zustandes des Patienten.

Die folgende Abbildung (Abb. 3) soll den oben beschriebenen Prozess verdeutlichen und den Zusammenhang zwischen der SA, Entscheidungen treffen und der Ausführung von Handlungen darstellen. Wie der Abbildung zu entnehmen ist, geht ein Feedback-Pfeil von der *Performance of action* (Ausführung von Handlungen) über den *Status der Umwelt* zurück zum *Situationsbewusstsein*. Das bedeutet, dass jeder Entscheidung (eine Handlung auszuführen), eine stetige Aktualisierung der SA über den momentanen Status der Umwelt zugrunde liegt.

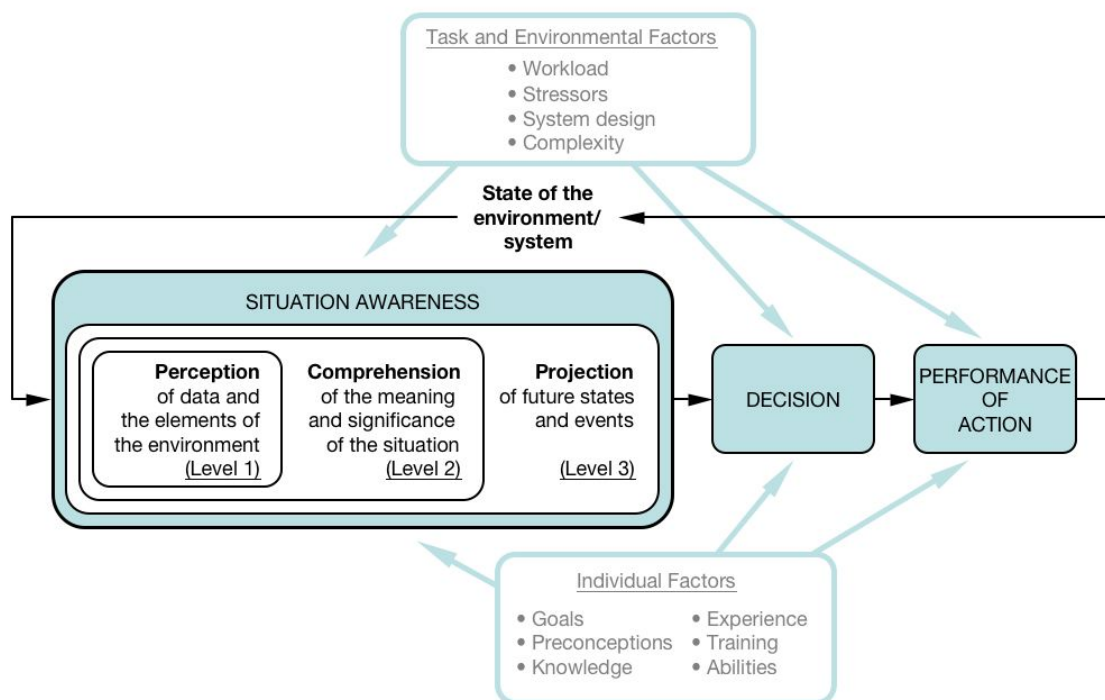


Abbildung 3: Deskriptives Modell des Situationsbewusstseins nach Endsley (1995, zitiert nach Kluwe, 2006, S. 36)

Das Modell unterteilt in Situationsbewusstsein, Aufgaben- und Umgebungsfaktoren sowie individuelle Faktoren. Zu den *Aufgaben- und Umgebungsfaktoren* gehören Belastung, Stressoren, das System-Design und die Komplexität. Diese Faktoren wirken Bottom-up¹⁰ auf das Situationsbewusstsein ein. Gleichzeitig wirken Top-down¹¹ die *individuellen Faktoren* wie Wissen, Fähigkeiten, Training und Erfahrung/Expertise, Zielvorstellungen und die Haltung ebenso auf die SA ein. Diese Elemente dienen der Bewertung antizipierter Ergebnisse und bilden somit die Basis für die Auswahl einer Handlung (vgl. Kluwe, 2006).

¹⁰ Unter der Bottom-up-Verarbeitung wird die aufsteigende oder auch datengesteuerte Informationsverarbeitung verstanden (vgl. Myers, 2008).

¹¹ Hierunter wird die absteigende oder konzeptgesteuerte Informationsverarbeitung verstanden, welche auf den Prozessen der Wahrnehmung, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses beruhen (vgl. Myers, 2008).

Das Situationsbewusstsein, welches von Umgebungs- und individuellen Faktoren beeinflusst wird, hat nun einen Einfluss auf die Entscheidung und auf die Handlungsausführung. Beim Modell der SA ist besonders das Updating einer Situation zentral, da hier die Wahrnehmung und Einschätzung der Situationsentwicklung vollzogen wird (vgl. Kluwe, 2006).

Wenn es bei Pflegefachpersonen darum geht ein Schmerzmanagement vorzunehmen, ist die ganzheitliche Betrachtungsweise der Situation wichtig. Dies fängt bei der Wahrnehmung der Situation an (hat der Patient Schmerzen und welche Diagnosen weist er auf?). Darauf folgt das Verständnis der Bedeutung der Situation (welchen Grund haben die möglichen Schmerzen?). Am Ende steht die Projektion des Zustandes, beispielsweise was passieren könnte wenn die Schmerzen nicht adäquat behandelt werden. Die individuellen Faktoren (Fähigkeiten, Training und Erfahrung) jeder Pflegekraft wirken sich auf die Wahrnehmung und Entscheidung in Situationen aus. Wenn ein Patient über 65 Jahren auf die Notfallstation (Aufgaben- und Umgebungsfaktoren wie Stress, Belastung, hohe Fluktuation etc.) eingeliefert wird, wird aufgrund der SA die Entscheidung der Behandlung getroffen und die Behandlung ausgeführt (Schmerzmedikamente geben ja/nein). Kommt es bei einem Patienten zu einem Delir, könnte dies aufgrund einer mangelnden SA seitens der Pflegefachperson zurück zu führen sein.

Das Arbeiten auf einer Notfallstation erfordert ein adäquates und permanentes Situationsbewusstsein, da es aufgrund einer unzureichenden SA zu Fehlverhalten kommen kann.

Wie gut oder schlecht ein Situationsbewusstsein aufgebaut werden kann, hängt zum grossen Teil auch von der Gestaltung des Arbeitsplatzes (Ergonomie, Schnittstellendesign, technische Geräte etc.) ab.

Die Kernannahmen dieses Modells lassen sich grob zusammenfassen: Zum einen wird davon ausgegangen, dass die Aufmerksamkeit und das Arbeitsgedächtnis aufgrund ihrer eingeschränkten Kapazität eine begrenzte Ressource darstellen. Weiter werden durch Schemata und mentale Modelle (des Langzeitgedächtnisses) Informationen integriert und die Möglichkeit zur Prognose geschaffen. Das Situationsbewusstsein unterliegt Erwartungen und Zielen, welche die

Aufmerksamkeit, Wahrnehmung, Selektion und Interpretation gewonnener Informationen beeinflussen und steuern.

2.2.5 Zusammenführung der Theorien

Der Mensch als Individuum spielt in hochkomplexen Systemen, wie dem einer Notfallstation, eine zentrale Rolle. Zum einen weil Fehler durch den Menschen entstehen und zum anderen aber gleichzeitig eine wichtige Ressource in der Bewältigung kritischer Situationen darstellen können. Eine erfolgreiche Bewältigung der Arbeitsaufgaben ist eng verbunden mit dem Grad der Komplexität von Situationen.

Den dargestellten Theorien des Expertise-Entwicklungsmodells von Dreyfus und Dreyfus (1989, zitiert nach St. Pierre et al., 2011), dem Kontrollebenenmodell von Rasmussen (1983, zitiert nach Eichinger, 2011) sowie dem Modell des Situationsbewusstseins nach Endsley (1995, zitiert nach Kluwe, 2006) liegt ein gemeinsamer Konsens zugrunde. All diese Modelle sagen aus, dass das Wissen und die Erfahrung die eine Person über Situationen besitzt wichtig ist, um in komplexen Situationen schnell und adäquat reagieren zu können. Die Modelle gehen zudem davon aus, dass Wissen und Erfahrung nicht angeboren oder eine Frage des Talents sind. Bezogen auf die Fragestellung könnte das also bedeuten, dass durch Training, Schulungen und Anpassung der Arbeitsumgebung und Hilfsmittel, welche so gestaltet sind dass sie dem Menschen in seinen kognitiven Fähigkeiten angepasst sind, dazu verhelfen, komplexe Situationen zu meistern und das Schmerzmanagement zu verbessern.

Je mehr kognitive Schemata über Situationen aufgebaut und je mehr Fähigkeiten automatisiert werden können, desto sicherer wird der Mensch in der Ausführung seiner Handlungen. Kann eine Person auf der Fähigkeitsbasierten-Ebene agieren, so ist sie schneller in der Lage, die Situation richtig einzuschätzen, Entscheidungen zu fällen und ihr Wissen zu nutzen. Durch ein hohes Fachwissen, automatisierte und trainierte Handgriffe, Leitlinien und Algorithmen, kann ein Rahmen für eine gute Problemlösung in anspruchsvollen Situationen geschaffen werden.

Für die Pflegenden würde das bedeuten, dass sie mithilfe eintrainierter/ geschulter Handlungsabläufe bezüglich des Schmerzmanagements, Wissen um ein Delir sowie dessen Behandlung, sicherer im Handeln würden. Die Anpassung von Hilfsmitteln

(z.B. Checklisten und Algorithmen), könnte die menschliche Kognition unterstützen, in komplexen Situationen Sicherheit geben und die Pflegenden bei der systematisierten Vorgehensweise begleiten.

3. Qualitative Studien

In dieser Arbeit soll erhoben werden, wie sich das aktuelle Schmerzmanagement der Pflegefachpersonen der Notfallbettenstation bei eingeschränkten Patienten über 65 Jahren gestaltet. Dazu wurde eine Kombination verschiedener Methoden gewählt um sowohl explorativ als auch prüfend vorgehen zu können (siehe Abbildung 4). Die Phasen liefen sequenziell ab, wobei Erkenntnisse aus jeder Phase in die nächste Phase einfließen. Dabei wurde bewusst eine qualitative Studie, das explorative Experteninterview gewählt, um möglichst offen und umfangreich Informationen aus dem Feld zu erhalten. Der Schwerpunkt des explorativen Experteninterviews lag darin, einen ersten Zugang zum Feld zu bekommen und Themenfelder für die nächste Phase, die Mitarbeitenden-Interviews zu erfassen.

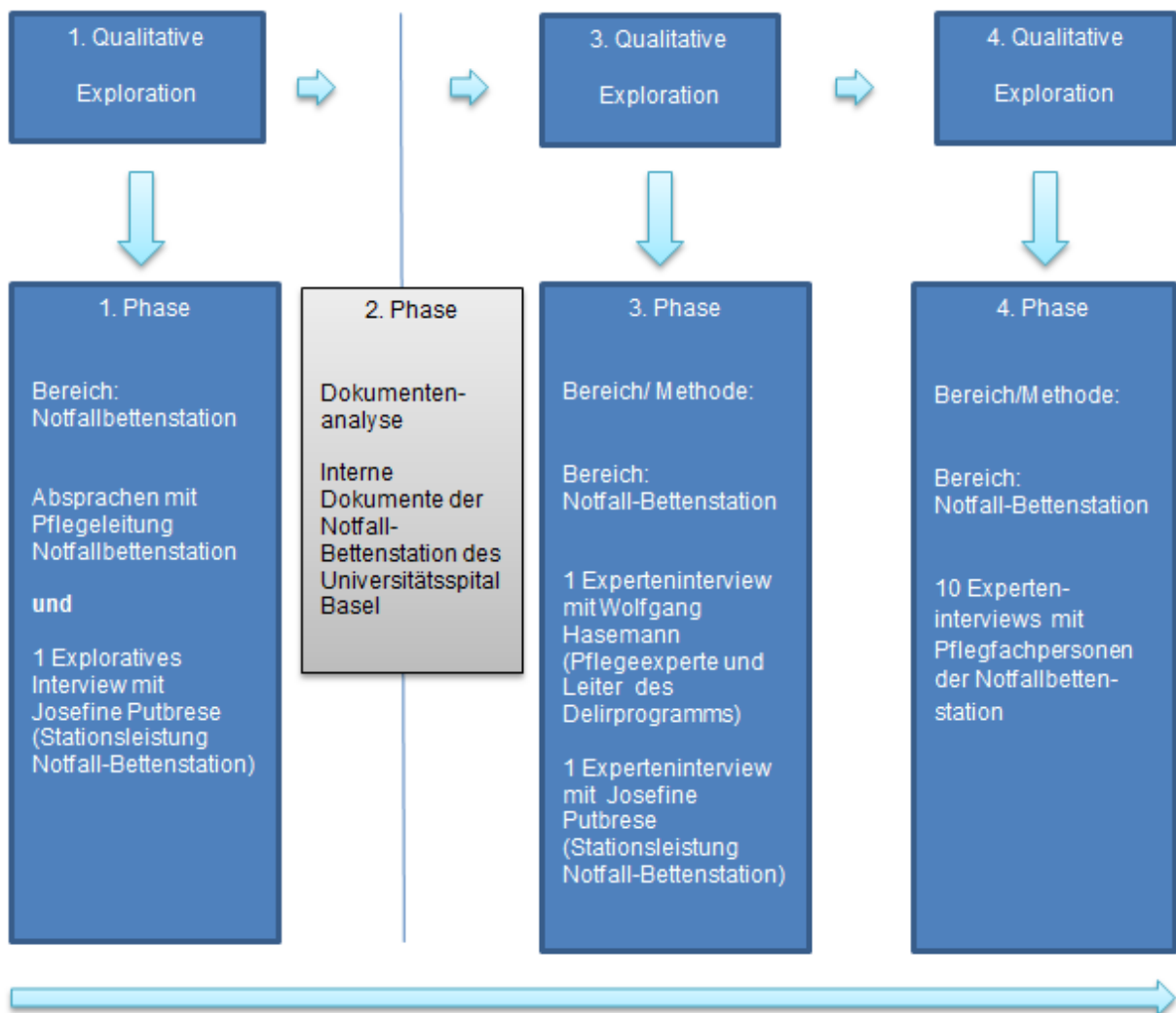


Abbildung 4: Forschungsdesign (eigene Darstellung)

3.1 Absprachen und exploratives Interview

Am Anfang stand eine erste Auftragsklärung und die damit verbundene Erarbeitung möglicher Forschungsfragen. Mittels des explorativen Interviews (1. Phase), bei welchem Handschriftliche Notizen gemacht wurden, fand eine erste Annäherung an den Untersuchungsgegenstand statt. Das offene Vorgehen hat sich hierbei bewährt, da sich schnell herausstellte, welche Problemstellungen für den Praxispartner im Mittelpunkt stehen (siehe Kapitel 1.2). Basierend auf den Erkenntnissen der ersten Vorgespräche mit der Pflegeleitung sowie des explorativen Interviews, wurden mögliche Fragestellungen erarbeitet und in Rücksprache mit der betreuenden Dozentin überarbeitet.

3.2 Dokumentenanalyse

Nachdem die Fragestellung erarbeitet wurde (siehe Kapitel 1.3), wurde eine Dokumentenanalyse (2. Phase) durchgeführt um mehr Informationen über das Schmerz- und Delirmanagement sowie Hintergrundinformationen über das Unternehmen und die Notfallbettenstation zu erhalten. Der Grundgedanke von Dokumentenanalysen ist es, Material zu erschliessen, das nicht erst vom Forscher oder der Forscherin durch die Datenerhebung geschaffen werden muss. Die Dokumentenanalyse zeichnet sich durch die Vielfalt ihres Materials aus (Flick, 2011). Die Beurteilung der Qualität der untersuchten Dokumente orientierte sich an den Kriterien nach Scott (1990) sowie Flick (2011). Beim ersten Kriterium, der *Authentizität*, geht es darum, ob es sich um ein Primär- oder um ein Sekundärdokument handelt. Es wurde darauf geachtet, dass für die Dokumentenanalyse ausschliesslich Primärdokumente (von der Organisation selbst verfasst und nicht durch Dritte) verwendet wurden. Ausserdem wurden die Dokumente in Anlehnung an Flick (2011) überprüft, indem sie auf interne Inkonsistenzen untersucht, mit anderen Dokumenten verglichen und geprüft wurden, ob verschiedene Versionen desselben Dokuments existieren. Das Kriterium der *Glaubwürdigkeit* der Dokumente bezieht sich laut Flick (2011) auf die Genauigkeit der Dokumentation, die Verlässlichkeit desjenigen der die Dokumente erstellt hat und darauf, ob es frei von Fehlern ist. Das dritte Kriterium der *Repräsentativität* befasst sich damit, ob ein Dokument typisch ist. Dabei sollten die Akten Informationen enthalten, die sie üblicherweise auch enthalten (z.B. sollte in einem Teamsitzungsprotokoll typischerweise aufgeführt sein, wer an der Sitzung

teilgenommen hat). Eher untypische Akten können spezifisch analysiert werden um festzustellen, was dies für die Fragestellung der Untersuchung heisst (Flick, 2011). Die untersuchten Dokumente in dieser Arbeit wurden alle als typisch erachtet. Um dies beurteilen zu können, wurden sie mit Dokumenten von anderen Organisationen verglichen und es wurde in der Literatur nachgeschaut, was diese Dokumente (z.B. Leitbild) typischerweise enthalten sollten. Das letzte Kriterium für die Analyse der Qualität von Dokumenten ist laut Flick (2011) die *Bedeutung*. Dabei geht es im Wesentlichen darum, dass bei der Entscheidung für die Verwendung von Dokumenten in einer Untersuchung diese als ein Mittel der Kommunikation gesehen werden sollten. Die Dokumente wurden alle hinsichtlich ihrer Bedeutung untersucht. Bei jedem Dokument wurde darüber nachgedacht, von wem es verfasst wurde und welchen Zweck es erfüllt. Nach Wolf (2000) darf nicht davon ausgegangen werden, dass Dokumente eine faktische Realität wiedergeben im Vergleich zur eher subjektiven Sicht in Interviews. Dokumente stellen laut Flick (2011, S. 327) „[...] eine spezifische Version von Realitäten dar, die für bestimmte Zwecke konstruiert wurden.“. Die Dokumentenanalyse wurde aus diesem Grund als zusätzliches Instrument zu anderen explorativen Vorgehensweisen (Interviews) verwendet. Sie diene nicht als Ersatz für die Interviews sondern lediglich als Anreicherung an Informationen.

Zusätzlich wurde ein Dokument untersucht, welches der Praxispartner im Rahmen der Projektgruppe erstellt hat. Dabei wurden randomisiert zehn Patientenakten von Patienten über 65 Jahren genommen und im Hinblick auf folgende Punkte untersucht:

- Wann ab Eintritt werden Schmerzen dokumentiert (auf der Triage und der Bettenstation)?
- Was wird dokumentiert bzw. mit welchem Instrument?
- Gibt es Angaben zur Lokalisation der Schmerzen?
- Reevaluation (max. innerhalb 30 min. nach Schmerzmittelgabe ist Standard)
- Bestand ein Delir?
- Wurde eine Schmerzerhebung zu Schichtbeginn (auf der Triage und der Bettenstation) durchgeführt?

Schmerzmanagement auf einer Notfallbettenstation

Tabelle 1: Auswertung der gesichteten Patientenakten (eigene Darstellung)

Akte	Wann ab Eintritt	Instrument	Lokalisation	Reevaluation	Delirscreening NFT	Schmerzerfassung Schichtbeginn
1	Nicht bei Eintritt/NFT ¹¹ (aber Schmerzmittel Verabreicht) Nach 1,5 h/NFT Bei Eintritt/NFB ¹²	— NRS ¹³ NRS	nein	Nein Nein	Delir ja Screening nein	NFT-nein NFB-nein
2	Bei Eintritt/NFT Schläft bei Eintritt NFB	NRS —	Nein	30 min	Delir nein Screening ja	NFT-nein NFB-nein
3	Nicht bei Eintritt/NFT Nicht bei Eintritt/NFB	— Nach 2 h Std./NFB VAS	nein	— —	Delir nein Screening ja	NFT-ja NFB-ja
4	Bei Eintritt/NFT Bei Eintritt/NFB	NRS NRS	nein nein	nein —	Delir nein Screening ja	NFT-ja NFB-verlegt
5	Bei Eintritt/NFT Nicht bei Eintritt/NFB 2 h nach Eintritt/NFB	NRS NRS	Kopfschmerz (Zeit?) nein	Nein —	Delir ? (GCS15) Screening nein (Schichten 3)	NFT-nein NFB-ja
6	NFT nach 1 h NFB nach 5 h	NRS NRS	nein nein	— —	Delir nein Screening ja	NFT-nein NFB-nein
7	Bei Eintritt NFT NFB nicht bei Eintritt NFB 2 h nach Eintritt	NRS/ Schmerz ja (keine Konsequenz) Schmerzmittel-motor. Unruhe	nein nein	Nein nein	Delir nein Screening nein (fortgeschrittene Demenz, Pat. spricht nicht)	NFT-nein NFB-nein (schläft)
8	NFT bei Eintritt NFB bei Eintritt schlafend NFB bei Schichtbeginn	NRS (Pat. möchte kein Schmerzmittel) NRS	Nein Nein	Nein Nein	Delir nein Screening ja	NFT-nein NFB-nein
9	NFT bei Eintritt NFB 30 min nach Eintritt	NRS NRS/ Schmerz-Medikament.	nein Nein	Nein Nein	Delir nein Screening ja	NFT-nein NFB-nein (schläft)
10	NFT nicht bei Eintritt (via Schockraum) NFB nicht bei Eintritt (GCS 3) NFB 1 h nach Eintritt	Keine Angaben 2mg-weise Morphin i.v. (insges. 14mg) Nach 12 h „Pat. Stöhnt“ weiterhin, MO verabreicht	Nein	1x	Screening nein GCS 3	NFT-nein NFB-ja

Ergebnisse der Tabelle 1 (Auswertung der gesichteten Patientenakten) lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Schmerzerhebung erfolgte auf der Triage sowie auf der Notfallbettenstation durch die NRS (Numerische Rating Skala). Auf der Notfall Triage wurde bei vier von zehn Patienten keine Schmerzerhebung bei Eintritt gemacht (ein Patient war zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht mehr ansprechbar). Die Schmerzerfassung auf der Notfallbettenstation wurde bei zwei Patienten direkt beim Eintritt erhoben. Zwei Patienten wurden schlafend an die Notfallbettenstation übergeben, daher wurde hier auf eine Erfassung verzichtet. Aus der Hälfte der gesichteten Akten geht hervor, dass die erste Schmerzerfassung auf der Notfallbettenstation entweder erst nach 30 Minuten, 90 Minuten, nach zwei Stunden oder nach fünf Stunden zum ersten Mal durchgeführt wurde. Die Schmerzlokalisierung wurde lediglich bei einem Patienten dokumentiert. Bei zwei Patienten wurde eine Schmerzreevaluation¹² vorgenommen, bei den restlichen acht Patienten nicht. Von den zehn Patienten war ein Patient delirant, bei dieser Person wurde kein Delirscreening ausgefüllt. Bei sechs Patienten wurde das Delirscreening durchgeführt. Eine Person war zu diesem Zeitpunkt nicht ansprechbar, eine weitere war aufgrund einer Demenz nicht mehr in der Lage zu antworten und bei zwei von zehn Personen wurde kein Delirassessment gemacht. Zum Schichtbeginn der Pflegenden, wurden die Schmerzen auf der Triage bei zwei Patienten erhoben und auf der Notfallbettenstation bei drei Patienten.

3.3 Exploratives Experteninterview

In den folgenden Erläuterungen wird differenziert auf die Phase 3 (siehe Abbildung 4) im Forschungsdesign eingegangen. Die Phasen 1 und 2 werden streng genommen ebenfalls zur qualitativen Studie gezählt. Die Ergebnisse aus den Phasen 1 und 2 fließen jedoch beide in die Phase 3 ein, welche als Grundlage für die Mitarbeitenden-Interviews und somit für die vierte Phase verwendet wurden.

Das explorative Experteninterview wurde im Universitätsspital Basel, im Büro der Pflegeleitung durchgeführt und dauerte 45-50 Minuten. Das Interview wurde digital aufgenommen, um es anschliessend auf dem Computer transkribieren zu können.

¹² Erneutes Erfragen der Schmerzsituation nach einer Intervention (z.B. Schmerzmittelgabe).

3.3.1 Sampling

In der 3. Phase des Forschungsdesigns sollten zwei Experteninterviews (siehe Anhang 1, Exploratives Experteninterview) in Form von Leitfadeninterviews, zum einen mit dem Leiter des Delirprogramms des Universitätsspitals Basel und zum anderen mit der Pflegeleitung der Notfallbettenstation, geführt werden. Hierbei stand die Expertise der befragten Personen im Fokus (vgl. Flick, 2011). Laut Flick (2011) sind Experten „[...] in der Regel Mitarbeitende einer Organisation in einer spezifischen Funktion und mit einem bestimmten (professionellen) Erfahrungswissen [...]“ (S. 215). Der Leiter des Delirprogramms wurde aufgrund seiner Fachkenntnisse sowie aktiven Forschung im Bereich des Delir- und Schmerzmanagements ausgewählt. Die Wahl der Pflegeleitung begründet sich ebenfalls durch ihre hohe Fachkompetenz sowie ihren beruflichen Hintergrund und mehrjährige Auseinandersetzung mit der Thematik im Rahmen des Masterstudiums der Pflegewissenschaften.

Leider konnte aufgrund eines Krankheitsfalls des Leiters des Delirmanagements lediglich das Experteninterview mit der Pflegeleitung geführt werden. Aufgrund der zeitlichen Knappheit konnte das Interview auch nicht nachgeholt oder mit einer anderen Person durchgeführt werden, da die Erhebungsphase mit den Mitarbeitenden-Interviews kurz darauf folgte. Daraus ergaben sich die möglichen Konsequenzen, dass zwischen den zwei Interviews nicht verglichen werden konnte und die informationelle Vielfalt des Expertenwissens eingeschränkt war bzw. der Wissensbestand nicht durch das jeweils andere Interview angereichert werden konnte. Es wurde daher versucht, durch eine weitere vertiefte Literaturrecherche das fehlende Interview zu kompensieren.

Im Folgenden wird daher nur das Experten-Interview mit der Pflegeleitung genauer dargelegt.

3.3.2 Erhebungsmethode

Ziel des Interviews war es, einen weiteren Zugang und eine Orientierung zum Untersuchungsfeld zu bekommen. Durch das Experteninterview sollte das Wissen der befragten Person zum Untersuchungsgegenstand rekonstruiert werden, um allfällige Lücken im Wissen und Verhalten der Mitarbeitenden in den Interviews herausfinden zu können. Das Experteninterview wurde in Form eines

halbstandardisierten Leitfadeninterviews durchgeführt. Laut Flick (2011) kann es dazu dienen, den komplexen Wissenstand der befragten Person zum Thema zu rekonstruieren. „Dieser Wissensbestand enthält explizit verfügbare Annahmen, für deren Artikulation er durch methodische Hilfen unterstützt werden sollte, weshalb hier verschiedene Typen von Fragen verwendet werden“ sollten (S. 203). Zum einen sind damit offene theoriegeleitete Fragen sowie Konfrontationsfragen gemeint (vgl. Flick, 2011).

Der Interviewleitfaden wurde nach thematischen Bereichen gegliedert, welche sich durch eine vertiefte vorherige wissenschaftliche Literaturrecherche zum besagten Untersuchungsfeld ergaben. Die Bereiche wurden in die Themenblöcke A) Schmerz, B) Delir und C) Interventionen gegliedert. Abschliessend wurde noch der Themenblock D) Anregungen generiert. Der detaillierte Aufbau sowie Inhalte des Leitfadens können dem Anhang 1 (Exploratives Experteninterview) entnommen werden.

Während der Gestaltung des Interviews wurde darauf geachtet, die bereits oben erwähnten Fragetypen (offene-, theoriegeleitete- und Konfrontationsfragen) zu berücksichtigen. Dabei wurden die Fragen so offen wie möglich formuliert, um das Wissensfeld der interviewten Person nicht einzuschränken und somit eine Informationsvielfalt zu erlangen (z.B. „Welche Gründe könnten hierfür eine Rolle spielen?“). Die theoriegeleiteten Fragen dienten zur Eingrenzung der Thematik auf Schmerz, Delir und Interventionen seitens der Pflegenden, sowie zur Explikation des impliziten Wissens des Interviewpartners (z.B. „In Studien konnte gezeigt werden dass [...], wie lässt sich dieser Zusammenhang erklären?“). Mithilfe der Konfrontationsfragen sollten mögliche Lücken zwischen dem Ist- und Soll- Zustand bezüglich des Vorgehens in der Praxis aufgezeigt und kritisch beleuchtet werden (z.B. „Was stellen Sie in der Praxis fest?“).

Durch die inhaltlichen Strukturierungen sowie gezielte Formulierungen konnten wichtige Erkenntnisse für die Generierung des Mitarbeitenden- Leitfadeninterviews gewonnen und Dimensionen abgeleitet werden.

3.3.3 Auswertung und Ergebnisse

Zur qualitativen Auswertung des explorativen Experteninterviews wurde die Methodik der Globalauswertung angewandt (vgl. Flick, 2011 und Legewie, 1994). Das Ziel

dieser Auswertungsmethode ist es, „[...] eine Übersicht über das thematische Spektrum des zu interpretierenden Textes zu gewinnen.“ (Flick, 2011, S. 417). Diese Vorgehensweise eignet sich besonders für die Auswertung von Interviews, jedoch auch für „[...] die Analyse schriftlicher Dokumente, wenn neben den Inhalten der Dokumente auch die Absichten und die Glaubwürdigkeit des Textproduzenten erfasst werden sollen.“ (Legewie, 1994, S. 177, zitiert nach Boehm, Mengel & Muhr, 1994). Die Absichts- und Glaubwürdigkeitsklärung spielte hierbei jedoch keine Rolle.

Die Globalauswertung bedient sich zehn Schritten, über welche ein kurzer Überblick gegeben werden soll:

1. Orientierung
2. Aktivierung von Kontextwissen
3. Text durcharbeiten
4. Einfälle ausarbeiten
5. Stichwortverzeichnis anlegen
6. Kurzgeschichte oder Zusammenfassung
7. Bewertung des Textes
8. Auswertungs- Stichwörter
9. Konsequenzen für die weitere Arbeit
10. Ergebnisdarstellung (vgl. Legewie, 1994, zitiert nach Boehm, Mengel & Muhr, 1994).

Da es bei der Auswertung des Experteninterviews um die Ableitung von Dimensionen für die Mitarbeitenden-Interviews ging, wurde bewusst auf eine inhaltsanalytische Technik sowie auf eine Kodierung verzichtet. Es wurden lediglich einzelne Schritte der Globalauswertung genutzt und das Vorgehen somit an den Untersuchungsgegenstand sowie an das Ziel angepasst. Berücksichtigung fanden die Schritte 1,3,6,9,10.

In einem *ersten Schritt* wurde ein Überblick über das Material geschaffen, indem das transkribierte Interview durchlesen wurde. Dabei wurden irrelevante Aussagen oder Ergänzungen wie z.B. „ Ähm da muss ich jetzt überlegen.“ herausgestrichen. Daraufhin wurde im *dritten Schritt* der Text nochmals durchgearbeitet. Der Fokus lag

hierbei auf dem sorgfältigen Durchlesen des Interviews, dem Unterstreichen von wichtigen Aussagen oder Wörtern, welche im Hinblick auf das Mitarbeitenden-Interview nützlich sein könnten. Im *sechsten Schritt* wurden die zentralen Aspekte in prägnanter Form zusammengefasst (siehe Anhang 4 Erkenntnisse des explorativen Experteninterviews). Bei dem danach folgenden *neunten Schritt* wurden Unklarheiten bezüglich der Thematik herausgearbeitet. Es wurde geschaut, wo es Lücken bei der Literaturrecherche gab und welche Texte möglicherweise ergänzend hinzugezogen werden sollten, um einen vertieften Einblick in die Thematik des Schmerzmanagements zu bekommen, welche Informationen zusätzlich recherchiert werden sollten und welche Dimensionen sich für das Mitarbeitenden-Interview daraus ergeben könnten. Bei der Auswertung wurde sequenziell vorgegangen, also Block für Block und Frage für Frage durchgearbeitet.

Zur besseren Nachvollziehbarkeit soll die folgende Tabelle einen Überblick über die Vorgehensweise geben. Dabei wurde lediglich der *sechste* und *neunte Schritt* notiert, da sich die übrigen Schritte der Globalauswertung nicht zur schriftlichen Darstellung eignen. Das Dokument mit der vollständigen Auswertung und Erkenntnisgenerierung des explorativen Experteninterviews ist dem Anhang 2 (Auswertung exploratives Experteninterview) zu entnehmen.

Schmerzmanagement auf einer Notfallbettenstation

Tabelle 2: Auszug Auswertung und Erkenntnisse des explorativen Experteninterviews (eigene Darstellung)

Themenblock	Wichtige Aussagen zusammengefasst	Ableitungen/ Dimensionen für die Mitarbeitenden- Interviews	Lücken/ Vertiefung
A) Schmerz	<p>4a</p> <ul style="list-style-type: none"> Mitarbeiter werden im Rahmen des Schmerzkonzepts auf die visuelle Analogskala hingewiesen Auf die CNPI wird nicht eingegangen Es gibt eine intuitive Schmerzerfassung bei den Pflegenden Bei eingeschränkten Patienten werden Pflegenden auf die visuelle Analogskala hingewiesen 	<ul style="list-style-type: none"> Schmerzerfassungsinstrument Intuition versus Erfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> Visuelle Analogskala
B) Delir	<p>3b</p> <ul style="list-style-type: none"> Das Delir kann von den Pflegenden erkannt werden durch: Dialogfähigkeit, Hinweise wie nesteln interpretieren können, Kennzeichen des Delirs kennen, mit Screeninginstrument umgehen können, über Wissen bezüglich des Delirs verfügen, kontinuierliche Beobachtung 	<ul style="list-style-type: none"> Erkennung von Delirien, erste Anzeichen Delirscreening Beobachtung 	<ul style="list-style-type: none"> Vergleiche Literatur Delirscreening-Instrument der Station einsehen
C) Interventionen	<p>2c</p> <ul style="list-style-type: none"> Wissensvermittlung steht im Zentrum (der geriatrische Patient, Zusammenhang zwischen Schmerz und Delir, Schmerzassessment bei eingeschränkten Patienten) Kontrolle und Coaching und Fortbildungen zum Thema Systematisierung bei der Einarbeitung Schmerzkonzept sollte anwendbar und brauchbar sein und mit den Ärzten sollte gut zusammengearbeitet werden 	<ul style="list-style-type: none"> Wissen Einarbeitung Schulungen und Fortbildungen Anwendbarkeit des Schmerzkonzept Zusammenarbeit mit Ärzten 	<ul style="list-style-type: none"> Einarbeitungskonzept der Station
D) Anregungen der Experten	<p>3d</p> <ul style="list-style-type: none"> Es sollte erfragt werden, wie die Schmerzerfassung bei eingeschränkten Patienten gemacht wird Welche Hinweise über den geriatrischen Patienten wären sinnvoll Wie brauchbar wird das Schmerzkonzept empfunden Sind die Zusammenhänge zwischen Schmerzen und Delir bekannt Wie wurde bei der Einarbeitung auf das Thema Schmerz und Schmerzbehandlung eingegangen Wie wird dokumentiert 	<ul style="list-style-type: none"> Vorgehen bei Schmerzerfassung Informationen über den geriatrischen Patienten Wissen über Schmerz und Delir Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Lücken, keine Vertiefungen

Im Rahmen der Auswertung und Analyse des explorativen Experteninterviews konnten Themenfelder evaluiert werden, welche in die Erstellung des Mitarbeitenden-Interviews einfließen.

Bei der Auswertung kristallisierten sich folgende Themenfelder heraus:

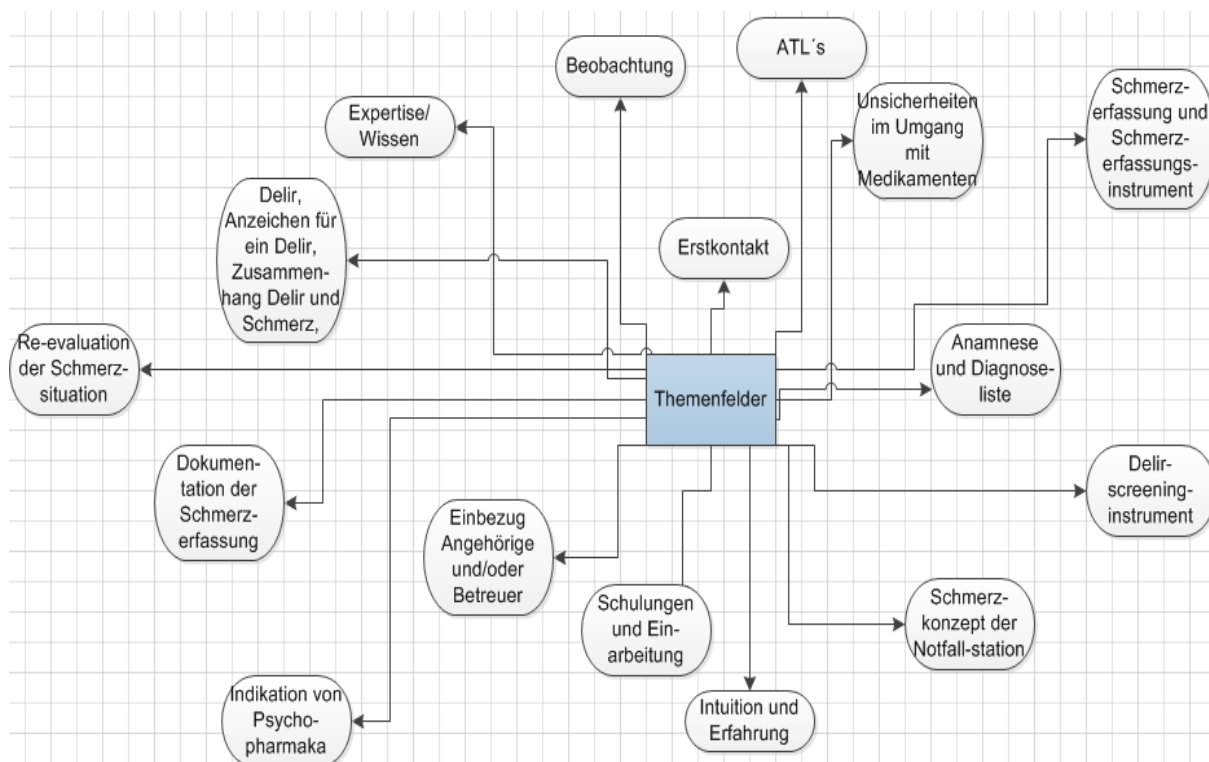


Abbildung 5: Zusammengefasste Themenfelder (eigene Darstellung)

3.3.4 Begründung der Methodenwahl

Die Entscheidung fiel auf die Durchführung eines halbstandardisierten Leitfadeninterviews, um den Wissensbestand der befragten Person zum Thema Schmerzmanagement bei Patienten über 65 Jahren mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen zu evaluieren. Der Leitfaden für das Experteninterview wurde aufgrund vorgängiger Literaturrecherchen, einem explorativen Interview und einer Dokumentenanalysen erstellt. Laut Helferich (2005) sollte der Leitfaden, gemäss dem Forschungsinteresse, so offen und flexibel wie möglich sein.

Bei der Analyse des Interviews mithilfe der Globalauswertung nach Legewie (1994), wurden nicht alle Schritte eingehalten. Dies lässt sich jedoch damit begründen, dass die Methode an den Untersuchungsgegenstand angepasst und somit nur diejenigen Schritte ihre Berücksichtigung fanden, welche als zielführend erachtet wurden. Wie

sich zeigte, erwies sich diese Methode als geeignet, da eine überblicksartige Auswertung vorgenommen werden konnte, um die wichtigsten Themen für die weiterführende Studie zu evaluieren. Besonders hilfreich war *Schritt neun*, da hier genauer betrachtet wurde, ob das Interview Fragen oder Unklarheiten aufwirft und wo nochmals genau recherchiert werden sollte. Dies ermöglichte eine systematische Vorgehensweise. Allerdings war das nicht bei jedem Themenblock möglich, da die Expertensicht auf die Thematik eingeschränkt ist bzw. die Expertise fehlte, um allfällige Lücken bei Äusserungen bezüglich des Vorgehens auf der Station nachvollziehen zu können.

Das Ziel, einen Überblick und Zugang zum Feld zu bekommen und wichtige Erkenntnisse in die weiterführende qualitative Studie zu exportieren, wurde erreicht.

3.4 Mixed-Method Mitarbeitenden-Interview

Auf den folgenden Seiten wird die vierte Phase der qualitativen Erhebung, das Experteninterview mit zehn Pflegefachpersonen, des Forschungsdesigns detailliert beschrieben.

3.4.1 Sampling

Das Sampling wurde vom Praxispartner vorgegeben. Dabei wurde versucht, die prozentualen Verhältnisse des Anstellungspensums, die Dauer der Anstellung, des Geschlechts und des Alters zu berücksichtigen. Insgesamt wurden zehn Mitarbeitende der Notfallbettenstation interviewt. Es handelte sich dabei um Mitarbeitende der Altersspanne ab Mitte 20 bis Ende 60 Jahren. Es wurden zwei Männer und acht Frauen interviewt. Die Länge des Anstellungsverhältnisses variierte in der untersuchten Gruppe von einigen Monaten bis hin zu mehr als 20 Jahren. Zwei der interviewten Personen verfügen über eine Zusatzausbildung in der Notfallpflege.

3.4.2 Erhebungsmethode

Für die Datenerhebung wurde ein Mixed-Method-Design¹³ gewählt. Dieses setzt sich aus Anteilen eines halbstrukturierten Leitfadeninterviews und einem vollstandardisierten Antwortformat zusammen (siehe Anhang 3, Mitarbeitenden-Interviewleitfaden). Dieses Vorgehen wurde gewählt, um zum einen vertiefte

¹³ Mixed-Method-Design bezeichnet im weitesten Sinne die Kombination von Elementen eines qualitativen und eines quantitativen Forschungsansatzes innerhalb einer Untersuchung oder mehrerer aufeinander bezogener Untersuchungen (May & Mruck, 2011).

Einblicke in die Erlebniswelt der Befragten zu erhalten und zum anderen, um eine Vergleichbarkeit bei einigen Antworten zu erreichen.

Gemäss Flick (2011) dient das halbstrukturierte Leitfadenterview zur Rekonstruktion des komplexen Wissenstands der befragten Personen zum Thema der Untersuchung. Um sich diesem thematischen Feld zu nähern, wurde das erarbeitete Vorwissen, basierend auf den Erkenntnissen der explorativen Interviews (1. Phase), der Dokumentenanalyse (2. Phase) und des explorativen Experteninterviews (3. Phase) in die Gestaltung des Leitfadens miteinbezogen. Dabei gibt es bei der Gestaltung und Anwendung des Leitfadens mehr oder weniger ausführliche flexibel handhabbare Vorgaben (Helfferich, 2011). Nach Helfferich (2011) empfiehlt sich bei der Erstellung eines Leitfadens gemäss dem SPSS-Prinzip nach den Schritten Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren vorzugehen, um die Offenheit zu wahren, aber trotzdem eine notwendige Struktur beizubehalten und so die Methode dem Forschungsgegenstand angemessen anzupassen. Unter dem ersten Schritt versteht Helfferich (2011), dass möglichst viele Fragen aufgrund vorheriger Literaturarbeit gesammelt werden und dann in einem zweiten Schritt die gesammelten Fragen unter den Aspekten Offenheit und Vorwissen geprüft werden sollen. Durch Sortieren sollen die Fragen anschliessend in eine logische Reihenfolge gebracht und im letzten Schritt subsumiert werden. Das bedeutet, dass die Fragen zu Fragenbündeln untergeordnet und mit einfachen Erzählaufforderungen kombiniert werden sollen.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens wurde eine deduktive Kategoriendefinition mit 11 thematischen Bereichen vorgenommen. Die Bereiche des Leitfadenterviews wurden in die Themenblöcke *Erkennen von Einschränkungen*, *Wissen*, *Erstkontakt*, *Schmerzerfassung*, *Dokumentation*, *Massnahmen*, *Delir*, *Schulung/ Einarbeitung/ Schmerzkonzept/ Delir*, *Stress* und *Qualität* gegliedert. Abschliessend wurde noch der Themenblock *Anregungen* generiert und soziodemographische Daten erhoben.

3.4.3 Auswertung

Die qualitative Auswertung erfolgte nach dem allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell gemäss Mayring (2010), wobei das Vorgehen der Fragestellung angepasst wurde. Um relevante Informationen zu extrahieren, wurde das Datenmaterial reduziert und geordnet. Mithilfe der strukturierten Inhaltsanalyse

können lange Aussagen auf fassbare Übergruppen reduziert und somit ein Verständnis der Daten erreicht werden.

Es wurden keine Kategorien im eigentlichen Sinne gebildet, sondern die deduktiv erarbeiteten Themenblöcke als Leitplanken für die weitere Auswertung beibehalten. Die Aussagen der interviewten Personen wurden paraphrasiert (siehe Tabelle 3) und ein Zusammenhang mit den erarbeiteten inhaltlichen Aspekten (Themenblöcken) hergestellt. Die Themenblöcke stellen jeweils einen inhaltlichen Aspekt dar (z.B. Erkennen von Einschränkungen).

Die induktive Vorgehensweise erlaubte eine erste Stützung der erarbeiteten Themenblöcke durch Zitate und ein Generieren neuer Kategorien auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse aus den Daten. Die abgeleiteten Kategorien dienten anschliessend dazu, die wichtigsten Inhalte der Paraphrasierungen gebündelt zusammenzufassen.

Demzufolge wurde beim Schritt 9, wie bei Mayring (2010) vorgesehen, keine Rücküberprüfung eines Kategoriensystems sondern der inhaltlichen Themenblöcke am Material vorgenommen. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte gemäss der qualitativen Inhaltsanalyse sequenziell. Jedes Interview wurde Zeile für Zeile durchgearbeitet. Nachfolgend wird das Vorgehen in Anlehnung an Mayring genauer (2010) dargestellt:

1. Festlegung des Materials

Die Daten wurden in insgesamt zehn Interviews erhoben. Das zu analysierende Datenmaterial umfasste inhaltliche Aussagen bezüglich des Schmerzmanagements bei eingeschränkten Patienten über 65 Jahren, Wissen zum Thema Schmerzmanagement und Delir, Erstkontakt, Dokumentation, Schmerzerfassung, Massnahmen, Schulung und Einarbeitung, Stress und Qualität des Schmerzmanagements. Dabei ging es weder um das Erfassen noch um die Darstellung von latenten Inhalten.

2. Analyse der Entstehungssituation

Die Entstehungssituation wurde so weit als möglich kontrolliert. Die Interviews fanden alle im Universitätsspital Basel im Büro der Stationsleitung statt. Die Durchführung der Interviews musste jedoch zeitlich individuell und flexibel an die Möglichkeiten der interviewten Personen angepasst werden.

3. Formale Charakterisierung des Materials

Die Interviews wurden bei der Durchführung mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Anschliessend wurden die inhaltlichen Aussagen der Interviewten schriftlich in elektronischer Form festgehalten. Dabei fand keine Transkription im eigentlichen Sinne statt. Da der Fokus auf die inhaltlichen Aspekte der Aussagen gelegt wurde, konnte auf Transkriptionsmodelle und Protokollierungsregeln verzichtet werden.

4. Festlegung der Analyserichtung

Durch die qualitative Inhaltsanalyse wurde versucht, den aktuellen Stand des Schmerzmanagements der Pflegefachpersonen auf der Notfallbettenstation des Universitätsspitals Basel bei kognitiv und/oder in der Kommunikation eingeschränkten Patienten über 65 Jahren zu erheben. Weiter wurde untersucht, ob sich die erarbeiteten Themenblöcke in den Interviews erneut als relevant herausstellen. Ausserdem wurde analysiert, ob weitere relevante inhaltliche Aspekte aus den Interviews hervorgehen.

5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Die Ausdifferenzierung der Fragestellung wurde bereits in den Kapiteln 1 und 2 vorgenommen und soll an dieser Stelle nicht weiter erläutert werden.

6. Bestimmung der Analysetechnik und Festlegung des konkreten Ablaufmodells

Da im Mittelpunkt der Analyse kein impliziter latenter Inhalt stand, wurde auf eine Reduktion des Datenmaterials gezielt. Diese Reduktion wurde durch Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte (Themeninhalte) erreicht.

7. Definition der Analyseeinheit

Die Analyseeinheit umfasste im Minimum (Kodiereinheit) einen Satz, im Maximum (Kontexteinheit) einen Absatz. Die Reihenfolge der Analyse (Auswertungseinheit) erfolgte sequenziell.

8. Zusammenfassende Inhaltsanalyse

In einem ersten Schritt wurde das Material für die Analyse aufbereitet. Dies erfolgte, indem den Aussagen der verschiedenen interviewten Personen Farbkodes zugewiesen wurden. Um die Anonymität zu bewahren, wurde zur Veranschaulichung

bewusst nur ein kleiner Auszug als Beispiel abgebildet (siehe Tabelle 3). Ebenso wurde aus Anonymitätsgründen darauf verzichtet, das Dokument der vollständigen zusammenfassenden Inhaltsanalyse mit den Zitaten der interviewten Personen im Anhang aufzunehmen.

In einem zweiten Schritt wurden die Interviews sequenziell durchgearbeitet und die Grösse der Analyseeinheit fortlaufend bestimmt. Daraufhin wurden die inhaltlichen Aussagen paraphrasiert. Ein exemplarischer Auszug kann der folgenden Tabelle entnommen werden. (vgl. Tabelle 3). Bei einem dritten Schritt wurden die paraphrasierten Aussagen einer zusammengefassten Kategorie zugeordnet.

Tabelle 3: Auszug Paraphrasierung (eigene Darstellung)

Frage Nr.	Themenblock	Zitate der Interviewten Mitarbeitenden	Paraphrasiert	Kategorien
1.	Erkennen von Einschränkungen	Ich stelle Fragen ob die Patienten wissen wo sie sind, was für ein Tag ist. Ich stelle Fragen.	Durch Fragen stellen kann herausgefunden werden, ob eine kognitive Einschränkung vorliegt.	Kontakt und Kommunikation
		An der Anamnese, dann nehme ich mit dem Patient verbal oder nonverbal Kontakt auf und stelle Fragen in Richtung GCS. Also vor allem stelle ich konkret ein paar Fragen und sehe dann ob er verlangsamt ist oder ob er mich gar nicht versteht ist.	Aufgrund der Anamnese und gezieltes Fragen stellen wird kann eine Einschränkung ermittelt werden.	Kontakt und Kommunikation
		Ja indem ich mit ihm rede. Ja dann merke ich Auffälligkeiten auch in der Interaktion mit dem Patienten.	Durch das Gespräch und die Interaktion mit dem Patienten werden Auffälligkeiten erkannt.	Kontakt und Kommunikation
		Meistens schon in der ersten Begegnung. Man merkt gleich ob der Patient schwerhörig ist oder ja nicht adäquat auf die Fragen antwortet die man ihm stellt. Das merkt man oft schon in dem Moment in dem man den Patient übernimmt.	Die erste Begegnung hilft bei der Erkennung von Einschränkungen. Schwerhörigkeit oder inadäquates Antworten geben weitere Hinweise.	Kontakt und Kommunikation
		An ihrem Benehmen, an ihren Aussagen, an ständigen Wiederholungen von Dingen, sich nicht an eben gesagtes erinnern können. Vielleicht auch noch an der Körperhaltung, nicht wissend wo sie sind, wie sie laufen sollen, sich nicht erinnern können was man ihnen vor 5 Minuten gesagt hat.	Das Verhalten, die Aussagen und die Körperhaltung können Aufschluss auf mögliche kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen geben.	Kontakt und Kommunikation

9. Rückprüfung der Themenblöcke und generierte Erkenntnisse

In einem vierten Schritt wurden die Aussagen in Verbindung mit den Kategorien einzeln betrachtet. Daraufhin wurden Erkenntnisse für die Ist-Analyse aus allen Interviews abgeleitet und in einer Tabelle zusammengeführt (siehe Tabelle 4). Das Dokument mit den vollständigen Erkenntnissen aus den Interviews mit den Mitarbeitenden ist dem Anhang 4 (Abgeleitete Erkenntnisse für die Ist-Analyse) zu entnehmen.

Tabelle 4: Auszug Erkenntnisse für die Ist-Analyse (eigene Darstellung)

Frage Nr.	Kategorien	Paraphrasierte Aussagen	Erkenntnisse für die IST-Analyse
1.	Kontakt und Kommunikation	Durch Fragen stellen kann herausgefunden werden, ob eine kognitive Einschränkung vorliegt.	➤ Durch den Kontakt und die Interaktion mit den Patienten und Fragen stellen können Einschränkungen erkannt werden
Aufgrund der Anamnese und gezieltes Fragen stellen wird kann eine Einschränkung ermittelt werden.		➤ Die Anamnese stellt eine wichtige Informationsquelle dar	
Durch das Gespräch und die Interaktion mit dem Patienten werden Auffälligkeiten erkannt.		➤ Das Verhalten und die Körperhaltung des Patienten geben Aufschluss über mögliche Einschränkungen	
Äusserungsprobleme aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten können ein Hinweis auf eine Einschränkung sein.		➤ Die Beobachtung des Patienten ist wesentlich	
Die erste Begegnung hilft bei der Erkennung von Einschränkungen. Schwerhörigkeit oder inadäquates Antworten geben weitere Hinweise.		➤ Die Reaktion des Patienten liefert Hinweise auf mögliche Beeinträchtigungen	
Das Verhalten, die Aussagen und die Körperhaltung können Aufschluss auf mögliche kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen geben.			
Das nicht Reagieren oder nicht reden/antworten bei der Kontaktaufnahme liefert Anhaltspunkte.			
Durch Beobachtung und ansprechen und einfache Fragen stellen können Unstimmigkeiten erkannt werden.			
Ansprechen, Fragen stellen und die Mimik und Gestik dienen der Erkennung.			
Das Aussehen der Patienten, die Antworten und die Situation geben Aufschluss und lassen Einschränkungen erkennen.			

Es wurde bezüglich der sieben Teilziele diejenigen Fragen aus dem Interview gewählt, welche für die Beantwortung geeignet waren. Für das erste Teilziel, *Wie Pflegefachpersonen die Schmerzsituation von über 65 jährigen Patienten einschätzen, welche kognitiv und/oder kommunikativ beeinträchtigt sind*, wurden demzufolge die Fragen Nummern 1, 2, 14 und 15 (siehe Anhang 4 Abgeleitete Erkenntnisse für die Ist-Analyse) ausgewählt. Bei der Beantwortung des zweiten Teilziels, *wie Schmerzen bei genannter Patientengruppe von den Pflegenden erkannt werden*, wurden die Fragen 9, 10, 12, 13, 19, 20, 21, 22, 25 und 26 hinzugezogen. Beim dritten Teilziel, *welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn Schmerzen erkannt wurden*, dienten die Fragen 3, 17 und 18 der Beantwortung. Beim vierten Teilziel, *welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn Schmerzen aufgrund der Diagnoselisten sehr wahrscheinlich sind, jedoch von den Patienten nicht geäußert werden oder mitgeteilt werden können*, wurden die Fragen 28, 30 und 31 verwendet. Beim fünften Teilziel stand im Fokus herauszufinden, *wie der Wissenstand der Pflegenden bezüglich der Thematik des Delirs ist und wie sich die Betreuung deliranter Patienten gestaltet*. Hierzu wurden die Fragen 36, 37, 38, 40, 41, 43, 44 und 45 verwendet. Das sechste Teilziel welches beinhaltet, *welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn sich Verhaltens-änderungen (im Rahmen eines Delirs) bei diesen*

Patienten einstellen, wurden die Fragen 4, 32 und 33 genutzt. Beim letzten und siebten Teilziel ging es darum zu erheben, *wie die Pflegenden bezüglich des Schmerzkonzepts geschult wurden und wie die Qualität des Schmerzmanagements bei der vulnerablen Patientengruppe eingeschätzt wird*. Dazu wurden die Fragen 5, 46, 47, 48 und 53 ausgewertet.

Die restlichen Fragen, die im Interview erhoben wurden, in der Auswertung per se aber keine Berücksichtigung fanden, dienten der interviewenden Person dazu, einen Gesamtüberblick und Hintergrundinformationen über die Situation zu gewinnen und den Gesprächsfluss zu erhalten.

4. Ergebnisse

Da die Mitarbeiter-Interviews die Datenhaupterhebung darstellen und einen grossen Datenumfang aufweisen, werden nun die wichtigsten Erkenntnisse entlang der Teilziele der Ist-Analyse aufgezeigt und mit den entsprechenden Kategorien veranschaulicht. Die erarbeiteten Kategorien können der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 5: Übersicht der entwickelten Kategorien (eigene Darstellung)

1.	Kontakt und Kommunikation	26.	Einschätzung der Expertise bei Schmerzerkennung
2.	ATL's bei der Schmerzerkennung und Erfassung	28.	Dokumentation der Schmerzen bei der eingeschränkten Patientengruppe
3.	Komplikationen bei fehlendem Schmerzmanagement	30.	Sicherheit im Umgang mit vulnerablen Patientengruppe
4.	Gründe für Verhaltensänderung	31.	Abgeleitete pflegerische Handlungen
5.	Bekanntheit des Schmerzkonzepts	32.	Indikation für die Gabe von Psychopharmaka
9.	Schmerzerfassungsinstrument	33.	Pflegerische Alternativen
10.	Schmerzerfassungs-instrument bei beeinträchtigten Patienten	36.	Wissenstand Delir
12.	Informationen für ein adäquates Schmerzmanagement	37.	Deliranzeichen
13.	Informationen für adäquates Schmerzmanagement bei eingeschränkten Patienten	38.	Zusammenhang zwischen Delir und Schmerzen
14.	Schmerzsituation einschätzen	40.	Delirerfassung
15.	Schmerzsituation einschätzen, Vorgehen	41.	Inhalte der Delirerfassung
17.	Skalenwerte bei älteren Patienten	43.	Betreuung deliranter Patienten
18.	Ableitungen für die Pflege	44.	Sicherheitsgefühl im Umgang mit deliranten Patienten
19.	Informationserhebung bei eingeschränkter Patientengruppe	45.	Empfinden der Situation der Betreuung
20.	Hinweise aus der Akte auf Schmerzproblematik	46.	Schmerzkonzept Schulung
21.	Weitere Möglichkeiten der Schmerzerkennung, Schmerzerfassung und Informationssammlung	47.	Schmerzkonzept Schulung Reflexion
22.	Beobachtungen	48.	Informationen über den geriatrischen Patienten im Schmerzkonzept
25.	Intuition versus Expertise	53.	Qualitätseinschätzung des Schmerzmanagement bei vulnerabler Patientengruppe

Entsprechend der Teilziele konnten durch die Interviews Erkenntnisse generiert werden, welche Rückschlüsse auf das Schmerzmanagement der Pflegefachpersonen auf der Notfallbettenstation bei kognitiv und/oder in der Kommunikation eingeschränkten Patienten über 65 Jahren liefern.

4.1 Ergebnisse

Teilziel 1

Kontakt und Kommunikation

Hier zeigte sich, dass die interviewten Personen kognitive Einschränkungen mithilfe der Beobachtung und durch den direkten Kontakt mit den Patienten erkennen können. Eine Person gab an, die Anamnese zu Hilfe zu nehmen. Als Beobauungskriterien wurde von den Befragten das Verhalten, die Körperhaltung, Aussagen und Antworten der Patienten sowie die Mimik und Gestik genannt.

ATL´s bei der Schmerzerkennung und Erfassung

Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind bei neun von zehn befragten Personen bekannt und spielen bei vier Personen bei der Schmerzerkennung eine untergeordnete Rolle. Sechs Personen nutzen die ATL´s jedoch als Anhaltspunkt, um herauszufinden, ob eine Schmerzproblematik besteht.

Schmerzsituation einschätzen

Die Schmerzsituation wird von den Pflegenden mit Hilfe folgender Parameter eingeschätzt: die eigene Beobachtung, der direkte Kontakt, mithilfe der Kommunikation, Beobachtung der Körpersprache wie Mimik und Gestik, Vitalzeichen, Reaktion des Patienten und mithilfe der Diagnosen. Sieben Personen verlassen sich hierbei vermehrt auf ihre Beobachtung und drei Personen nutzen zusätzlich die Diagnoseliste der Patienten.

Schmerzsituation einschätzen, Vorgehen

Hier kann festgehalten werden, dass keine Massnahmen abgeleitet werden wenn der Patienten einen schmerzfreien Eindruck macht. Werden Schmerzen von den Befragten vermutet, so wird von sieben Personen zuerst die Situation beobachtet, zwei Personen orientieren sich an den Diagnosen, und eine Person nutzt die Schmerzskala für die Schmerzeinschätzung.

Teilziel 2

Schmerzerfassungsinstrument

Bei nicht eingeschränkten Personen nutzen fünf der Pflegenden die numerische Ratingskala und vier Personen erheben die Schmerzen mithilfe der visuellen Analogskala. Eine Person äusserte, zusätzlich zur Ratingskala die Vitalzeichen als Erhebungsinstrument zu nutzen. Eine weitere Person nutzt ein anderes System, welches von der vorherigen Arbeitsstelle bekannt ist.

Schmerzerfassungsinstrument bei beeinträchtigten Patienten

Bei der Frage, mit welchem Instrument die Pflegenden bei kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkten Patienten die Schmerzen erheben, gaben fünf Personen an, dasselbe Instrument zu nutzen wie bei nicht eingeschränkten Patienten. Zwei Personen nutzen hier die Beobachtung, eine Person die verbale und nonverbale Kommunikation, eine weitere die Vitalzeichen. Eine Person gab an, wieder ihr eigenes System zu nutzen, welches von der vorherigen Arbeitsstelle bekannt ist.

Informationen für ein adäquates Schmerzmanagement

Um ein gutes Schmerzmanagement vornehmen zu können, gaben sechs Personen an, dass eine vollständige Diagnoseliste wichtig sei. Für eine Person ist es wichtig, dass die Patienten kommunizieren können, um ein gutes Management betreiben zu können. Weiter wurde gesagt, dass der Rapport und die vollständige Dokumentation der bereits durchgeführten Interventionen wie die Schmerzmittelgabe wichtig seien. Auch auf die Skalenwerte (Schmerzintensität) werde von vier Personen besonders geachtet.

Informationen für ein adäquates Schmerzmanagement bei eingeschränkten Patienten

Vier Personen gaben an, dass sie bei der eingeschränkten Personengruppe keine zusätzlichen Informationen benötigen bzw. sich die Informationen nicht von denen der nicht eingeschränkten Gruppe unterscheiden. Zwei Personen gaben an, dass hier der Rapport wichtig sei, welcher die Beobachtungen der Rapportierenden

beinhalte. Bei drei Personen spielt die Diagnoseliste eine zentrale Rolle, da hier z.B. auf die Nebenerkrankungen und die Schmerzmedikamente geachtet wird.

Informationserhebung bei der eingeschränkten Patientengruppe

Bezüglich der Schmerzerfassung bei den Patienten erheben sechs Personen die Schmerzlokalisierung. Vier Personen beobachten die Körperhaltung und Körpersprache. Weiter nutzen zwei Personen mitunter die Vitalzeichen um Informationen zu erheben.

Hinweise aus der Akte auf Schmerzproblematik

Aus den Interviews ging hervor, dass Hinweise auf eine Schmerzproblematik bei acht Personen mithilfe der Diagnoseliste (mit gelisteten Nebendiagnosen) erhoben werden. Zwei Personen nutzen Hinweise der Spitex und von Betreuern der Patienten. Vier Personen nutzen zudem noch den Pflegebericht (von externen Heimen), um weitere Hinweise zu erhalten.

Weitere Möglichkeiten der Schmerzerkennung, Schmerzerfassung und Informationssammlung

Besonders hilfreich werden hier von acht Personen die Aussagen von Angehörigen erachtet. Sechs Personen nutzen hier zudem wieder die Diagnoseliste und eine Person gibt wieder die Beobachtung des Verhaltens der Patienten an.

Beobachtungen

Bei allen interviewten Personen wird die Beobachtung als Kriterium für die Erkennung von einer Schmerzproblematik genannt. Bei allen wird die Beobachtung der Körperhaltung genannt. Acht Personen nennen zudem die Beobachtung der Mimik und Gestik. Drei Personen nutzen weiter verbale Äusserungen wie Laute von sich geben oder schreien und drei Personen nutzen zudem die Beobachtung der ATL's, um eine Schmerzproblematik zu erkennen.

Intuition versus Expertise

Hierbei gaben sechs Personen an, sowohl ein intuitives als auch wissensgeleitetes Vorgehen bei der Schmerzerfassung zu haben. Zwei Personen betrachten ihr

Vorgehen eher wissensgeleitet und zwei andere Personen äusserten, dass die Erfahrung hier eine wichtige Rolle spiele.

Einschätzung der Expertise bei der Schmerzerkennung

Hier stufte eine Person in der Schmerzeinschätzung bei der vulnerablen Patientengruppe ihre Expertise *mittel* ein, zwei Personen *mittel* bis *eher hoch* und sieben Personen *eher hoch*. Es wurde von fünf Personen gesagt, dass sich ihre Expertise durch mehr Literatur, ein Instrument für die Schmerzerkennung und durch Fortbildungen steigern liesse.

Teilziel 3

Komplikationen bei fehlendem Schmerzmanagement

Als mögliche Komplikationen, welche sich bei älteren Patienten mit Einschränkungen einstellen können, wurde von acht Personen das Delir genannt. Eine Person nannte die Verzögerung des Heilungsprozesses und eine weitere nannte Schmerzen und eine negative Veränderung der Vitalzeichen. Allgemein wurde noch Unruhe, Aggressivität, Immobilisation, Leiden und Rückzug des Patienten genannt.

Skalenwerte bei älteren Patienten

Hier wurden die Pflegenden gefragt, ob ältere Patienten erfahrungsgemäss eher tiefere oder höhere Skalenwerte bei der Schmerzerfassung angeben würden. Acht Personen gaben an, dass sie der Meinung sind, dass tendenziell eher tiefere Werte angegeben werden. Zwei Personen glauben, dass ältere Patienten eher höhere Werte äussern.

Ableitungen für die Pflege

Abgeleitet für die Pflege bedeutet das für sechs Personen, dass auch bei tieferen Werten schneller ein Schmerzmittel gegeben, die Dosierung angepasst und die Beobachtung erhöht wird. Eine Person äusserte, dass aufgrund der Erfahrung mit den tieferen Skalenwerten, sich die Zeit genommen wird, den Patienten die Wichtigkeit der Schmerzfreiheit zu erklären. Eine weitere Person gab an, dass sich an die Verordnungen gehalten und eine weitere Meinung eingeholt wird.

Teilziel 4

Dokumentation der Schmerzen bei der eingeschränkten Patientengruppe

Hier lässt sich festhalten, dass neun Personen ihre Beobachtungen und Vermutungen im Pflegebericht dokumentieren. Unter die Beobachtungen fallen die Mimik, klinische Aspekte und Schmerzzeichen. Da der Schmerzscore oft nicht zu erheben ist, wird dieser durch Adjektive ersetzt. Eine Person dokumentiert zudem, wie der Schmerz von der pflegenden Person bemerkt wurde.

Sicherheit im Umgang mit der vulnerablen Patientengruppe

In dem Interview wurde gefragt, wie die Sicherheit im Umgang mit dieser Patientengruppe eingeschätzt wird und was helfen würde, das Sicherheitsgefühl zu steigern. Dabei kam heraus, dass eine Person *mittel* angab, eine weitere Person *mittel bis eher sicher*, sechs Personen *eher sicher* und zwei Personen *sehr sicher*. Um sich sicherer zu fühlen wurde von zwei Personen geäußert, dass mehr Erfahrung, Übung und Kontakt mit dieser Patientengruppe notwendig wären, mehr Literatur und ein Austausch mit den Kollegen hilfreich wäre. Eine weitere Person würde sich unterstützt fühlen, wenn es einen Fachinput zu diesem Thema geben würde bei welchem die Schmerzdefinition und das Schmerzerfassungsinstrument aufgefrischt würden und neueste Studien und Erkenntnisse besprochen werden. Einer Person wäre mit einer Fortbildung geholfen.

Abgeleitete pflegerische Handlungen

Sechs Personen äusserten, dass sie Schmerzmittel geben, wenn Schmerzen wahrscheinlich sind. Hierbei wird schneller zu stärkeren Medikamenten gegriffen und die Beobachtung der Patienten erhöht. Drei Personen geben an, die Verordnungen zu prüfen und zwei Befragte achten hierbei auf die Fix-Medikation. Eine interviewte Person gab an, durch pflegerische Massnahmen wie die Patienten umlagern oder mobilisieren, die Schmerzen zu lindern.

Teilziel 5

Wissenstand Delir

Das Delir wurde von den Pflegenden unterschiedlich definiert. Drei Personen nennen dabei die Unruhe und die Aggressivität. Eine Person definiert das Delir als inadäquate Reaktion des Patienten auf eine Situation und eine andere Person äusserte diesbezüglich den Kontrollverlust. Eine Person trifft die Unterscheidung zwischen einem Hypo- und einem Hyperdelir. Andere Personen gaben an, dass es sich hierbei um eine Veränderung der Bewusstseinslage und Verwirrtheit handelt.

Deliranzeichen

Sieben Personen nannten die Unruhe als eines der ersten Anzeichen für ein Delir. Zwei Personen nannten das inadäquate Antworten auf einfache Fragen und zwei weitere eine plötzliche Verhaltensänderung des Patienten. Zudem wurde von zwei Pflegenden ein gerötetes Gesicht oder Kopf genannt.

Zusammenhang zwischen Delir und Schmerzen

Alle zehn befragten Personen sehen einen Zusammenhang zwischen Schmerzen und dem Delir. Eine Person äusserte, dass das Delir eine Reaktion sei, da sich der Patient nicht mehr zu helfen wisse. Weiter wurde von fünf Personen gesagt, dass eine unzureichende Schmerztherapie dazu führe, dass Unruhe und Aggressivität auftrete und somit zum Delir führe. Zwei Personen verwiesen auf die fehlende Kommunikationsfähigkeit. Zwei Interviewte sagten aus, dass sie zwar einen Zusammenhang sehen, diesen jedoch nicht erklären können.

Delirerfassung

Das Delirerfassungsinstrument der Notfallstation ist bei allen bekannt und wird von sieben Personen ausgefüllt, wenn es von der Triage vorher nicht gemacht wurde. Eine Person gab an, dass sie sich bisher nicht näher mit dem Instrument beschäftigt habe, eine weitere, dass sie die Aussagekraft als kritisch einstufte und eine andere Person äusserte, das Delirblatt zu nutzen wenn sich eine Verhaltensänderung bei den Patienten einstellt.

Inhalte der Delirerfassung

Drei von zehn Personen können den genauen Inhalt des Instruments wiedergeben, sechs Personen bezogen sich bezüglich des Inhalts auf den ersten Teil, den Aufmerksamkeitstest. Eine Person kann ohne die Vorlage des Delirblattes keine inhaltlichen Aussagen machen.

Betreuung deliranter Patienten

Hierbei legen fünf Personen den Fokus auf die Schaffung von Ruhe, zwei Personen auf die Schmerzbehandlung, drei Personen auf die Ursachensuche, eine Person auf die Behandlung mit Psychopharmaka und zwei Personen auf die Befriedigung der Grundbedürfnisse in Form der ATL's. Weiter legen zwei Personen den Schwerpunkt auf die Sicherheit des Patienten, dass er weder sich selbst noch andere gefährdet oder verletzt. Eine Person legt den Fokus auf die Weiterführung des Behandlungsplanes.

Sicherheitsgefühl im Umgang mit deliranten Patienten

Eine Person gab an, sich im Umgang *unsicher* zu fühlen, drei Personen *mittel sicher*. Fünf Personen fühlen sich *eher sicher* und zwei Personen *sehr sicher*. Um sich sicherer zu fühlen würde einer Person mehr Erfahrung helfen. Eine Person nannte mehr Literatur zum Thema sowie ein Instrument mit welchem Patienten systematisch beobachtet werden könnten. Eine weitere Person würde sich jemanden wünschen, der die Pflegenden in so einer Situation unterstützt und eine andere befragte pflegende Person würde sich durch eine Fortbildung unterstützt fühlen.

Empfinden der Situation der Betreuung

Die Situationen, in denen delirante Personen betreut werden, werden von fünf Personen als anstrengend, von vier Personen als herausfordernd und von zwei als interessant empfunden. Je eine Person äusserte, dass es belastend sei, bzw. als kritisch empfunden werde. Und eine Person gab an, von den Situationen in Form von Lernmöglichkeiten zu profitieren.

Teilziel 6

Gründe für Verhaltensänderungen

Sechs Personen nannten als möglichen Grund für eine Verhaltensänderung das Delir und der unbehandelte Schmerz. Vier Personen nannten Störungen oder mangelnde Stillung der ATL's als Gründe. Eine Person gab an, dass eine Demenz ein Grund sein könnte.

Indikation für die Gabe von Psychopharmaka

Drei Personen nannten das Delir als mögliche Indikation. Vier Befragte gaben an, dass eine Verhaltensänderung im Rahmen von unruhig werden, die Gabe von Psychopharmaka fordere. Eine Person gab an, dass bei dieser Frage Unsicherheit herrsche und sich daher zuerst mit Ärzten und Kollegen ausgetauscht würde. Eine Person sieht dann die Indikation gegeben, wenn alle anderen pflegerischen Handlungen ohne Erfolg waren und eine andere Person äusserte, dass schneller zu diesen Medikamenten gegriffen werde, wenn eine psychische Erkrankung zugrunde liege.

Pflegerische Alternativen

Eine Person äusserte, dass im Falle eines Delirs nichts mehr gemacht werden kann, ausser für eine ruhige Umgebung zu sorgen und den Patienten bezüglich der Ausscheidung und Schmerzen zu beobachten. Vier Personen gaben an, die ATL's durchzugehen und abzuklären. Zwei Pflegende sagten, dass es pflegerisch wichtig sei, dem Patienten das Gefühl von Sicherheit zu geben und, dass jemand für ihn da sei. Eine weitere Person äusserte, dass Alternativen mit dem Arzt besprochen werden.

Teilziel 7

Bekanntheit des Schmerzkonzepts

Bei der Frage nach der Bekanntheit des Schmerzkonzepts, konnten alle Personen ihre Zustimmung geben. Unter dem Schmerzkonzept wird von sechs Personen das Stufenschema der Akutbehandlung verstanden. Drei Personen verweisen auf eine Kurzanamnese, die Schmerzerfragung sowie auf die Kommunikationsfähigkeit der

Patienten. Teilweise ist nicht bekannt, wo das Konzept nachgelesen werden kann. Von den Personen wird auf den Aushang des Stufenschemas auf der Station verwiesen.

Schmerzkonzept Schulung

Acht Personen gaben an, keine Schulung bezüglich des Schmerzkonzepts erhalten zu haben. Drei Personen äusserten, dass ihnen gezeigt wurde wo die Übersicht des Stufenschemas zu finden sei. Die Inhalte wurden von vier Personen selbstständig durchgelesen und eine Person hat sich mit Kollegen und der Stationsleitung besprochen. Eine Person äusserte, eine Schulung und eine Fortbildung erhalten zu haben.

Schmerzkonzept Schulung und Reflexion

Vier Personen gaben an, dass sie das Gefühl haben nicht ausreichend geschult worden zu sein. Vier Personen erachten die Versendung des Schmerzkonzepts per Mail aufgrund ihrer bisherigen Berufserfahrung als ausreichend. Eine Person findet das Konzept gut. Zwei Personen würden sich eine ausführliche Schulung bezüglich des Konzepts wünschen. Eine weitere Person empfindet den IMC Kurs als gute Alternative, um das Wissen aufzufrischen.

Informationen über den geriatrischen Patienten im Schmerzkonzept

Neun der zehn befragten Personen würden sich mehr Informationen über den geriatrischen Patienten wünschen. Eine Person würde sich eine Austauschmöglichkeit mit Fachspezialisten oder Weiterbildungen wünschen. Vier Personen würden sich mehr Informationen bezüglich der Schmerzmittel Dosierungen wünschen, sowie mehr zum Thema Nebendiagnosen erfahren. Auch Wechselwirkungen der Medikamente ist ein Feld, das interessiert. Eine andere Person würde sich eine Art Leitlinien wünschen und eine weitere Person mehr Informationen über allgemeine Besonderheiten bei älteren Patienten. Eine Person gab an, sich über einen Ordner mit Literatur zum Thema Delir und Demenz zu freuen. Auch wurde gesagt, dass sich ein vermehrter Austausch mit Kollegen (im Rahmen von Fallbesprechungen) gewünscht wird. Eine Person kann sich dazu nicht äussern, da das Konzept schon lange nicht mehr durchgelesen wurde.

Qualitätseinschätzung des Schmerzmanagements bei der vulnerablen Patientengruppe

Bei der Qualitätseinschätzung gab eine Person an, dass das Schmerzmanagement bei der beschriebenen Patientengruppe *eher gut* sei, eine Person gab *mittelmässig* an, sechs Personen *eher schlecht* und zwei Personen *sehr schlecht*. Die Befragten äusserten die Kritik dahingehend, dass die Pflegenden oft nicht rechtzeitig intervenieren würden (Schmerzmittel geben) und dass es wichtig sei, dass die Verordnungen der Ärzte vollständig und korrekt seien. Hier wurde zudem gesagt, dass es besser wäre, wenn es von den Oberärzten übernommen werden würde. Auch wurde genannt, dass es vorkäme dass Patienten vergessen würden, wenn viel zu tun sei. Zudem käme es bei den Rapporten zum Informationsverlust und dass zudem die Angst bestünde, dass zu viel Schmerzmittel verabreicht würden. Auch wurde geäussert, dass es eine Frage der Haltung der Pflegenden sei, wenn zu minimalistisch und mit Desinteresse gearbeitet würde. Auch das Wissensdefizit der Pflegenden wurde genannt. Weiter wurde gesagt, dass zu wenig Informationen über diese Patientengruppe zur Verfügung gestellt würden. Auf die Frage hin, was verbessert werden könnte, wurde gesagt, dass man mehr Zeit für ein gutes Management benötige, dass ein Instrument hilfreich wäre, was bei der systematischen Beobachtung genutzt werden könnte. Zudem wurden Schulungen und Fortbildungen (auch für Ärzte), die Verbesserung der Verordnungen und das Einsetzen eines Experten für das Delir und die Demenz auf der Station genannt.

5. Diskussion

5.1 Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Mitarbeitenden-Interviews interpretiert.

Durch die Auswertung der Interviews konnte festgestellt werden, dass die befragten Personen den direkten Kontakt und die Kommunikation nutzen um die Schmerzsituation der Patienten einzuschätzen. Hierbei spielt die Beobachtung der Patienten eine wesentliche Rolle. Es fällt jedoch auf, dass keine einheitliche systematische Beobachtung von den Pflegenden vorgenommen wird. Es besteht eine breite Divergenz bezüglich der Beobachtungskriterien. Einige gehen nach den ATL's vor. Andere nutzen die Diagnoseliste und wieder andere nutzen die Schmerzskala zur Einschätzung.

Weiter lässt sich festhalten, dass einige Personen angaben, für die Schmerz-erkennung die visuelle Analogskala (VAS) zu verwenden und andere die numerische Ratingskala (NRS). Bei der Frage nach den Inhalten der Skalen kam heraus, dass Unklarheit bezüglich der einzelnen Instrumente besteht. So wurden die Inhalte dieser zwei Hilfsmittel von einigen Personen falsch wiedergegeben bzw. vertauscht. Es kann also vermutet werden, dass hier zu wenig Wissen über die einzelnen Instrumente vorhanden ist. Die Skalen werden zwar genutzt, jedoch besteht fehlerhaftes Wissen über die Inhalte. Auch nutzt nicht jede befragte Person die Instrumente, die auf der Station zur Verfügung stehen. Bei der Frage nach Informationsquellen bezüglich einer Schmerzproblematik bei der eingeschränkten Patientengruppe wurde oft auf die Diagnoseliste verwiesen. Einige Personen nutzen zusätzlich die Aussagen von Angehörigen oder Betreuern. Jedoch besteht hier das Problem, dass die Angehörigen der Patienten bei der Verlegung auf die Notfallbettenstation oft nicht mehr anwesend sind oder während einer Spät- oder Nachschicht nicht erreicht werden können. Somit kommt es vor, dass wichtige Informationen seitens der Angehörigen gar nicht erhoben werden können. Es lässt sich festhalten, dass die Diagnoseliste eine sehr wichtige Quelle zur Informationsgewinnung darstellt, wenn Patienten selbst nicht mehr in der Lage sind, Auskunft zu geben und Angehörige nicht befragt werden können.

Ein weiteres Ergebnis, welches wichtig erscheint, war die Frage nach der Einschätzung der Expertise der Pflegenden bei der Schmerzerkennung.

Die Mehrheit der Personen schätzte ihre Expertise bei der Schmerzerkennung bei der eingeschränkten Patientengruppe zwar eher hoch ein, die Hälfte der Befragten äusserten jedoch gleichzeitig, dass sich ihre Expertise durch mehr zur Verfügung gestellte Literatur, Fortbildungen und ein Hilfsmittel zur Schmerzerkennung steigern liesse. Es ist also zu vermuten, dass ein Gefälle besteht zwischen den befragten Personen, welche sich auf der Stufe des *Experten* befinden und denen, die sich zwischen den Stufen *der Kompetente* und *der Gewandte* aufhalten (siehe Expertise-Entwicklungsmodell). Die Unterschiede lassen sich vermutlich zum einen durch die Dauer der Anstellung auf der Notfallbettenstation, durch vorherige Berufserfahrungen und zum anderen durch absolvierte Weiterbildungen in diesem Bereich erklären. Einige Personen gaben an, schon oft delirante Patienten betreut zu haben, andere wiederum eher selten. Möglicherweise lässt sich dieser Sachverhalt mit den situationsbedingten Rahmenbedingungen erklären. Delirante Patienten werden meist in die Zimmer 2010 oder 2011 gelegt, da sich diese nah beim Büro der Pflegenden befinden. Bei der Einteilung der Zimmer, welche zu betreuen sind, werden meistens die Zimmer 2005–2008 einer Person zugewiesen und 2009–2011 der anderen Person. Bedingt durch Vorlieben der Pflegenden, eher die eine oder die andere Seite der Zimmer zu übernehmen, kommt es oft dazu, dass dieselben Personen die Zimmer 2009–2011 und somit delirante oder auffällige Patienten betreuen und somit mehr Übung, Kontakt und Erfahrung mit dieser Patientengruppe gewinnen können.

Ein weiter interpretationswürdiger Punkt stellt die Dokumentation der Schmerzen dar. Hier wurde gesagt, dass im Falle von Kommunikationsschwierigkeiten, die eigenen Beobachtungen aufgeschrieben würden. Doch wie zuvor festgestellt werden konnte, besteht kein einheitliches Beobachtungssystem. Somit stellt die Beobachtung ein subjektives Verfahren dar, welches jeglicher Objektivität entbunden ist. Ohne eine systematische Vorgehensweise können die Human Factors der Pflegenden greifen. Das könnte dann also dazu führen, dass jede Person zu unterschiedlichen Ergebnissen bezüglich der Patientensituationseinschätzung (aufgrund der Beobachtung) gelangt und dass die Einschätzung beispielsweise von der Stimmung oder der Arbeitsauslastung an diesem Tag abhängig ist. Diese Effekte lassen sich

zwar nicht immer vermeiden, doch können Mechanismen eingeführt werden, welche solche Zustände minimieren.

Bezüglich der Thematik der Sicherheit (sei es im Umgang mit Schmerzmedikamenten oder mit der eingeschränkten Patientengruppe) stellte sich heraus, dass Unsicherheiten bestehen. Zwar gab die Mehrzahl der Person an, sich *eher sicher* zu fühlen, gleichzeitig wird jedoch mehr Unterstützung durch Übung, Literatur, Austauschmöglichkeiten mit Kollegen, Fachinputs und ein Hilfsmittel zur systematischen Schmerzerfassung gewünscht. Bezogen auf das Situationsbewusstsein lässt sich festhalten, dass fehlende oder unzureichende SA nicht unbedingt in Fehlern oder Unfällen resultieren müssen, sondern die geäußerte Unsicherheit ein mögliches Risiko für eine gute SA darstellen und diese somit beeinträchtigen kann.

Bei der Frage nach dem Sicherheitsgefühl im Umgang mit deliranten Patienten, wurde von *unsicher* bis *sehr sicher* alles genannt. Um das Sicherheitsgefühl zu steigern wünschen sich unsichere Pflegenden Fortbildungen zu diesem Thema.

Situationen, in denen delirante Patienten betreut werden müssen, gehen bei den meisten Pflegenden auch mit negativen Gefühlsempfindungen einher und können somit zu unsicheren Handlungen führen. Nur wenige Personen können diesen Situationen positive Seiten abgewinnen. Aufgrund der bearbeiteten Theorie lässt sich ableiten, je mehr Wissen über eine Situation besteht, desto höher ist das Sicherheitsgefühl ausgeprägt. Wissen führt zu Sicherheit und dem Gefühl der Beherrschbarkeit von Situationen und zu einem erhöhten Wohlbefinden.

Ebenfalls interessant erscheint das Ergebnis der Fragen nach pflegerischen Massnahmen, welche alternativ zu Psychopharmaka und Schmerzmitteln eingesetzt werden könnten. Es zeigte sich, dass sich der Grossteil der Befragten trotzdem auf die Gabe von Medikamenten berief und pflegerische Handlungen wie Mobilisation und Umlagern nur von wenigen genannt wurde. Es kann also vermutet werden, dass sich einige Pflegenden der Notfallbettenstation ihrer pflegerischen Kompetenzen und Handlungsmöglichkeiten gar nicht vollständig bewusst sind. Bezüglich des Wissensstandes zum Delir lässt sich festhalten, dass das Delir zwar jedem ein Begriff ist, die Definitionen jedoch sehr unterschiedlich ausfielen und lediglich eine Person das hypoaktive Delir erwähnte. Auch bezüglich des Zusammenhangs

zwischen einem Delir und Schmerzen lässt sich ein Wissensdefizit der Pflegenden feststellen. Zwar kann jede befragte Person einen Zusammenhang erkennen, diesen jedoch nicht fundiert erklären.

Bezüglich des Delirerfassungsinstruments lässt sich festhalten, dass zwar jede Person etwas mit dem Begriff anfangen kann, der genaue Inhalt des Instruments jedoch nur von den wenigsten wiedergegeben werden konnte. Auch hier ist ein Wissensdefizit zu vermuten.

Bei der Befragung bezüglich des Schmerzkonzepts der Station fiel auf, dass zwar alle angaben, das Schmerzkonzept zu kennen, bei der Frage nach den Inhalten, jedoch meist nur auf ein ausgehängtes Übersichtsschema verwiesen wurde. Vertiefte Inhalte wurden nur von wenigen genannt. Es kam heraus, dass die Pflegenden bezüglich des Konzepts grösstenteils gar nicht geschult wurden, dabei werden eindeutig mehr Schulungen und Einweisungen gewünscht. Bei den Recherchen zum Schmerzkonzept fiel auf, dass das Konzept nur durch eine gründliche und lange Suche im Intranet gefunden werden konnte. Somit ist es nicht schnell und einfach für jedermann zugänglich.

Zuletzt soll auf das Ergebnis der Qualitätseinschätzung des Schmerzmanagements bei der vulnerablen Patientengruppe eingegangen werden. Es konnte festgestellt werden, dass die Qualität von der Mehrheit als *eher schlecht* bis *sehr schlecht* eingeschätzt wird. Dieses Ergebnis zeigt auf, dass sich die Pflegenden der Problematik bewusst sind und wissen, dass etwas verbessert werden muss.

5.1.1 Ableitung möglicher Massnahmen

Durch die Mitarbeitenden-Interviews ist deutlich geworden, dass Handlungsbedarf bei der Dokumentation, Beobachtung und der Wissensvermittlung besteht. Im Folgenden sollen die Hauptbereiche mit praxisrelevanten Massnahmen angereichert werden, dabei sind die Interventionsbereiche nicht eigenständig, sondern vielmehr als sich gegenseitig bedingende Faktoren zu betrachten.

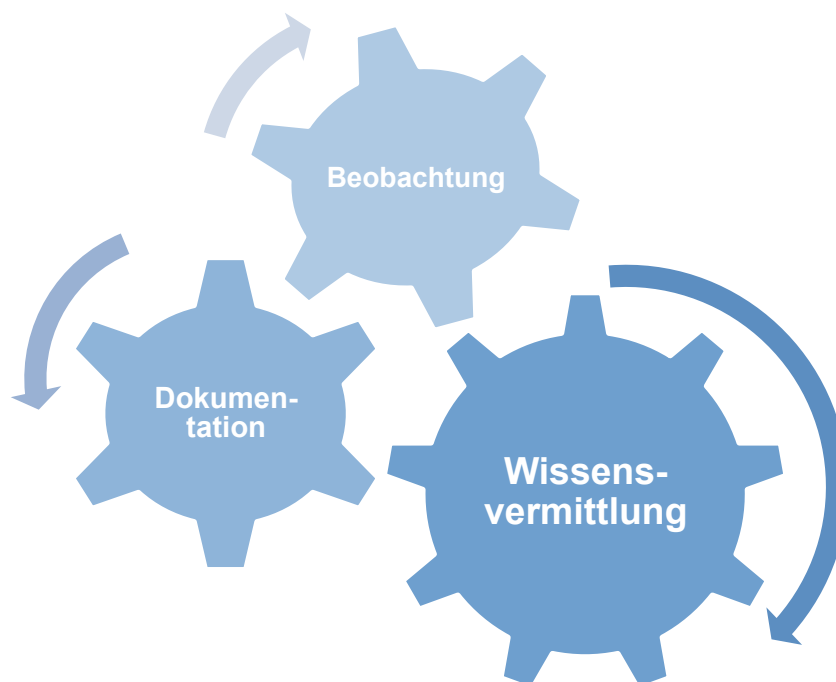


Abbildung 6: Abgeleitete Interventionsbereiche (eigene Darstellung)

Aus den Interviews kam hervor, dass die meisten Pflegenden nicht wissen, wo das Schmerzkonzept zu finden ist. Daher sollte ein erster Schritt die zur Verfügung Stellung des Schmerzkonzepts auf der Station sein (abheftet in einem Ordner im Stationsbüro). Ebenso wäre es denkbar das Schmerzkonzept, nebst der Ablage in einem zugänglichen Ordner, zusammengefasst auf Plakate zu drucken und im Pausenraum der Pflegenden zu platzieren. Somit wäre das Schmerzkonzept stetig präsent und verfügbar. Auch könnten die Inhalte des Konzepts in der ersten Zeit bei Teamsitzungen oder Fallbesprechungen zur Sprache kommen und besprochen werden.

Weiter ist es wichtig, dass im Bereich der Beobachtung und der Dokumentation eine Einheitlichkeit und Systematik geschaffen wird. So könnte beispielsweise eine Checkliste¹⁴, bestehend aus einem Algorithmus erstellt werden, welche die wichtigsten Beobachtungskriterien (Mimik, Gestik, nonverbale-/ verbale Äusserungen etc.) abbildet und somit die Schmerzerfassung erleichtert.

Bei der Dokumentation sollte Einheitlichkeit darin bestehen, dass klar notiert wird, welches Schmerzerfassungsinstrument verwendet wurde. Alternativ sollte neben der

¹⁴ Die Checkliste könnte so gestaltet sein, dass sie in der Brusttasche der Pflegenden Platz hat und somit immer griffbereit ist.

VAS und der NRS ein weiteres Instrument eingeführt werden, welches vor allem bei der eingeschränkten Patientengruppe eingesetzt werden kann. Auch könnte von der Leitung vorgegeben werden, dass bei der vulnerablen Patientengruppe nur ein bestimmtes Instrument zur Anwendung kommt. Somit wäre jeder Person klar, mit welchem Hilfsmittel die Erfassung vorgenommen wurde. Dafür könnte auf dem Überwachungsblatt der Akte eine neue Spalte, neben den gängigen Skalen (NRS und VAS), eingefügt werden. Laut Literatur und dem Schmerzkonzept gibt es beispielsweise die CNPI (Checklist of nonverbal Pain Indicators), welche auf der Station jedoch noch nicht implementiert ist.

Bezüglich mancher Wissenslücken bei der Thematik des Schmerzes und des Delirs (Pathophysiologie), Schmerzmedikation beim geriatrischen Patienten sowie Schmerzkonzept sollte hier auf eine vertiefte Wissensvermittlung gesetzt werden. Die könnte in Form von Schulungen, Fachinputs, Weiterbildungen, Experten-Novizen-Systemen und Fallbesprechungen stattfinden. Wichtig hierbei ist die Kontinuität. Wissen das vermittelt werden soll, jedoch nicht angewendet werden kann, geht schnell vergessen. Wenn geschult wird, sollte gleichzeitig die Möglichkeit geschaffen werden, das Wissen anzuwenden (z.B. in Form von Fallübungen). Bezogen auf die strukturellen Gegebenheiten der Station mit den Zimmereinteilungen und den Präferenzen sollte auf eine ausgeglichene Aufteilung geachtet werden. Jede pflegende Person sollte pro Schichtblock auch die Zimmer 2009–2011 betreuen und somit die Möglichkeit zur Betreuung deliranter Patienten bekommen.

Bei den Interviews fiel auf, dass die Pflegenden sehr interessiert waren, sich eingebracht haben und tolle Ideen zur Verbesserung des Schmerzmanagements anbrachten. Eine Möglichkeit das Interesse und die Bereitschaft zu nutzen, wäre die Schaffung einer Art Fachressource. Eine oder zwei Personen, welche sich besonders für diese Thematik interessieren, könnten zu Experten werden, und bei Problemen oder Fragen für andere Pflegenden zur Verfügung stehen. So könnten diese Personen auch bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter eine Rolle spielen. So könnte das Schmerzkonzept gemeinsam angeschaut werden und/oder eine Patientensituation durchgespielt werden.

Um den Informationsverlust durch die Abwesenheit der Angehörigen zu reduzieren, könnte man diesen auf der Triage einen kurzen Fragebogen aushändigen. Darauf

könnten wichtige Punkte wie „Wie zeigt ihr Angehöriger, dass er Schmerzen hat?“, „Was hilft ihr/ihm, wenn sie/er Schmerzen haben besonders gut?“ erfasst werden. Somit hätten die Pflegenden einen Anhaltspunkt, wenn es bei der vulnerablen Patientengruppe zu Verhaltensveränderungen kommt, diese sich jedoch nicht adäquat äussern können.

Ein weiterer Punkt welcher aus den Interviews zur Verbesserung des Schmerzmanagements abgeleitet werden kann ist, dass die Schmerzverordnungen von den Ärzten oft unzureichend ausgefüllt werden. Diese Aufgabe liegt in der Kompetenz der Assistenzärzte. Diese sind teilweise jedoch neu auf der Station, haben wenig Erfahrung und kennen sich noch nicht gut aus. Solch eine wichtige Aufgabe, wie die adäquate Verordnung von Schmerzmitteln, sei es in der Fixmedikation oder in der Reserve, könnte an die Oberärzte übertragen werden.

5.2 Methodenkritik

In dieser Arbeit wurden die Methoden der wissenschaftlichen Literaturrecherche, Dokumentenanalysen, ein exploratives Experteninterview und Mitarbeitenden-Interviews angewandt.

Die gewählten Methoden wurden als zielführend für die Mitarbeitenden-Interviews erachtet und wurden genutzt, um Wissen aufzubauen und Expertise zu erlangen. Zudem dienten die kombinierten Vorgehensweisen dazu, verschiedene Perspektiven und Ideen zu berücksichtigen. Die Methodenvielfalt hat sich bewährt, da gezielt und theoriegeleitet vorgegangen werden konnte

Für die Mitarbeitenden-Interviews wurde ein Mixed-Method-Design gewählt. Dadurch war es möglich, genügend flexibel zu bleiben, um auf die interviewten Personen eingehen zu können. Die praktische Anwendung dieser Methode hat gezeigt, dass sich die Verwendung des halbstrukturierten Interviews mit quantitativen Anteilen sowie das Vorgehen nach dem SPSS-Prinzip bewährten, da die eingebauten vollstandardisierten Fragen eine gute Abwechslung im Gesprächsverlauf darstellten. Die Interviews mit den Pflegenden waren teilweise geprägt von unvollständigen Sätzen oder Erzählungen, die nur noch im weiten Sinne mit dem Studienthema zu tun hatten. Mithilfe des Leitfadens konnten die interviewten Personen immer wieder auf die Fragestellungen zurück gelenkt werden. Es lässt sich jedoch festhalten, dass durch die Interviews, die Chance zu sozial erwünschtem Antworten erhöht wurde.

Zwar wurde bei der Erstellung des Leitfadeninterviews darauf geachtet, dass Fragen zur persönlichen Arbeitsweise- und Qualität eher allgemein gestellt wurden, um eine Exponierung der Befragten zu vermeiden, doch schon alleine die Anwesenheit der interviewenden Person begünstigte den Effekt der sozialen Erwünschtheit. Alternativ hätte ein anonymes Fragebogen verwendet werden können. Dabei wäre jedoch mit Einschränkungen bezüglich der kleinen Stichprobe zu rechnen gewesen und die Möglichkeit des Nachfragens wäre verwehrt geblieben. Durch den offenen Ansatz der qualitativen Interviews bietet sich die Möglichkeit zur subjektorientierten Forschung (vgl. Mayring, 2010). Im Gegensatz zu quantitativen Verfahren bot sich hier die Möglichkeit, die Subjektivität als eigenständige Größe zu behandeln und zu reflektieren.

Um eine möglichst hohe Güte bei der Auswertung der Interviews sicherzustellen, wurde das inhaltsanalytische Ablaufmodell nach Mayring (2010) zu Hilfe genommen. Dabei wurde sequenziell vorgegangen und das Vorgehen der Fragestellung angepasst. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um den Ansatz einer Triangulation¹⁵ der Forschenden so gut wie möglich zu berücksichtigen und dadurch Verzerrungen entgegenzuwirken. Zur gewählten Analysetechnik, der zusammenfassenden Inhaltsanalyse lässt sich sagen, dass durch dieses Vorgehen die Gefahr besteht, wesentliche Inhalte zu sehr zu reduzieren. Das Ziel, eine gewisse Überschaubarkeit des Materials zu erreichen und wichtige Erkenntnisse für den Ist-Zustand des Schmerzmanagements zu erheben, konnte jedoch erreicht werden. Weiter fiel die Entscheidung auf diese Methode nach Mayring (2010), um vertiefte Rückschlüsse des sprachlichen Materials zu ziehen. Im Fokus standen hierbei also die inhaltlichen Aspekte. Daraus ergab sich, dass auf Transkriptionsmodelle oder Protokollierregeln verzichtet werden konnte.

Da es das Ziel dieser Arbeit war, die Bedeutungswelt, Ansichten und Meinungen der Pflegenden nachzuvollziehen und daraus die Ist-Analyse des Schmerzmanagements abzuleiten, bot sich die qualitative Erhebung an. Die Anzahl der Befragten (10 Personen) ist für ein qualitatives Design angemessen. Durch das gewählte Vorgehen war es möglich, differenzierte Aussagen über die Thematik zu erhalten.

¹⁵ Unter dem Begriff der Triangulation versteht man die Verknüpfung verschiedener qualitativer Methoden. Das Prinzip der Triangulation kann jedoch auch eine Mischung von qualitativen und quantitativen Methoden beinhalten, welche sich auf den Untersuchungsgegenstand bezogen, gegenseitig ergänzen (vgl. Flick, 2011).

5.3 Fazit und Ausblick

Die Durchführung der Mitarbeitenden-Interviews führte dazu, dass ein verändertes Bewusstsein der Pflegenden bezüglich des Schmerzmanagements bei der vulnerablen Patientengruppe herbeigeführt und die Sensibilität erhöht wurde. Im Team wurde vermehrt darüber gesprochen und sich ausgetauscht. Die Resonanz während und nach der Untersuchung zeigte, dass die Mitarbeitenden an Verbesserungen interessiert sind und eigene Ideen bezüglich der Optimierung haben. Hierbei ist es wichtig, dass die Ideen der Mitarbeitenden in einem weiteren Schritt ernst genommen, wertgeschätzt, geprüft und gegebenenfalls umgesetzt werden. Die vorgenommene Untersuchung zeigt letztlich den Ist-Zustand des Schmerzmanagements auf, welcher jedoch regelmässig reevaluiert werden sollte.

Weiter kann festgehalten werden, dass erweiterte Untersuchungen sinnvoll wären, bei welchen die Ärzte und die Pflegenden der gesamten Notfallstation integriert würden. Auch wenn diese bereits ein implementiertes System haben, wäre es wichtig, die Schmerzmanagement-Problematik wieder in das Bewusstsein zu rücken und zu sensibilisieren. Ebenfalls wäre es hilfreich, wenn die Pflegeassistenten (PA's) der Station ebenfalls einbezogen würden. Beispielsweise in Schulungen und Fortbildungen. Die PA's haben vor allem bei der Körperpflege engen Kontakt zu den Patienten. Hier wäre es wichtig, dass sie befähigt werden, systematisch zu beobachten und die gewonnenen Erkenntnisse den Pflegenden einheitlich zu rapportieren. Somit kann vermieden werden, dass wichtige Informationen verloren gehen.

Auch wäre in diesem Kontext eine Untersuchung von Pflegeheimen interessant. Wie gestaltet sich dort das Schmerzmanagement, beispielsweise auf einer Demenzstation? Welche Instrumente werden dort genutzt? Wie werden Schmerzen dort erfasst.

Als Mitglied der Projektgruppe der Notfallbettenstation, konnte ich durch die Ist-Analyse dazu beitragen, dass Sofort-Massnahmen wie die Erstellung eines Literaturordners mit den grundlegenden Informationen bezüglich des Delirs, Schmerzen, Schmerzmedikation bei geriatrischen Patienten und allgemeine Besonderheiten des älteren Patienten erstellt und für die Pflegenden zugänglich gemacht wurde. Weiter sind Study Days mit Schulungen und ein Pilot Projekt im

Rahmen eines Journal Clubs geplant, in welchen Wissen vermittelt und Hilfestellungen zur systematischen Beobachtung gegeben werden sollen.

Die Umsetzung der vorgeschlagen Massnahmen kann wesentlich dazu beitragen, dass Schmerzmanagement bei der eingeschränkten Patientengruppe zu verbessern und das Sicherheitsempfinden sowie die Expertise der Pflegenden zu steigern.

6. Literaturverzeichnis

- Buffum, M.D., Hutt, E.M, Chang, V.T., Craine, M.H., Snow, A.L. (2007). Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges. *Journal of Rehabilitation Research & Development* 44 (2), 315-330. Verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17551882> [08.02.2014].
- Eichinger, A. (2011). Untersuchungskonzepte für die Evaluation von Systemen zur Erkennung des Fahrerstandards. *Berichte der Bundesanstalt für Strassenwesen, Fahrzeugtechnik* 80, 7-24. Verfügbar unter: <http://bast.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2012/586/pdf/F80.pdf> [21.04.2014].
- Endsley, M.R. (1995). Toward a Theory of Situation Awareness in Dynamic Systems. *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society, Volume 37, Number 1*, S. 32-64.
- Fischer, T., Spahn, C. & Kovach, C. (2007). Gezielter Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz: Die „Serial Trial Intervention“ (STI). *Pflegezeitschrift*, 7, 370-373.
- Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung* (4. Aufl.). Hamburg: Rowohlt.
- Fröhlich, W. D. (2010). *Wörterbuch Psychologie*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Genewein, U., Jakob, M., Bingisser, R., Burla, S., Heberer, M. (2009). Organisation der Notfallstation. Umfeld und Leistungsauftrag bestimmen das Organisationskonzept. *Der Chirurg* 80 130-137. Verfügbar unter: http://www.icfs-basel.ch/dokumente_artikel/ICFSManagement03.pdf [08.02.2014].
- Han, J.H, Eden, S., Shintani, A., Morandi, A., Schelle, J., Dittus, R.S, Storrow, A.B., Wesley Ely, E. (2011). Delirium in older emergency department patients is an independent predictor of hospital length of stay. *Academic Emergency Medicine* 18 451-457. Verfügbar unter: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1553-2712.2011.01065.x/full> [10.03.2014].
- Hasemann, W., Kressig, R. W., Ermini-Fünfschilling, D., Pretto, M., & Spirig, R. (2007). Screening, Assessment und Diagnostik von Delirien. *Pflege* 20(4), 191-204.
- Hoc, J.M., Cacciabue, P.C., Hollnagel, E. (1995). *Expertise and Technology, Cognition & Human- Computer Cooperation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Publishers.
- Inouye, K. S., Fearing, M. A. (2009). Delirium. *Focus* 7, 53-63. Verfügbar unter: <http://focus.psychiatryonline.org/data/Journals/FOCUS/1837/foc00109000053.pdf> [08.02.2014].

- Lauber, A., Schmalstieg, P. (2003). *Verstehen und pflegen 3- Pflegerische Interventionen*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.
- Legewie, H. (1994). Globalauswertung von Dokumenten. In Boehm, A., Mengel, A., Muhr, T. (Hrsg.) *Texte verstehen: Konzepte, Methoden, Werkzeuge*. Konstanz: UVK Universitätsverlag.
- Kluwe, R.H. (2006). Informationsaufnahme und Informationsverarbeitung. In N. Birbaumer, D. Frey, J. Kuhl, W. Schneider & R. Schwarzer (Hrsg.), *Enzyklopädie der Psychologie/ Ingenieurpsychologie: Wirtschafts- Organisations- und Arbeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Martin, J.S., Spirig, R. (2006). Schmerzprävalenz und Patientenpräferenzen bezüglich Schmerzbehandlung in Notfallstationen. *Pflege* 19 326-334. Verfügbar unter: <http://medcontent.metapress.com/content/y77r6h5411125491/> [18.03.2014].
- May, G. & Mruck, K. (2011). *Grounded Theory Reader* (2. Aufl.). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Myers, D.G. (2008). *Psychologie*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Reason, J. (1994). *Menschliches Versagen- Psychologische Risikofaktoren und moderne Technologien*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Scott, J. (1990). *The quality of Qualitative Research*. London: Thousand Oaks.
- St. Pierre, M., Hofinger, G., Buerschaper, C. (2011). *Notfallmanagement- Patientensicherheit und Human Factors in der Akutmedizin*. Berlin Heidelberg: Springer- Verlag.
- Ulich-Hermann, A., Kramer, A., Spirig, R. (2010). Pflegerische Ansätze der nicht-medikamentösen Therapie des Deliriums. *Therapeutische Umschau* 67 (2), 87-90. Verfügbar unter: <http://resources.metapress.com/pdf-preview.axd?code=n073u400n7731124&size=largest> [18.03.2014].
- Universitätsspital Basel (2014). Das Universitätsspital Basel *Notfallstation*. Verfügbar unter: <http://www.unispital-basel.ch/das-universitaetsspital/> [08.02.2014].

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die fünf Stufen der Kompetenzentwicklung (eigene Darstellung)

Abbildung 2: Kontrollebenen-Modell nach Rasmussen (1983, zitiert nach Eichinger, 2011, S. 14)

Abbildung 3: Deskriptives Modell des Situationsbewusstseins nach Endsley (1995, zitiert nach Kluwe, 2006, S. 36)

Abbildung 4: Forschungsdesign (eigene Darstellung)

Abbildung 5: Zusammengefasste Themenfelder (eigene Darstellung)

Abbildung 6: Abgeleitete Interventionsbereiche (eigene Darstellung)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Auswertung der gesichteten Patientenakten (eigene Darstellung)

Tabelle 2: Auszug Auswertung und Erkenntnisse des explorativen
Experteninterviews (eigene Darstellung)

Tabelle 3: Auszug Paraphrasierung (eigene Darstellung)

Tabelle 4: Auszug Erkenntnisse für die Ist-Analyse (eigene Darstellung)

Tabelle 5: Übersicht der entwickelten Kategorien (eigene Darstellung)

Anhang

Anhang 1: Exploratives Experteninterview

Anhang 2: Auswertung exploratives Experteninterview

Anhang 3: Mitarbeitenden-Interviewleitfaden

Anhang 4: Abgeleitete Erkenntnisse für die Ist-Analyse

Anhang 5: Selbstständigkeitserklärung

Anhang 1: Exploratives Experteninterview



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie



Exploratives Experteninterview



Durchgeführt von Giulia Mohr, 6. Semester Angewandte Psychologie

Ort: Universitätsspital Basel, Büro der Pflegeleitung

Allgemeine Information

Vielen Dank, dass Sie mir die Gelegenheit für dieses Interview geben.

Ich schreibe zurzeit an meiner Bachelorarbeit und führe hierzu unter anderem zwei Experteninterviews durch. Die Arbeit wird im Rahmen des Projekts „Verbesserung des Schmerzmanagements bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten über 65 Jahren auf der Notfallstation“ durchgeführt.

Mithilfe der Experteninterviews soll später ein Interview-Leitfaden für die Mitarbeitenden der Notfallbettenstation abgeleitet werden.

Mit der Mitarbeitenden-Interviews soll erfasst werden, wie Pflegefachpersonen die Schmerzsituation von kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten über 65 jährigen einschätzen, woran es liegen könnte, dass das Schmerzen von den Pflegenden oft nicht erkannt werden und welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn Schmerzen zwar nicht als solche erkannt wurden, sich jedoch Verhaltensänderungen (im Rahmen eines Delirs) bei diesen Patientinnen und Patienten einstellen.

- ❖ Das Interview wird etwa 50 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen
- ❖ Das Gespräch wird digital aufgenommen um das Interview anschliessend zu verschriftlichen, um den exakten Wortlaut wiedergeben zu können und es dient der Datensicherung
- ❖ Bei Unklarheiten können Sie jederzeit unterbrechen

Vielen Dank für Ihre Teilnahme

Inhaltliche Aspekte	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen	Ziel der Fragen	Beobachtungen
Einleitung Einführung	Vorstellung der Person Geplanter Ablauf Unklarheiten?	<ul style="list-style-type: none"> • Nonverbale Aufrechterhaltung 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen schaffen • Rollenklarheit • Informieren • Transparenz 	<ul style="list-style-type: none"> • Fehler im Leitfaden • Technische Probleme • Interviewstil • Spezifische Reaktionen/Verhalten
Inhaltliche Eröffnungsfrage	<p>Welche berufliche Stellung geniessen Sie innerhalb des Universitätsspitals?</p> <p>Seit wann beschäftigen Sie sich mit der Thematik des Schmerz und des Delirs?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie kann man sich Ihre Arbeit vorstellen? • In welchem Rahmen beschäftigen Sie sich damit? Forschung, Qualitätssicherung etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Soll dazu dienen, Expertenstand zu festigen und Motivation zum erzählen schaffen 	
Themenblock A: Schmerz	<p>1a. Wenn ein älterer Patient (über 65 Jahre) auf ihre Station verlegt wird, worauf achten Sie als erstes, zweites etc.?</p> <p>Zwischenfrage: Und wie sieht es bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten aus? Wie gehen Sie dann vor? Gibt es einen Unterschied? Oder gehen Sie da genau gleich vor?</p> <p>2a. Nehmen wir an, dieser Patient äussert, dass er Schmerzen habe, wie gehen Sie weiter vor bzw. wie werden Schmerzen bei den</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Falls Schmerz nicht zur Sprache kommt: Wann nehmen Sie die Schmerzerfassung vor? • Welche Instrumente/Tools werden von den Pflegenden verwendet? 	<ul style="list-style-type: none"> • Genannte Tools können im Interview für die MA aufgegriffen werden 	

Patienten erfasst (Tools, Beobachtung etc.)?

3a. Gehen wir nun davon aus, dass der Patient kognitiv eingeschränkt ist und seine Schmerzen nicht mehr äussern kann, wie geht man dann vor?

- Welche Instrumente stehen dann zur Verfügung?

4a. Gibt es Schulungen und Angebote bezüglich der Schmerzerfassung?

- Gibt es ein standardisiertes Vorgehen?

5a. Wie werden/ wurden ihre Mitarbeitenden bezüglich der Schmerzerfassung instruiert/geschult?

- Falls ja: was sind die Schwerpunkte? Wird auch auf Schmerzen bei Patienten aufmerksam gemacht welche kognitiven Beeinträchtigungen unterliegen und sich möglicherweise nicht mehr äussern können??

6a. Gibt es etwas, dass Ihnen bei der Behandlung von Schmerzen bei älteren Patienten (über 65 Jahren), seitens der Pflegenden besonders auffällt?

- Falls ja, was genau? Mögliche Gründe?
- Wie verfahren die Pflegenden wenn Schmerz nicht aktiv geäußert wird?

- Evtl. nicht nur fehlendes Wissen sondern auch eine Handlungsfrage

7a. Können Sie einen Unterschied bei der Behandlung

- Falls nein: weiter zur nächsten Frage, falls ja Welche Gründe hierfür

- Z.B ältere Patienten werden nicht ernst genommen, Schmerzmittelgab

	<p>von Schmerzen bei älteren Patienten (über 65 Jahren), im Gegensatz zu jüngeren Patienten beobachten?</p> <p>8a. Wie sollten die Schmerzen in der Patientenakte dokumentiert werden?</p> <p>9a. Was sind mögliche Gefahren, wenn Schmerzen bei Patienten über 65 Jahren nicht behandelt werden?</p>	<p>könnten eine Rolle spielen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was stellen Sie in der Praxis fest? • Wenn Delir nicht zur Sprache kommt: Wie steht es mit der Gefahr eines Delirs? 	<p>e erfolgt erst nach längerer Wartezeit etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besteht eine Diskrepanz zwischen Ist und Soll? 	
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen	Ziel der Fragen	Beobachtungen
Themenblock B: Delir	<p>1b. Was genau verstehen Sie unter einem Delir und wie kommt es zustande?</p> <p>2b. Treten Delirien häufig bei Ihnen auf der Station auf?</p> <p>3b. Woran können Pflegefachpersonen ein Delir erkennen? Welche Kompetenzen werden benötigt?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gibt es das „typische Delir“? • Falls ja: Wie oft und bei welcher Patientengruppe am häufigsten? • Gibt es Checklisten, Tools etc.? 	<ul style="list-style-type: none"> • Bieten Möglichkeit, herauszufinden, ob ein gemeinsames Verständnis von Delir herrscht und dient dem Vergleich mit dem Verständnis der Pflegefachpersonen 	

Delir, Demenz und Schmerz	4b. Nehmen wir an, ein Patient (über 65 Jahre) ist delirant, wie würde nun die korrekte Behandlung seitens der Pflegenden in so einer Situation aussehen? Und seitens der Ärzte?		<ul style="list-style-type: none">• Falls es ein standardisiertes Vorgehen gibt, können die Antworten der MA verglichen werden
	5b. Deckt sich die von Ihnen genannte Vorgehensweise mit Ihren Beobachtungen in der Praxis?		<ul style="list-style-type: none">• Eventuelle Diskrepanzen aufdecken zwischen „theoretisch richtigem Vorgehen und tatsächlichem“
	6b. Gibt es Schulungen für die Mitarbeitenden zum Thema Delir? Und werden diese genutzt?	<ul style="list-style-type: none">• Falls nein: Wo und wie können sich Pflegefachpersonen selbstständig informieren?	<ul style="list-style-type: none">• Falls nein, kann im Interview mit den Pflegenden gefragt werden, ob sie wissen wo sie sich zum Thema Delir informieren können
	7b. In Studien konnte gezeigt werden, dass die Auftretens-Wahrscheinlichkeit eines Delirs, bei einer bestehenden Demenz erhöht ist. Wie lässt sich dieser Zusammenhang erklären und welche Rolle spielt dabei der Schmerz bzw. das Schmerzmanagement? 8b. Welche Gründe könnten	<ul style="list-style-type: none">• Und welche Rolle spielt hier die kognitive Beeinträchtigung?	<ul style="list-style-type: none">• In den MA Interviews kann erfragt werden, ob der Zusammenhang bekannt ist (evtl. Wissensdefizit?)

	dazu beitragen, dass von den Pflegenden, Delirien oft nicht rechtzeitig erkannt werden?		<ul style="list-style-type: none"> Wissensdefizit der Pflegenden? 	
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen	Ziel der Fragen	Beobachtungen
Themenblock C Interventionen	<p>1c. Wo bestehen konkrete Defizite in der Schmerzbehandlung von Patienten über 65 Jahren? Was stellen Sie im Pflegealltag fest?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Könnte die Unsicherheit seitens der Pflegenden bezüglich Medikamente, Dosierung etc. eine Rolle spielen? (Es soll Bezug genommen werden auf Dauer, Medikamentenwahl etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Massnahmen können abgeleitet werden wenn bekannt ist, wo die Gründe hierfür liegen 	
	<p>2c. Wie (mit welchen Massnahmen) können die Pflegenden im Umgang mit dem Schmerzmanagement bei kognitiv eingeschränkten Patienten über 65 Jahren unterstützt werden? (Was braucht es konkret)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Falls Delir/Schmerz Instrumente/ Checklisten zur Sprache kommen: Welche Instrumente nutzen Sie? 	<ul style="list-style-type: none"> Evtl. sind mehr Schulungen nötig, aktive und kontinuierliche Auseinandersetzung mit dem Thema, Fallbesprechungen etc. 	
	<p>3c. Wie könnte man es schaffen, dass die Patientengruppe der über 65 jährigen ein besseres Schmerzmanagement erhält und somit auch die Gefahr eines Delirs reduziert wird? Welche Kompetenzen müssen seitens</p>			

der Pflegenden vorhanden sein?				
Inhaltliche Aspekte	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen	Ziel der Fragen	Beobachtungen
Themenblock D Anregungen der Experten	<p>1d. Welche Verbesserungsmöglichkeiten sehen Sie bezüglich des Schmerzmanagements bei kognitiv eingeschränkten Patientinnen und Patienten über 65 Jahren konkret?</p> <p>2d. Wie sollten die Pflegenden bei der Schmerzbehandlung von genannter Patientengruppe idealerweise vorgehen?</p> <p>3d. Was sollte bei der Befragung von den Mitarbeitenden bezüglich der eben besprochen Thematik unbedingt erfasst werden?</p>		<ul style="list-style-type: none"> Integration des Expertenwissens in dem Leitfaden für die Mitarbeitenden Interviews 	
Abschluss	Dank und weiteres Vorgehen			

Anhang 2: Auswertung exploratives Experteninterview

Themenblock	Wichtige Aussagen zusammengefasst	Ableitungen/ Dimensionen für die Mitarbeitenden- Interviews	Lücken/ Vertiefung
A) Schmerz	<p>1a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Während des Erstkontakts bekommt man einen Eindruck davon, wie die Bewusstseinslage des Patienten ist • Weiter ist die Diagnoseliste sowie das Delirscreening essentiell • In der Akte wird nachgeschaut ob der Patient Schmerzen hat (Schmerzscore) und was er an Medikamenten bereits bekommen hat • Bewegung und Mobilisation gibt bei eingeschränkten Patienten hinweise auf Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erstkontakt ➤ Delirscreening ➤ Anamnese ➤ ATL's, welche Rolle spielen sie 	<ul style="list-style-type: none"> • Erstkontakt • Gestaltung bei eingeschränkten Patienten • ATL's
	<p>2a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verbindung zur Anamnese herstellen • An Schmerzkonzept halten • Instrument wie CNPI fehlt für die Schmerzerfassung bei Patienten mit Einschränkungen • CNPI im ganzen Spital nicht etabliert 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnoseliste und Anamnese als Hilfsmittel zur Schmerzerkennung ➤ Schmerzkonzept; ist das bekannt? Was beinhaltet es? 	<ul style="list-style-type: none"> • ATL's • Schmerzkonzept der Station • CNPI
	<p>3a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen geht man folgendermassen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vorgehen bei 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche

<p>vor: Diagnoseliste anschauen, Beobachtungen aus dem Erstkontakt, Einschätzung, Gabe von Schmerzmedikamenten, schnelle Gabe da Gefahr eines Delirs</p>	Schmerzerfassung	Literatur
<p>4a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter werden im Rahmen des Schmerzkonzepts auf die visuelle Analogskala hingewiesen • Auf die CNPI wird nicht eingegangen • Es gibt eine intuitive Schmerzerfassung bei den Pflegenden • Bei eingeschränkten Patienten werden Pflegende auf die visuelle Analogskala hingewiesen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schmerzerfassungs instrument ➤ Intuition versus Erfahrung 	<ul style="list-style-type: none"> • Visuelle Analogskala
<p>5a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gibt Schulungen und Angebote bezüglich der Schmerzerfassung, aber das nutzen nur die, die schon Experten sind 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schulung, Einarbeitung 	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote des Spitals
<p>6a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Angehörigen werden miteinbezogen oder Leute die die Patienten betreuen • Sensibilität für die Schmerzerfassung ist recht hoch auch durch das Delirprojekt und durch Delir/Demenz Schulungen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einbezug, weitere Möglichkeit neben der Diagnoseliste 	
<p>7a</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient welcher Einschränkungen unterliegt und sich nicht mehr adäquat äussern kann läuft Gefahr, mit Schmerzmitteln unterversorgt zu werden • Gründe dafür können fehlende Erhebungsmethoden sein, die 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wie wird die Schmerzerfassung dokumentiert ➤ Dokumentation 	<ul style="list-style-type: none"> • Nachforschungen zu Psychopharmaka

<p>Informationssammlung und Dokumentation wird nicht systematisch vorgenommen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gabe von Psychopharmaka anstatt Schmerzmitteln sobald Patient unruhig wird, der Aspekt Schmerz wird oft versäumt • Wissen bei den neuen Mitarbeitenden fehlt da sie nicht systematisch und standardisiert darauf hingewiesen werden • Instrumente fehlen • Informationen über Schmerzen die nicht offensichtlich sind, gehen oft in dem hochfrequentierten Notfallalltag unter 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Indikationen für Psychopharmaka 	<ul style="list-style-type: none"> • Evtl. Patientenakten Durchsicht
8a		
<ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Schmerzeinschätzung mit der visuellen Analogskala oder mit der CNPI • Intensität, Lokalisation, Quantität und Qualität, Art des Schmerzes z.B. bohrend, stechend, intervallartig • Richtige Dokumentation ist wichtig für die Schicht danach und um Vergleiche anstellen zu können im Sinne der Reevaluation • Reevaluation nach 15- 30 Minuten (auch wenn der Patient kein Schmerzmittel möchte) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dokumentation ➤ Welche Informationen werden genau erhoben ➤ Reevaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche Literatur
9a		
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Das Delir 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Delir 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche Literatur

B) Delir	1b	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Der Patient ist nicht mehr orientiert, begleitet von motorischer Unruhe, Schläfrigkeit, Unruhe, Sturzgefahr, Therapie Ablehnung/Verweigerung ➤ Patient ist sich seiner nicht mehr bewusst, Verlust von Fähigkeiten aufgrund Verminderung von Gehirnmasse 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anzeichen für ein Delir 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche Literatur
	2b	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Delirien kommen immer wieder vor ➤ Es vergeht viel Zeit bis Patienten von der Triage verlegt werden ➤ Man sollte nach einigen Stunden das Delirscreening wiederholen um Veränderungen im Verhalten feststellen zu können ➤ Besonders vom Delir betroffen sind Menschen mit einer Dement oder beginnenden Demenz, hochbetagte Patienten mit Diagnosen wie Diabetes, Herzkrankheit, Sturz und Schmerz 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Gründe für ein Delir ➤ Delirscreening ➤ Prädiktoren für Delirien 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche Literatur • Delirscreening-Instrument der Station einsehen
	3b	<ul style="list-style-type: none"> • Das Delir kann von den Pflegenden erkannt werden durch: Dialogfähigkeit, Hinweise wie nesteln interpretieren können, Kennzeichen des Delirs kennen, mit Screeninginstrument umgehen können, über Wissen bezüglich des Delirs verfügen, kontinuierliche Beobachtung 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erkennung von Delirien, erste Anzeichen ➤ Delirscreening ➤ Beobachtung 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche Literatur • Delirscreening-Instrument der Station einsehen
	4b	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird nach einem Algorithmus vorgegangen: Grund für das Delir 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Algorithmus 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche

<p>(z.B.Schmerz, Ausscheidung, Hunger, Durst, Mobilisation, Reizüberflutung), Angehörige miteinbeziehen, Vitalparameter beachten, Medikamentenliste kennen, Grund für Schmerzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn alles nichts bringt dann mit Psychopharmaka starten 		Literatur
<p>5b</p> <ul style="list-style-type: none"> • Das wird von den Leuten mit viel Pflegeerfahrung gemacht , bei den neuen Mitarbeitenden ist das nicht normal • je nach vorherigem Setting bestehen Hemmungen und Unsicherheiten bei der Schmerzbehandlung und auch im Umgang mit eingeschränkten Patienten und älteren Patienten • 50% der Pflegenden auf der Station werden als Experten eingeschätzt welche kein Instrument mehr brauchen • Die Erfahrung mit Patienten und auch Notfallerfahrung fehlen bei Mitarbeitenden 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erfahrung ➤ Unsicherheiten mit Medikamenten und Umgang mit Patienten ➤ Experten/Expertise 	
<p>6b</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es werden Delirschulungen im Spital angeboten • Auf der Station wird die Thematik durch Fachressourcengruppen und Fallbesprechungen in den Fokus gerückt 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Delirschulungen ➤ Schulungen auf Station 	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote im Spital
<p>7b</p> <ul style="list-style-type: none"> • Durch veränderte Stoffwechselforgänge im Gehirn • Kognitiv eingeschränkte Patienten können sich wegen der Schmerzen nicht mehr äussern das führt dazu dass diese nicht systematisch erfasst werden was dann eine Fehlversorgung zur Folge hat 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zusammenhang zwischen Delir und Schmerzen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vergleiche Literatur

C) Interventionen	<p>8b</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Der Patient ist vorher nicht bekannt, daher können Verhaltensveränderungen schlecht erkannt werden ➤ Durch viele Schnittstellen verlängert sich die Wartezeit der Patienten ➤ Mangelndes Wissen und Erfahrung als Gründe für die nicht- Erkennung von Delirien 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kurzer Patientenkontakt ➤ Schnittstellen ➤ Wissen und Erfahrung
	<p>1c</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dosierungen bei den geriatrischen Patienten oft unbekannt • Es wird nicht immer auf eine Basismedikation bestanden welche jedoch essentiell ist • Zusatzmedikation sollten mehr ausgeschöpft werden • Schmerzen nicht mit Psychopharmaka behandeln • Eine Reevaluation und die richtige Dokumentation sind wichtig und wenn möglich Hinweise von Angehörigen einholen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dosierung, Medikation ➤ Reevaluation ➤ Dokumentation ➤ Psychopharmaka
	<p>2c</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung steht im Zentrum (der geriatrische Patient, Zusammenhang zwischen Schmerz und Delir, Schmerzassessment bei eingeschränkten Patienten) • Kontrolle und Coaching und Fortbildungen zum Thema • Systematisierung bei der Einarbeitung • Schmerzkonzept sollte anwendbar und brauchbar sein und mit den Ärzten sollte gut zusammengearbeitet werden 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wissen ➤ Einarbeitung ➤ Schulungen und Fortbildungen ➤ Anwendbarkeit des Schmerzkonzept ➤ Zusammenarbeit mit Ärzten

- Einarbeitungskonzept der Station

D) Anregungen der Experten	<p>3c</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter schulen, systematisierte Einarbeitung • Verbesserte Zusammenarbeit mit den Ärzten durch angemessene Verordnungen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schulung und Einarbeitung ➤ Zusammenarbeit mit Ärzten
	<p>1d</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mitarbeiter sollten geschult werden und kontinuierlich die Chance zur thematischen Auseinandersetzung bekommen 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schulung
	<p>2d</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wurde bereits im Rahmen des Interviews beantwortet 	
	<p>3d</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sollte erfragt werden, wie die Schmerzerfassung bei eingeschränkten Patienten gemacht wird • Welche Hinweise über den geriatrischen Patienten wären sinnvoll • Wie brauchbar wird das Schmerzkonzept empfunden • Sind die Zusammenhänge zwischen Schmerzen und Delir bekannt • Wie wurde bei der Einarbeitung auf das Thema Schmerz und Schmerzbehandlung eingegangen • Wie wird dokumentiert 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Vorgehen bei Schmerzerfassung ➤ Informationen über den geriatrischen Patienten ➤ Wissen über Schmerz und Delir ➤ Dokumentation

Anhang 3: Mitarbeitenden- Interviewleitfaden



Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Angewandte Psychologie



Mitarbeitenden- Interviewleitfaden



Durchgeführt von Giulia Mohr, 6. Semester Angewandte Psychologie

Ort: Universitätsspital Basel, Büro der Pflegeleitung

Einführung

- Begrüssung und Vorstellung
- Anliegen/ Grund des Interviews
- Thematische Einbettung
- Ablauf und Methode
- Geplante Dauer
- Anonymität
- Aufnahme des Interviews
- Klären der Rollen
- Unklarheiten?

Fragen zum Thema der kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkung

Erkennen von Einschränkungen

1. Wie erkennen Sie, dass Patienten kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen unterliegen? (z.B. während des Erstkontakts, aufgrund der Diagnose etc.?)

Fragen zum Thema Wissen

Wissen

2. Wissen Sie was die ATL´s (Aktivitäten des täglichen Lebens) bedeuten?

Ja Nein

Falls „Ja“: Welche Rolle spielen diese bei der Schmerzerkennung/
Schmerzerfassung?

3. Was könnten mögliche Komplikationen bei fehlendem Schmerzmanagement bei kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkten Patientinnen und Patienten über 65 Jahren sein?

4. Was könnten mögliche Gründe für eine plötzliche Verhaltensänderung im Rahmen von unruhig werden, nesteln, Unaufmerksamkeit etc. sein?

5. Kennen Sie das Schmerztherapiekonzept der Notfallstation?

Ja Nein

Falls „Ja“: Was beinhaltet es grob und wo kann man es finden?

Fragen zum Erstkontakt mit den Patientinnen und Patienten

Erstkontakt
<p>6. Was hat für Sie oberste Priorität wenn Sie Patienten mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen über 65 Jahren</p> <p>a) von der Schicht vorher übernehmen und</p> <p>b) wenn Sie einen Patienten von der Triage verlegt bekommen?</p> <p>7. Wie gestaltet sich bei Ihnen der Erstkontakt im Hinblick auf eine mögliche Schmerzproblematik, bei der vulnerablen Patientengruppe, wenn Sie die Patienten</p> <p>a) von der Schicht vorher übernehmen und</p> <p>b) wenn Sie einen Patienten von der Triage verlegt bekommen?</p>

Fragen zum Thema der Schmerzerfassung

Schmerzerfassung
<p>8. Welche Instrumente der Schmerzerfassung kennen Sie?</p> <p>9. Mit welchem Instrument erfassen Sie auf der Notfallbettenstation die Schmerzen Ihrer Patienten?</p> <p>10. Mit welchem Instrument erfassen Sie auf der Station die Schmerzen Ihrer Patienten mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen über 65 Jahren?</p> <p>11. Was beinhaltet das Instrument?</p> <p>12. Welche Informationen benötigen Sie, um ein adäquates Schmerzmanagement vornehmen zu können bei Patienten allgemein?</p> <p>13. Unterscheiden sich die benötigten Informationen bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen über 65 Jahren?</p> <p>14. Was hilft Ihnen dabei, die Schmerzsituation von Patienten über 65 Jahren mit Einschränkungen im kognitiven und/oder kommunikativen Bereich, einzuschätzen?</p> <p>15. Wie gehen Sie konkret bei Patientinnen und Patienten mit kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen über 65 Jahren vor?</p>

16. Ab welchem geäusserten Schmerzwert auf der numerischen oder der visuellen Analog Skala (NRS, VAS) sehen Sie die Indikation für die Gabe von Schmerzmitteln und verabreichen welche?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Skalenwerte des Instruments 1-10)

17. Haben Sie erfahrungsgemäss das Gefühl, dass Patienten über 65 Jahren tendenziell tiefere oder höhere Skalenwerte angeben?

tiefere **gleich** **höhere**

18. Geben ältere Patientinnen und Patienten erfahrungsgemäss ehrlich Auskunft darüber ob sie Schmerzen haben wie stark diese sind? Was sind Ihre Erfahrungen? Was leiten Sie für Ihre Pflege ab (z.B. öfters nachfragen oder Schmerzmittel regelmässig verabreichen)?

19. Welche Informationen bei Schmerzen erheben Sie bei kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkter Patientengruppe? (z.B. Lokalisation, Intensität etc.?)

20. Welche Informationen aus der Patientenakte könnten Ihnen weitere Hinweise auf Schmerzen liefern und inwiefern hilft Ihnen die Diagnoseliste?

21. Welche Möglichkeiten stehen Ihnen für die Schmerzerkennung und Informationssammlung zur Schmerzerfassung zu Verfügung, wenn sich Patienten diesbezüglich nicht äussern können (z.B. Diagnoseliste, Angehörige, Heimpflege/Spitex, Schmerzverhalten)?

22. Welche Beobachtungen direkt an den Patienten, können Ihnen Aufschluss darüber geben, ob eine Schmerzproblematik besteht (z.B. Gesichtsausdruck, Sprache/Lautbildung, Körperbewegung/Haltung, zwischenmenschlicher Kontakt, Lebensaktivitäten, Geisteszustand, physische Anzeichen)?

23. Nach welchem Zeitintervall erfassen Sie die Schmerzsituation erneut bzw. reevaluieren die Schmerzsituation Ihrer Patientinnen und Patienten **ohne** kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen?

24. Nach welchem Zeitintervall erfassen Sie die Schmerzsituation erneut bzw. reevaluieren die Schmerzsituation Ihrer Patientinnen und Patienten **mit** kognitiven und/oder kommunikativen Einschränkungen?

25. Würden Sie ihr Vorgehen bei der Schmerzerfassung eher intuitiv oder wissensgeleitet (aufgrund von Expertise, Schulungen und/oder literarischer Vertiefung) beschreiben?

26. Wie schätzen Sie Ihre Expertise bezüglich der Schmerzerkennung bei der vulnerablen Patientengruppe ein?

sehr hoch **eher hoch** **mittel** **eher gering** **sehr gering**

Falls „sehr hoch“ und „hoch“: Was hat Ihnen geholfen ein Experte zu werden?

Falls „eher gering“ und „sehr gering“: Was würde Ihnen helfen Ihre Expertise zu steigern? (z.B. mehr Fallbesprechungen, Dossier mit Literatur etc.)

Fragen zur Dokumentation von Schmerzen

Dokumentation
<p>27. Wie dokumentieren Sie die Schmerzerfassung in der Patientenakte bei Patienten allgemein/ welche Informationen dokumentieren Sie?</p> <p>28. Wie dokumentieren Sie die Schmerzerfassung in der Patientenakte bei Patientinnen und Patienten wenn sie den Schmerz nicht mehr adäquat äussern können, aber offensichtlich Schmerzen haben?</p>

Frage zu Massnahmen und Sicherheit, welche bei Schmerzen ergriffen werden

Massnahmen
<p>29. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit Schmerzmedikamenten allgemein? <input type="checkbox"/> Sehr sicher <input type="checkbox"/> eher sicher <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> eher unsicher <input type="checkbox"/> sehr unsicher Falls „unsicher“ und „sehr unsicher“: Was bräuchten Sie konkret, um sich sicherer zu fühlen?</p> <p>30. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit kognitiv und/oder kommunikativ eingeschränkten Patientinnen und Patienten über 65 Jahren? <input type="checkbox"/> Sehr sicher <input type="checkbox"/> eher sicher <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> eher unsicher <input type="checkbox"/> sehr unsicher Falls „unsicher“ und „sehr unsicher“: Was bräuchten Sie, um sich sicherer zu fühlen?</p> <p>31. Welche pflegerische Handlungen leiten Sie ab, wenn Schmerzen aufgrund der Diagnoseliste sehr wahrscheinlich sind, jedoch von den Patienten nicht geäussert werden oder mitgeteilt werden können?</p> <p>32. Was stellt für Sie eine mögliche Indikation für die Gabe von Psychopharmaka dar, bei besagter vulnerabler Patientengruppe?</p> <p>33. Was für Alternativen gäbe es/ Was könnte man stattdessen pflegerisch machen?</p> <p>34. Wie hoch schätzen Sie ihren pflegerischen Aufwand bezüglich des Schmerzmanagements bei kognitiv und kommunikativ beeinträchtigten Patientinnen und Patienten über 65 Jahren ein, auf einer Skala von 1-5 wenn 1=gering,2=eher gering, 3=nicht höher als bei anderen Patienten,4=eher hoch,5=hoch <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5</p> <p>35. Nach welchen Kriterien haben Sie nun diese Einstufung vorgenommen?</p>

Fragen zum Thema Delir

Delir

36. Was verstehen Sie unter einem Delir?

37. Was sind für Sie mögliche bzw. erste Anzeichen für ein Delir?

38. Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen einem Delir und Schmerzen?
Können Sie mir das erklären?

39. Haben Sie schon Patientinnen und Patienten über 65 Jahren, welche sich im Delir befanden betreut?

Ja schon sehr oft **Ja einige wenige Male (eher selten)** **Nein noch nie**

40. Welche Instrumente stehen Ihnen zur Delirerfassung zur Verfügung und welche nutzen Sie aktiv, nutzen Sie das Instrument regelmässig?

41. Wie wird das Instrument angewendet, können Sie das kurz erklären?

42. Was sind Ihre ersten Gedanken, wenn sie mitgeteilt bekommen, dass ein älterer Patient mit einem beginnenden Delir zu Ihnen verlegt werden soll?

43. Wie gestaltet sich Ihre Betreuung deliranter Patienten über 65 Jahren? Auf was legen Sie den Fokus?

44. Wie sicher fühlen Sie sich im Umgang mit deliranten Patientinnen und Patienten über 65 Jahren?

Sehr sicher **eher sicher** **mittel** **eher unsicher** **sehr unsicher**

Falls „unsicher“ und „sehr unsicher“: Was bräuchten Sie konkret, um sich sicherer zu fühlen?

45. Wenn Sie einen Patienten betreuen welcher sich im Zustand des Delirs befindet, wie empfinden Sie die Situation?

anstrengend

herausfordernd

interessant

stressig

belastend

weder noch sondern eher _____

Fragen zum Thema Schulung von Schmerzen und Delir

Schulung/ Einarbeitung/ Schmerzkonzept/ Delir
<p>46. Wie wurden Sie bei der Einarbeitung bezüglich des Schmerzmanagement/ der Schmerzerfassung geschult und was waren dabei die wichtigsten Punkte/Inhalte?</p>
<p>47. Wurden Sie ausreichend bezüglich des Schmerzmanagements geschult? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja: Was hat Ihnen besonders geholfen? Falls nein: Was würden Sie sich wünschen, was man das nächste Mal besser machen könnte? Wo bestanden Defizite?</p>
<p>48. Gibt es Informationen über den geriatrischen Patienten, die Ihnen im Schmerzkonzept fehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja: Was würden Sie sich wünschen?</p>
<p>49. Wurden Sie auf die Problematik des Delirs aufmerksam gemacht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

Fragen zum Thema Stress

Stress
<p>50. Wie empfinden Sie die Arbeit auf der Notfallbettenstation? <input type="checkbox"/> anstrengend <input type="checkbox"/> herausfordernd <input type="checkbox"/> interessant <input type="checkbox"/> stressig <input type="checkbox"/> belastend <input type="checkbox"/> gute Möglichkeit meine Fähigkeiten einzusetzen</p>
<p>51. Falls Stress angegeben wird: Welche Auswirkungen hat der Stress auf das Schmerzmanagement? Wie äußert sich das?</p>

Fragen zum Thema Qualität des Schmerzmanagements

Qualität
<p>52. Wie brauchbar ist für Sie das Schmerzkonzept zur Erfassung von Schmerzen, wenn Sie es schnell anwenden müssen?</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht</p> <p>Falls „mittelmässig“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“: Woran könnte es liegen? Was könnte man verbessern?</p> <p>53. Wie schätzen Sie die Qualität der Schmerzmanagement bei Patienten mit kognitiver und/oder kommunikativer Einschränkung über 65 Jahren auf der Station ein?</p> <p><input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> eher gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> eher schlecht <input type="checkbox"/> sehr schlecht</p> <p>Falls „mittelmässig“, „eher schlecht“ und „sehr schlecht“: Woran könnte es liegen? Was könnte man verbessern?</p>

Fragen zu möglichen Anliegen/Anregungen

Anregungen
<p>54. Gibt es bezüglich der Thematik noch etwas dass Sie gerne sagen würden?</p>

Demographische Daten	
Name, Vorname	
Altersangabe	<input type="checkbox"/> <20 Jahre <input type="checkbox"/> 20-30 Jahre <input type="checkbox"/> 31-40 Jahre <input type="checkbox"/> 41-50 Jahre <input type="checkbox"/> 51-60 Jahre <input type="checkbox"/> >60 Jahre
Dauer der Anstellung auf der Notfallbettenstation	<input type="checkbox"/> < 1 Jahr <input type="checkbox"/> 1-2 Jahre <input type="checkbox"/> 3-4 Jahre <input type="checkbox"/> 5-6 Jahre <input type="checkbox"/> 7-8 Jahre <input type="checkbox"/> 9-10 Jahre <input type="checkbox"/> >10 Jahre
Fachbereich der vorherigen Station	
Zusatzausbildung in der Notfallpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zusatzqualifikationen/ Weiterbildungen im Bereich Pflege	

Abschluss
<ul style="list-style-type: none"> • Dank • Noch Fragen? • Stillschweigen bewahren wegen folgenden Interviews • Termin der Bekanntgabe der Ergebnisse

Anhang 4: Abgeleitete Erkenntnisse für die Ist-Analyse

1) *Wie Pflegefachpersonen die Schmerzsituation von über 65 jährigen Patienten einschätzen, welche kognitiv und/oder kommunikativ beeinträchtigt sind*

Frage Nr.	Kategorien	Paraphrasierte Aussagen	Erkenntnisse für die IST- Analyse
1.	Kontakt und Kommunikation	<p>Durch Fragen stellen kann herausgefunden werden, ob eine kognitive Einschränkung vorliegt.</p> <hr/> <p>Aufgrund der Anamnese und gezieltes Fragen stellen wird kann eine Einschränkung ermittelt werden.</p> <hr/> <p>Durch das Gespräch und die Interaktion mit dem Patienten werden Auffälligkeiten erkannt.</p> <hr/> <p>Äusserungsprobleme aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten können ein Hinweis auf eine Einschränkung sein.</p> <hr/> <p>Die erste Begegnung hilft bei der Erkennung von Einschränkungen. Schwerhörigkeit oder inadäquates Antworten geben weitere Hinweise.</p> <hr/> <p>Das Verhalten, die Aussagen und die Körperhaltung können Aufschluss auf mögliche kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen geben.</p> <hr/> <p>Das nicht Reagieren oder nicht reden/antworten bei der Kontaktaufnahme liefert Anhaltspunkte.</p> <hr/> <p>Durch Beobachtung und ansprechen und einfache Fragen stellen können Unstimmigkeiten erkannt werden.</p> <hr/> <p>Ansprechen, Fragen stellen und die Mimik und Gestik dienen der Erkennung.</p> <hr/> <p>Das Aussehen der Patienten, die Antworten und die Situation geben Aufschluss und lassen Einschränkungen erkennen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Durch den Kontakt und die Interaktion mit den Patienten und Fragen stellen können Einschränkungen erkannt werden ➤ Die Anamnese stellt eine wichtige Informationsquelle dar ➤ Das Verhalten und die Körperhaltung des Patienten geben Aufschluss über mögliche Einschränkungen ➤ Die Beobachtung des Patienten ist wesentlich ➤ Die Reaktion des Patienten liefert Hinweise auf mögliche Beeinträchtigungen

2.	ATL´s bei der Schmerzerkennung und Erfassung	<p>ATL´s sind bekannt werden jedoch nicht immer angewendet. ATL´s werden in der Dokumentation angeschaut und bei Schmerzen wird nach zu benötigender Unterstützung gefragt.</p>	<ul style="list-style-type: none">➤ Die ATL´s sind bei neun von 10 Personen bekannt➤ Die ATL´s spielen bei vier Personen bei der Schmerzerkennung eher eine untergeordnete bis keine Rolle➤ Bei sechs Personen gibt die Ausführung der ATL´s einen Anhaltspunkt für eine Schmerzproblematik➤ bietet eine Hilfe bei der Schmerzerkennung jedoch weniger bei der Schmerzerfassung
		<p>Die ATL´s sind nicht bekannt und spielen daher keine Rolle bei der Schmerzerfassung und Erkennung</p>	
		<p>ATL´s sind bekannt, spielen jedoch keine Rolle bei der Schmerzerfassung und Erkennung.</p>	
		<p>ATL´s sind bekannt, spielen jedoch keine Rolle bei der Schmerzerfassung und Erfassung.</p>	
		<p>ATL´s sind bekannt. Bei der Ausführung der ATL´s können Schmerzen erkannt werden.</p>	
		<p>ATL´s sind bekannt. Bei der Ausführung der ATL´s können Schmerzen erkannt werden wenn es hier zu Einschränkungen kommt.</p>	
		<p>ATL´s sind bekannt und spielen mehr bei der Schmerzerfassung als bei der Erkennung eine Rolle.</p>	
		<p>ATL´s sind bekannt und werden vor allem bei mobilen Patienten genutzt um Schmerzen zu erkennen.</p>	
		<p>ATL´s sind bekannt und spielen bei der Schmerzerkennung und der Ausführung von Prophylaxen eine Rolle.</p>	
		<p>ATL´s sind bekannt. Wenn die ATL´s nicht mehr ausgeführt werden können dann gibt das Hinweise auf Schmerzen.</p>	

Schmerzsituation einschätzen	14.	Die Beobachtung und der Kontakt mit dem Patienten ist wichtig um die Schmerzsituation bei eingeschränkten Patienten einzuschätzen.	Die Schmerzsituation des Patienten wird eingeschätzt durch:
		Beobachten und kommunizieren.	➤ die eigene Beobachtung des Patienten
		Gesunder Menschenverstand, die Diagnose, die Schmerztherapie und das Verhalten des Patienten geben Aufschluss.	➤ den direkten Kontakt mit den Patienten
		Der Patient wird bezüglich seiner Körpersprache beobachtet.	➤ Kommunikation
		Die Beobachtung des Patienten bezüglich seiner Mimik und Gestik.	➤ Diagnosen
		Die Beobachtung des Patienten bezüglich seiner Mimik, Gestik und des Blutdrucks.	➤ Beobachtung der Körpersprache
		Die Diagnose spielt eine wichtige Rolle, wie die Schmerzmedikation ist, wann zuletzt etwas verabreicht wurde und wie der Patient bei Berührungen reagiert.	➤ Beobachtung der Mimik und Gestik
		Die Diagnose, Körperhaltung, Mimik und Gestik und die Kommunikation mit den Patienten helfen bei der Schmerzeinschätzung.	➤ Beobachtung der Vitalzeichen
		Die Beobachtung hilft dabei die Schmerzsituation bei eingeschränkten Patienten einzuschätzen.	➤ Verordnete und schon verabreichte Schmerzmedikation
		Die eigene Beobachtung und die der Schichten vorher sind wichtig.	➤ Reaktion des Patienten auf Berührungen
		➤ Beobachtungen der Schicht vorher	

<p>15. Schmerzsituation einschätzen, Vorgehen</p>	<p>Wenn Schmerzen vermutet werden dann wird die Grundversorgung eingeleitet und nach Verordnungen gehandelt.</p>	<p>Konkretes Vorgehen bei der Einschätzung der Schmerzsituation:</p>
	<p>Der Patient wird bezüglich der Schmerzen befragt. Macht der Patient einen entspannten Eindruck, werden keine Schmerzen vermutet, gibt der Patient Laute von sich, wird nach der Ursache gesucht.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Grundversorgung gewährleisten ➤ Verordnungen beachten
	<p>Gesunder Menschenverstand, die Diagnose, die Schmerztherapie und das Verhalten des Patienten geben Aufschluss.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ursachensuche für mögliche Schmerzen evaluieren ➤ Beobachtung der Mimik und Gestik und Äusserungen
	<p>Der Patient wird beobachtet und eventuelle Zugänge werden kontrolliert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Diagnosen durchgehen
	<p>Es wird bei den Patienten gefragt ob Schmerzen vorhanden sind, wenn da klinische Bild nicht mit den Aussagen übereinstimmt oder nicht geantwortet werden kann, dann wird nach Vorkommnissen in der Schicht vorher und nach den ATL's geschaut. Sind diese abgedeckt, wird mit der Analgesie begonnen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kontrolle von Zugängen ➤ Beobachten der Mimik und Gestik des Patienten ➤ Klinisches Bild mit Beobachtung abgleichen
	<p>Es wird durch die Beobachtung der Mimik und Gestik konkret die Situation eingeschätzt. Weiter wird durch das Berühren verschiedener Körperstellen die Lokalisation erhoben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ATL's werden durchgegangen ➤ Beginnen mit der Schmerzbehandlung
	<p>Die Diagnose spielt eine wichtige Rolle, wie die Schmerzmedikation ist, wann zuletzt etwas verabreicht wurde und wie der Patient bei Berührungen reagiert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Erhebung der Lokalisation ➤ Bisherige Schmerztherapie kontrollieren
	<p>Mit der Schmerzskala wird der Schmerz bei eingeschränkten Patienten eingeschätzt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schmerzskala wird verwendet
	<p>Zuerst wird versucht durch aktives fragen Informationen zu erhalten. Geht das nicht, wird mittels Beobachtung der Körpersprache die Situation erfasst.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kommunikation mit dem Patient gib viele Informationen
	<p>Kontinuierliche Kommunikation und Beobachtung der Patienten.</p>	

2) Wie Schmerzen bei genannter Patientengruppe von den Pflegenden erkannt werden

Frage Nr.	Kategorien	Paraphrasierte Aussagen	Erkenntnisse für die IST- Analyse
9.	Schmerzerfassungsinstrument	<p>Die Erfassung erfolgt mittels der Zahlenskala.</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels der Zahlenskala.</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels der visuellen analog Skala</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels der visuellen analog Skala</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels der Zahlenskala und der Vitalzeichen.</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels der visuellen analog Skala und des ZOPA Systems.</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels Kommunikation</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels der Zahlenskala.</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels Kommunikation und der VAS.</p> <hr/> <p>Die Erfassung erfolgt mittels der Zahlenskala und in seltenen Fällen durch die VAS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei nicht eingeschränkten Patienten werden die Schmerzen mit der NRS (5 Personen) und der VAS (4 Personen) erfasst ➤ Vitalzeichen als Hilfe bei der Schmerzerfassung ➤ Das ZOPA System ➤ Kommunikation
10.	Schmerzerfassungsinstrument bei beeinträchtigten Patienten	<p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels der Zahlenskala.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels Beobachtung.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels Beobachtung des Verhaltens und Kenntnisse über die Diagnose.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei eingeschränkten Patienten werden die Schmerzen mit der NRS und der VAS erhoben ➤ Durch Beobachtung des Verhaltens ➤ Wissen um die Diagnosen ➤ Durch Kommunikation (nonverbale Art)

	<p>mittels Kommunikation auf nonverbale Art.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels der Vitalzeichenkontrolle.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels des ZOPA Systems.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels Beobachtung und/oder der VAS Skala.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels der NRS.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels der NRS.</p> <hr/> <p>Die Erfassung bei eingeschränkten Personen erfolgt mittels der VAS Skala.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Schmerzsituationseinschätzung mittels Vitalzeichen ➤ ZOPA ➤ VAS
<p>12.</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Informationen für ein adäquates Schmerzmanagement</p>	<p>Es ist zentral die Anamnese zu kennen um die richtigen Medikamente verabreichen zu können.</p> <hr/> <p>Um ein adäquates Schmerzmanagement vornehmen zu können wird die Diagnoseliste und Informationen vom Rapport benötigt.</p> <hr/> <p>Die Diagnoseliste und das Gespräch mit dem Patient sind zentral. Darauf aufbauend kann dann mit den Ärzten über Anpassungen oder Änderungen gesprochen werden.</p> <hr/> <p>Die Kommunikationsfähigkeit der Patienten ist wichtig damit Schmerzen eruiert werden können.</p> <hr/> <p>Informationen bezüglich der Diagnose, bisherige Schmerzbehandlung und die vorbestehenden Medikamente sind wichtig um ein gutes Schmerzmanagement machen zu können.</p> <hr/> <p>Um adäquat reagieren zu können muss man wissen seit wann die Schmerzen bestehen, welche</p>	<p>Um ein adäquates Schmerzmanagement durchführen zu können werden folgende Informationen benötigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Die Anamnese ➤ Diagnoseliste ➤ Informationen vom Rapport ➤ Das Gespräch mit dem Patient ➤ Dass der Patient kommunizieren kann ist wichtig um ein gutes Schmerzmanagement durchführen zu können ➤ Bisherige Schmerzbehandlung/ verordnete Medikamente

	<p>Medikation verordnet ist, wann die Schmerzen schlimmer oder besser sind, ob die Schmerzen bekannt sind oder neu auftreten und wie die Medikamente eingenommen werden.</p> <hr/> <p>Die Diagnose ist essentiell und die W- Fragen.</p> <hr/> <p>Der Schmerzwert auf der Skala, die Schmerzlokalisierung und die Art der Schmerzen sind wichtige Informationshinweise</p> <hr/> <p>Es wird direkt beim Patient nach Schmerzen gefragt und aufgrund der Antwort reagiert.</p> <hr/> <p>Die Schmerzlokalisierung, der Schmerzwert auf der Skala und ob es akute oder chronische Schmerzen sind stellt wichtige Informationen dar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verlauf der Schmerzen ➤ Skalenschmerzwert ➤ Schmerzlokalisierung ➤ Art der Schmerzen
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">13. Informationen für adäquates Schmerzmanagement bei eingeschränkten Patienten</p>	<p>Es werden keine anderen Informationen als bei nicht eingeschränkten Personen benötigt.</p> <hr/> <p>Da der Schmerzscore bei dieser Patientengruppe oft nicht verfügbar ist, wird mithilfe der Diagnoseliste und des Reports die Schmerzsituation des Patienten eingeschätzt.</p> <hr/> <p>Es werden keine anderen Informationen als bei nicht eingeschränkten Personen benötigt.</p> <hr/> <p>Ein guter Rapport ist dann sehr wichtig wo gesagt wird was an Schmerztherapie bisher gelaufen ist. Weiter wird der Patient in seiner Körpersprache beobachtet um Hinweise auf Schmerzen zu erhalten.</p> <hr/> <p>Da es sich bei den eingeschränkten Patienten meistens um ältere Menschen handelt, sind die Vorerkrankungen bezüglich der Schmerztherapie besonders zu berücksichtigen.</p> <hr/> <p>Es werden keine anderen Informationen als bei nicht eingeschränkten Personen benötigt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Auf die Diagnoseliste und den Rapport werden mehr Wert gelegt ➤ Beim Rapport werden Informationen benötigt wie: bisherige Beobachtungen, bisherige Schmerztherapie ➤ Vorerkrankungen ➤ Der direkte Kontakt ist hier besonders wichtig ➤ Bei vier Personen werden keine anderen oder zusätzlichen Informationen benötigt

	<p>Die Diagnose spielt eine wichtige Rolle, wie die Schmerzmedikation ist, wann zuletzt etwas verabreicht wurde und wie der Patient bei Berührungen reagiert.</p> <hr/> <p>Es werden keine anderen Informationen als bei nicht eingeschränkten Personen benötigt.</p> <hr/> <p>In der Pflegedokumentation wird geschaut wie die Schmerzsituation ist, wann etwas gegeben wurde und wie stark die Schmerzen waren.</p> <hr/> <p>Es ist schwer zu erkennen wo genau die Schmerzen lokalisiert sind da sich die Patienten teilweise nicht äussern können. Hier ist dann der direkte Kontakt mit Berührungen der Körperregionen wichtig.</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">19. Informationserhebung bei eingeschränkter Patientengruppe</p>	<p>Es wird auf die Körperhaltung des Patienten geachtet.</p> <hr/> <p>Mithilfe der Angehörigen wird eruiert ob die Schmerzen akut aufgetreten sind oder länger bestehen. Weiter wird die Schmerz Lokalisation und die Vitalzeichen erhoben.</p> <hr/> <p>Das Verhalten und die Schmerlokalisierung werden erhoben.</p> <hr/> <p>De Körpersprache und die Schmerzlokalisierung.</p> <hr/> <p>Anhaltspunkte sind Aussagen des Patienten und die Vitalzeichen wie Herz- und Atemfrequenz.</p> <hr/> <p>De Körpersprache und die Schmerzlokalisierung.</p> <hr/> <p>Der Patient wird auf die Körperhaltung hin beobachtet und die Diagnose hinzugezogen.</p> <hr/> <p>Die Diagnosen und die Aussagen der Kollegen sind wichtig und der Körper des Patienten wird auf Verletzungen untersucht.</p> <hr/> <p>Die Lokalisation, die Art und die Dauer des</p>	<p>Bei der Schmerzerhebung bei der eingeschränkten Patientengruppe liegt der Fokus auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Der Körperhaltung ➤ Verlauf der Schmerzen mithilfe der Angehörigen ➤ Schmerzlokalisierung ➤ Körpersprache ➤ Aussagen/ Äusserungen der Patienten ➤ Aussagen der Kollegen ➤ Bodycheck ➤ Charakteristik des Schmerzes (Art und Dauer)

	Schmerzes werden erhoben.	
	Mit der Diagnoseliste und durch Beobachtung wird die Lokalisation versucht zu erheben und die Dauer bezüglich akut oder chronisch.	
20.	Die Akte und zusätzliche Informationen wie von der Spitex können weitere Hinweise geben.	Aus der Akte können zusätzliche Informationen gewonnen werden:
	Die Diagnoseliste, die Medikamentenliste und der Pflegebereich mit dem Schmerzscore und dessen Reevaluation können weitere Hinweise auf Schmerzen liefern.	➤ Informationen der Spitex
	Die Diagnoseliste mit notierten Nebendiagnosen und Krankheitsgeschichte.	➤ Diagnoseliste mit Nebendiagnosen
	Bei kommunikativen Einschränkungen hilft die Diagnoseliste und der Score bei der Informationssammlung.	➤ Medikamentenliste
	Die Diagnoseliste mit den Nebendiagnosen und die Auskunft von Angehörigen oder Betreuern sind hilfreich.	➤ Schmerzscore und dessen Reevaluation
	Die Diagnoseliste, die Vitalzeichen und die Pflegedokumentation liefern weiter Hinweise.	➤ Vitalzeichen
	Nebenerkrankungen und die Information ob ein Patient schon länger in Schmerzbehandlung ist.	➤ Pflegedokumentation mit Lokalisation, Score und eingeleitete Massnahmen
	Die Pflegedokumentation mit erfasster Lokalisation, Stärke, dem Score und Interventionen. Auch ob der Patient ruhig oder unruhig ist gibt weitere Hinweise.	➤ Anamnese
	Die Diagnoseliste, die Anamnese und die Schmerzerfahrung sind wichtig.	➤ Die Erfahrung hilft bei der Erkennung
	Die Diagnoseliste in Verbindung mit der Erfahrung geben Hinweise auf eine Schmerzproblematik.	

Hinweise aus der Akte auf Schmerzproblematik

<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Weitere Möglichkeiten der Schmerzerkennung, Schmerzerfassung und Informationssammlung</p>	<p>21. Die Diagnoseliste ist hilfreich wenn sich die Patienten nicht mehr äussern können.</p>	<p>Als weitere Möglichkeit für die Schmerzerkennung bei der eingeschränkten Patientengruppe werden neben der Diagnoseliste und der Anamnese</p>
	<p>Weitere Möglichkeiten die Schmerzsituation zu erfassen bei eingeschränkten Patienten bietet neben der Diagnoseliste die Befragung der Angehörigen und die Beobachtung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ die Angehörigen befragt
	<p>Weitere Möglichkeiten die Schmerzsituation zu erfassen bei eingeschränkten Patienten bietet neben der Diagnoseliste die Befragung der Angehörigen und die Beobachtung.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ der Patient beobachtet (Körperhaltung)
	<p>Die Diagnoseliste, der erfasste Schmerzscore und Betreuer der Patienten können Informationen liefern.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Betreuer der Patienten (Heim oder Spitem) als Quelle genutzt
	<p>Die Diagnoseliste mit den Nebendiagnosen und die Auskunft von Angehörigen oder Betreuern sind hilfreich.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ der Eintrittsgrund beachtet
	<p>Die Angehörigen können wichtige Informationen liefern wenn der Patient nicht mehr selbst dazu in der Lage ist adäquat Auskunft zu geben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ die Vorgeschichte der Patienten nachgelesen
	<p>Weitere Möglichkeiten die Schmerzsituation zu erfassen bei eingeschränkten Patienten bietet die Befragung der Angehörigen und all jener die Auskunft geben können.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ der Rapport genutzt
	<p>Der Eintrittsgrund und die Vorgeschichte des Patienten stehen zur Verfügung. Die Angehörigen sind oft nicht mehr da und können nicht genutzt werden.</p>	
	<p>Die Befragung der Angehörigen oder Betreuern im Heim liefern zusätzliche Informationen.</p>	
<p>Die Beobachtung des Verhaltens, der Körperhaltung, Informationen der Schichten vorher oder die Angehörigen können eine Möglichkeit sein.</p>		

Beobachtungen	22.	Die Mimik und die Körperhaltung sind Beobachtungen die direkt am Patienten vorgenommen werden können.	Um Aufschluss über eine Schmerzproblematik zu bekommen wird der Fokus bei der Beobachtung gelegt auf:
	Die Vitalzeichen, die Atmung, die Körperhaltung- und Spannung und die Erfahrung spielen in die Beobachtung hinein.	➤ die Mimik	
	Die Mimik und die Körperhaltung sind Beobachtungen die direkt am Patienten vorgenommen werden können.	➤ Gestik	
	Es kann die Körpersprache und die Haltung, die Bewegung und die Mimik beobachtet werden, welche dann Aufschluss auf eine Schmerzproblematik geben können.	➤ Körperhaltung/ Körpersprache	
	Es kann die Körpersprache, verbale Äusserungen, die Mimik und das Verhalten beobachtet werden, welche dann Aufschluss auf eine Schmerzproblematik geben können.	➤ Vitalzeichen	
	Die Mimik und Gestik, die Körperhaltung, die Lokalisation, Laute, Vitalzeichen, ATL´s können Aufschluss geben.	➤ Atmung	
	Die Haltung, die Vitalzeichen und der verbale Ausdruck wie schreien werden beobachtet.	➤ Die Erfahrung spielt eine wichtige Rolle	
	Beobachtungen bezüglich der ATL´s, der Körperhaltung, der Mimik und der Bewegung werden vollzogen.	➤ Verbale Äusserungen, Laute	
	Beobachtungen bezüglich der Gestik, Mimik, Körperhaltung, beim Kontakt und bei der Ausführung von ATL´s.	➤ ATL´s	
	Beobachtungen bezüglich der Unruhe, der Körperhaltung und der Mimik.	➤ Bewegungsausführung	
	➤ Unruhe		

25.

Intuition versus Expertise

Die Schmerzerfassung ist sowohl intuitiv als auch wissensgeleitet.

Die Schmerzerfassung ist sowohl intuitiv als auch wissensgeleitet.

Die Schmerzerfassung ist sowohl intuitiv als auch wissensgeleitet.

Die Schmerzerfassung ist sowohl intuitiv als auch wissensgeleitet.

Die Schmerzerfassung ist eher wissensgeleitet und zum Teil intuitiv.

Die Schmerzerfassung ist sowohl intuitiv als auch wissensgeleitet. Bei eingeschränkten Patienten spielt jedoch die Erfahrung und das Wissen eine wichtige Rolle.

Die Schmerzerfassung ist eher intuitiv wobei Wissen eine Rolle spielt.

Die Schmerzerfassung ist eher intuitiv da es auf Erfahrung basiert.

Die Schmerzerfassung ist sowohl intuitiv als auch wissensgeleitet.

Die Schmerzerfassung ist eher intuitiv da es auf Erfahrung basiert.

- Sechs Personen geben sowohl ein intuitives als auch wissensgeleitetes Vorgehen bei der Schmerzerfassung an
- Zwei Personen geben eher wissensgeleitet an
- Und zwei Personen geben die Erfahrung an, welche eine Rolle spielt

Einschätzung der Expertise bei Schmerzerkennung	26.	<p>Expertise wird <i>mittel</i> eingeschätzt. Die Expertise könnte durch mehr Erfahrung und zusätzlicher Literatur verbessert werden.</p> <hr/> <p>Expertise wird <i>eher hoch</i> eingeschätzt. Aufgrund der Erfahrung wurde diese Einstufung vorgenommen. Sehr hoch kann nicht erreicht werden da jede Situation anders ist.</p> <hr/> <p>Die Expertise wird zwischen <i>mittel</i> und <i>eher hoch</i> eingeschätzt. Hilfreich wäre ein Instrument das adäquat bei der Einschätzung hilft.</p> <hr/> <p>Die Expertise wird zwischen <i>mittel</i> und <i>eher hoch</i> eingeschätzt. Die Expertise könnte durch mehr Erfahrung und zusätzlicher Literatur verbessert werden.</p> <hr/> <p>Die Expertise wird <i>eher hoch</i> eingeschätzt. Es sollte sich die Zeit für die Reevaluation genommen werden.</p> <hr/> <p>Die Expertise wird <i>eher hoch</i> eingeschätzt. Die Expertise könnte durch Literatur und mehr Erfahrung gesteigert werden</p> <hr/> <p>Die Expertise wird <i>eher hoch</i> eingeschätzt.</p> <hr/> <p>Die Expertise wird <i>eher hoch</i> eingeschätzt.</p> <hr/> <p>Die Expertise wird <i>eher hoch</i> eingeschätzt, da das Konzept mehrfach gelesen wurde und sich mit anderen Ausgetauscht wurde. Eine Fortbildung wird dennoch gewünscht.</p> <hr/> <p>Die Expertise wird <i>eher hoch</i> eingeschätzt. Situationen in denen der Patient eher ruhig ist, werden oft nicht erkannt und daher vernachlässigt.</p>	<p>Die Expertise bei der Schmerzerkennung bei der beeinträchtigten Patientengruppe wird von:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ wird von einer Person als <i>mittel</i> eingestuft ➤ von zwei Personen von <i>mittel</i> bis <i>eher hoch</i> ➤ von sieben Personen <i>eher hoch</i> ➤ Es wird gewünscht, dass Literatur zur Verfügung gestellt ➤ Ein Instrument für die Schmerzerkennung bei der vulnerablen Patientengruppe eingeführt wird ➤ Die Expertise könnte durch mehr Erfahrung mit dieser Patientengruppe gesteigert werden ➤ Fortbildungen angeboten werden
---	-----	--	--

3) Welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn Schmerzen erkannt wurden

Frage Nr.	Kategorien	Paraphrasierte Aussagen	Erkenntnisse für die IST- Analyse
3.	Komplikationen bei fehlendem Schmerzmanagement	<p>Die Grundproblematik kann nicht eruiert werden und der Heilungsprozess verzögert sich.</p> <hr/> <p>Das Delir kann eine mögliche Komplikation darstellen.</p> <hr/> <p>Das Delir kann eine mögliche Komplikation darstellen.</p> <hr/> <p>Das Delir, Unruhe und Aggressivität können mögliche Komplikation darstellen.</p> <hr/> <p>Das Delir und Begleiterkrankungen aufgrund vom Immobilisation bedingt durch Schmerzen können Komplikationen darstellen.</p> <hr/> <p>Die Obstipation und das Delir können Komplikationen sein.</p> <hr/> <p>Schmerzen und durch fehlendes Schmerzmanagement können sich die Vitalzeichen negativ verändern.</p> <hr/> <p>Leiden durch Schmerzen und Delir.</p> <hr/> <p>Delir, Rückzug des Patienten und Schonhaltungen können Komplikationen darstellen.</p> <hr/> <p>Das Delir kann eine mögliche Komplikation darstellen.</p>	<p>Als mögliche Komplikationen folgende Punkte genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Verzögerungen im Heilungsprozess ➤ Delir ➤ Unruhe ➤ Aggressives Verhalten ➤ Schmerzen ➤ Obstipation ➤ Veränderung der Vitalzeichen ➤ Leid ➤ Rückzug der Patienten

17.	Skalenwerte bei älteren Patienten	<input checked="" type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> höhere <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> höhere <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> höhere <hr/> <input type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input checked="" type="checkbox"/> höhere <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> höhere <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> höhere <hr/> <input type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input checked="" type="checkbox"/> höhere <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> höhere <hr/> <input checked="" type="checkbox"/> tiefere <input type="checkbox"/> gleich <input type="checkbox"/> höhere	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Acht Personen gaben an, dass ältere Patienten erfahrungsgemäss eher tiefere Skalenwerte angeben obwohl die Schmerzen stärker sind ➤ Zwei Personen äusserten, dass ältere Patienten eher höhere Skalenwerte angeben
18.	Ableitungen für die Pflege	<p>Ältere Patienten geben einen tieferen Wert an. Abgeleitet für die Pflege bedeutet dass, dass auch bei tieferen Werten ein Schmerzmittel angeboten wird.</p> <hr/> <p>Teilweise sind die Leute nicht so ehrlich und wenn das bemerkt wird, dann wird die Schmerzmedikation erhöht und der Patient stetig beobachtet.</p> <hr/> <p>Die älteren Patienten geben zwar ehrlich Auskunft, können den Schmerz aber nicht mehr richtig wahrnehmen. Abgeleitet bedeutet das, dass vermehrt beobachtet wird und Schmerzmittel gegeben werden.</p> <hr/> <p>Die Patienten geben ehrlich Auskunft.</p> <hr/> <p>Die Patienten geben oft nicht ehrlich Auskunft über</p>	<p>Die Angabe von tieferen Skalenwerten bedeutet abgeleitet für die Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Das auch bei tieferen Werten Schmerzmittel angeboten werden ➤ Erhöhung der Schmerzmedikation ➤ Vermehrtes beobachten ➤ Früherer Beginn mit der Schmerzmedikation ➤ Einschätzung mittels der VAS

Ihre Schmerzen. Abgeleitet bedeutet dass, dass früher mit der Schmerzmedikation begonnen wird und die Beobachtung erhöht wird.

Bei nicht kognitiv eingeschränkten Patienten besteht oft die Angst vor zu vielen Schmerzmitteln oder Nebenwirkungen. Bei den eingeschränkten Patienten wird durch Beobachtung der Schmerzsituation ermittelt und bei Anzeichen ein Schmerzmedikament gegeben.

Die Aussagen sind teilweise widersprüchlich. Zur besseren Differenzierung wird die VAS zu Hilfe genommen. Frauen sind Schmerzempfindlicher als Männer in diesem Alter.

Die Auskunft ist nicht immer ehrlich. Abgeleitet für die Pflege bedeutet dass, dass die Schmerzen höher eingestuft werden und daher die Medikation angepasst wird.

Die Auskunft ist nicht immer ehrlich. Abgeleitet für die Pflege bedeutet dass, dass Schmerzen daher immer ernst genommen werden und sich an die Verordnungen gehalten wird oder sich eine weitere Meinung eingeholt wird.

Es wird zwar ehrlich Auskunft gegeben aber mit dem Verständnis kann es Schwierigkeiten geben, daher wird die Situation mit verschiedenen Wörtern erklärt. Es wird sich die Zeit genommen, falls kein Schmerzmittel verabreicht wurde, öfter nachzuschauen.

- Schmerzen werden ernst genommen
- Es wird sich an die Verordnungen gehalten
- Sich die Zeit nehmen öfters nach den Patienten zu schauen

4) Welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn Schmerzen aufgrund der Diagnoselisten sehr wahrscheinlich sind, jedoch von den Patienten nicht geäußert werden oder mitgeteilt werden können

Frage Nr.	Kategorien	Paraphrasierte Aussagen	Erkenntnisse für die IST- Analyse
28.	Dokumentation der Schmerzen bei der eingeschränkten Patientengruppe	<p>Bei eingeschränkten Patienten werden die Beobachtungen bezüglich der Mimik dokumentiert.</p> <hr/> <p>Der Schmerz- Score wird durch Adjektive ersetzt und die Beobachtungen im Pflegebericht genauer erläutert.</p> <hr/> <p>Bei eingeschränkten Patienten werden die Vermutungen dokumentiert.</p> <hr/> <p>Beobachtungen und Vermutungen werden festgehalten.</p> <hr/> <p>Im Pflegebericht reicht es nicht nur den Score zu notieren, sondern es sollte auf die klinischen Aspekte eingegangen werden.</p> <hr/> <p>Bei eingeschränkten Patienten werden die Beobachtungen dokumentiert und wie die Situation empfunden wird im Sinne der Schmerzsituation.</p> <hr/> <p>Bei eingeschränkten Patienten werden die Beobachtungen, Schmerz ja/nein und klinische Zeichen dokumentiert.</p> <hr/> <p>Der Schmerz- Score wird durch Adjektive ersetzt. Beobachtungen darüber wie der Patient den Schmerz zeigt und wie der Schmerz von der Pflegenden bemerkt wurde, wird ebenfalls dokumentiert. Auch das Medikament dass dann verabreicht wurde wird dokumentiert.</p>	<p>Bei Patienten welche Schmerzen haben, diese jedoch nicht mehr äussern können, liegt bei der Dokumentation der Fokus auf:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ der Mimik ➤ der Beobachtungen ➤ Erläuterung der Beobachtungen und Vermutungen in der Pflegedokumentation ➤ Dokumentation der Vermutungen ➤ den klinischen Aspekten und Schmerzzeichen ➤ Ersetzung der Skalenwerte durch Adjektive ➤ Verabreichte Medikamente

	<p>Bei eingeschränkten Patienten werden die Beobachtungen dokumentiert und wie der Patient vorgefunden wurde.</p>	
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Sicherheit im Umgang mit vulnerablen Patientengruppe</p>	<p>30. Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>eher sicher</i> eingestuft. Um das Sicherheitsgefühl zu verbessern wäre mehr Kontakt und Erfahrung mit dieser Patientengruppe nötig, Literatur zu diesem Thema und der Austausch mit erfahreneren Kollegen.</p> <hr/> <p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>eher sicher</i> eingestuft. Um das Sicherheitsgefühl zu verbessern wäre ein Input von 30 Minuten hilfreich, wo die Schmerzdefinition, das Schmerzerfassungsinstrument und die neusten Erkenntnisse und Studien vorgestellt würden.</p> <hr/> <p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>mittel</i> bis <i>eher sicher</i> eingestuft. Um das Sicherheitsgefühl zu verbessern wäre ein Instrument hilfreich.</p> <hr/> <p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>mittel</i> eingestuft. Um das Sicherheitsgefühl zu verbessern benötigt es mehr Erfahrung und Übung.</p> <hr/> <p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>eher sicher</i> eingestuft.</p> <hr/> <p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>sehr sicher</i> eingestuft.</p> <hr/> <p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>eher sicher</i> eingestuft.</p>	<p>Bei der Einschätzung der Sicherheit im Umgang mit der eingeschränkten Patientengruppe gab:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Eine Person mittel an ➤ Eine Person mittel bis eher sicher ➤ Sechs Personen eher sicher ➤ Zwei Personen sehr sicher an <p>Um sich sicherer im Umgang zu fühlen wurde gesagt dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mehr Erfahrung, Übung und Kontakt nötig wären ➤ Ein Fachinput mit Informationen über die Schmerzdefinition, Schmerzerfassungsinstrumente, neuste Erkenntnisse und Studien ➤ Ein Instrument um den Umgang zu systematisieren ➤ Eine Fortbildung über die Thematik des älteren Menschen

	<p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>eher sicher</i> eingestuft. Eine Fortbildung bezüglich älterer Menschen wäre wünschenswert.</p> <hr/> <p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>sehr sicher</i> eingestuft.</p> <hr/> <p>Der Umgang mit älteren kognitiv eingeschränkten Patienten wird <i>eher sicher</i> eingestuft. Würde mehr Zeit zur Verfügung stehen, könnte die Einstufung sehr sicher vorgenommen werden.</p>	
<p>Abgeleitete pflegerische Handlungen</p>	<p>31. Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann werden Schmerzmedikamente gegeben.</p> <hr/> <p>Bei schlafenden Patienten wird ein Basisschmerzmittel gegeben und bei Äusserungen durch Laute, wird zu einem stärkeren gegriffen.</p> <hr/> <p>Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann werden eher stärkere Schmerzmedikamente gegeben.</p> <hr/> <p>Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann werden Schmerzmedikamente gegeben.</p> <hr/> <p>Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann wird nachgeprüft ob die Verordnungen richtig sind.</p> <hr/> <p>Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann wird auf ein bekanntes Schmerzerfassungssystem zurückgegriffen.</p>	<p>Wenn die Schmerzen nicht mehr geäußert werden können, werden folgende pflegerischen Handlungen abgeleitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gabe von Schmerzmedikamenten ➤ Basisedikation ➤ Steigerung der Schmerzmedikation ➤ Ausschöpfung der Schmerzreservemittel ➤ Prüfung der Verordnungen ➤ Schmerzerfassungssystem durch Beobachtung ➤ Beobachtung

Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann werden Schmerzmedikamente gegeben, die Verordnungen überprüft und auf die Fix- Medikation geachtet.

Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann werden Schmerzmittel gegeben und der Patient beobachtet.

Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann wird pflegerisch eine Umlagerung oder Mobilisation versucht. Der Patient wird beobachtet.

Wenn Schmerzen wahrscheinlich sind, aber nicht geäußert werden können, dann werden die Verordnungen auf Fix- Medikamente überprüft, Reserven ausprobiert und das Verhalten des Patienten beobachtet.

5) Wie der Wissenstand der Pflegenden bezüglich der Thematik des Delirs ist und wie sich die Betreuung deliranter Patienten gestaltet

Frage Nr.	Kategorien	Paraphrasierte Aussagen	Erkenntnisse für die IST- Analyse
36.	Wissenstand Delir	<p>Das Delir wird als inadäquate Reaktion des Patienten in einer Situation definiert.</p> <hr/> <p>Bei einem Delir nimmt der Patient Dinge wahr, die nicht vorhanden sind.</p> <hr/> <p>Das Delir wird als Veränderung der Bewusstseinslage des Patienten, ausgelöst durch verschiedene Faktoren definiert.</p> <hr/> <p>Das Delir wird als Situation definiert, in welcher die Patienten unruhig oder aggressiv sind.</p> <hr/> <p>Das Delir wird als fluktuierende kognitive Einschränkung ohne klar ersichtlichen Auslöser definiert.</p> <hr/> <p>Das Delir wird als Zustand definiert in welchem der Patient keine Kontrolle mehr über seine Handlungen hat.</p> <hr/> <p>Das Delir wird als Zustand definiert in dem sich der Patient nicht mehr wie sonst verhält und nicht mehr er selbst ist.</p> <hr/> <p>Das Delir wird als Zustand der Wesensveränderung definiert. Dabei wird die Unterscheidung zwischen einem Hypo- und Hyperdelir vorgenommen.</p> <hr/> <p>Das Delir wird als Zustand motorischer Unruhe, Aggressivität, Weglauftendenzen und mit Schmerzen definiert.</p> <hr/> <p>Das Delir wird als Zustand der Unruhe und Verwirrtheit definiert.</p>	<p>Das Delir wird von den Pflegenden folgendermassen definiert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inadäquate Reaktion auf die Situation ➤ Wahrnehmung von Dingen die nicht existent sind ➤ Veränderung der Bewusstseinslage und Verwirrtheit ➤ Situation der Unruhe und Aggressivität ➤ Fluktuierende kognitive Beeinträchtigung ➤ Kontrollverlust ➤ Abweichendes Verhalten von der Norm ➤ Zustand der Wesensveränderung ➤ Zustand motorischer Unruhe ➤ Schmerzsituation

<p>Deliranzeichen</p>	<p>37. Erste Anzeichen für ein Delir sind Unruhe, Aggressivität und Verweigerung.</p>	<p>Genannte erste Anzeichen für ein Delir von den Pflegenden:</p>
	<p>Erste Anzeichen für ein Delir können inadäquate Antworten auf einfache Fragen sein und eine Unruhe die aufkommt.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unruhe ➤ Aggressivität
	<p>Anzeichen für ein Delir können plötzliche Verhaltensänderungen sein, im Sinne von zurückziehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Patient zieht sich zurück
	<p>Erste Anzeichen für ein Delir ist die Unruhe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Inadäquates antworten auf einfache Fragen
	<p>Erste Anzeichen für ein Delir können inadäquate Antworten auf einfache Fragen sein, welche nicht mehr der Realität entsprechen und die motorische Unruhe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Geröteter Kopf ➤ Verweigerung
	<p>Erste Anzeichen für ein Delir können Unruhe, Nervosität, geröteter Kopf bis hin zu aggressivem Verhalten sein.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Stellen von inadäquaten Fragen
	<p>Als erstes Anzeichen für ein Delir kann eine Verhaltensveränderung, die von der Norm abweicht, gedeutet werden.</p>	
	<p>Bei einem Hypodelir können erste Anzeichen ein gerötetes Gesicht und ein verwirrter Blick sein. Beim Hyperdelir wäre das die Unruhe und die Verweigerung.</p>	
	<p>Erste Anzeichen für ein Delir kann die Unruhe sein. Eine bestehende Demenz wird durch die Diagnoseliste abgeklärt.</p>	
	<p>Erste Anzeichen für ein Delir können Unruhe und das stellen inadäquater Fragen sein.</p>	

38.

Zusammenhang zwischen Delir und Schmerzen

Es wird ein Zusammenhang zwischen Schmerzen und dem Delir gesehen, wenn Schmerzmedikamente nicht gegeben werden und sich der Patient nicht mehr zu helfen weiss.

Es wird ein Zusammenhang zwischen Schmerzen und dem Delir gesehen, kann jedoch nicht genau erklärt werden.

Der unbehandelte Schmerz kann bei der gefährdeten Gruppe zu einem Delir führen.

Es wird ein Zusammenhang zwischen Schmerzen und dem Delir gesehen, wenn Schmerzmedikamente nicht oder ungenügend verabreicht werden. Das führt bei den Patienten zu Unwohlsein und Aggressivität.

Schmerzen werden zwar wahrgenommen, können jedoch nicht geäußert werden was dann zu einer Unruhe führt.

Schmerzen können nicht geäußert werden was dann zu einer Unruhe Aggressivität führt, da die Schmerzen nicht behandelt werden.

Durch die fehlende Kommunikationsfähigkeit und nicht umgehen können mit Schmerzen, kann es zu einem Delir kommen.

(Interviewte Person verweist bei der Antwort auf bereits gestellte Fragen).

Schmerzen können nicht geäußert werden.

Es wird ein Zusammenhang zwischen Schmerzen und dem Delir gesehen, wenn der Patient nicht weiss was mit ihm wie passiert und er sich weder äussern noch wehren kann.

Ein unzureichendes Schmerzmanagement führt dazu, dass:

- Der Patient sich nicht mehr zu helfen weiss
- Es zu einem Delir führen kann
- Es zu Unwohlsein und Aggressivität führt
- Unruhe aufkommt
- Sich der Patient im Delir nicht wehren und Bedürfnisse nicht kundtun kann

Es wird von allen befragten Personen ein Zusammenhang gesehen, jedoch kann keine fundierte Erklärung geliefert werden

Delirerfassung	40.	Das Delirscreening ist bekannt und wird ausgefüllt, wenn es verlangt wird.	➤ Das Delirerfassungsinstrument ist bei allen Befragten bekannt
		Das Delirscreening ist bekannt und wird ausgefüllt wenn es von der Triage noch nicht gemacht wurde oder wenn sich das Verhalten verändert.	➤ Wird von sieben Personen nur dann ausgefüllt, wenn es von der Triage noch nicht gemacht wurde
		Das Delirscreening ist bekannt und wird ausgefüllt wenn es von der Triage noch nicht gemacht wurde oder wenn sich das Verhalten verändert. Das Instrument wird kritisch hinsichtlich seiner Aussagekraft eingeschätzt.	➤ Eine Person gab an, dass sie sich bisher nicht näher damit beschäftigt hat
		Das Delirscreening ist bekannt und wird ausgefüllt wenn es von der Triage noch nicht gemacht wurde oder wenn sich das Verhalten verändert. Es wird als Anhaltspunkt genutzt.	➤ Eine Person schätzt die Aussagekraft des Instruments als kritisch ein
		Das Delirscreening ist bekannt und wird ausgefüllt wenn es von der Triage noch nicht gemacht wurde.	➤ Eine Person füllt das Delirblatt aus wenn sich eine Verhaltensveränderung einstellt
		Das Delirscreening ist bekannt und wird ausgefüllt wenn es von der Triage noch nicht gemacht wurde.	
		Das Delirscreening ist bekannt und wird ausgefüllt wenn es von der Triage noch nicht gemacht wurde oder wenn sich das Verhalten verändert.	
		Das Delirscreening ist bekannt.	
		Das Delirscreening ist bekannt und wird ausgefüllt wenn es von der Triage noch nicht gemacht wurde	
		Das Delirscreening ist bekannt. Es wurde sich jedoch nicht intensiver damit auseinander gesetzt.	

41.

Inhalte der Delirfassung

Bei dem Delirscreening werden verschiedene Fragen gestellt wie Monate rückwärts aufzählen.

➤ Drei Personen können den genauen Inhalt des Instruments wiedergeben

Bei dem Delirscreening werden verschiedene Fragen gestellt wie Monate rückwärts aufzählen.

➤ Sechs Personen gaben den Inhalt unvollständig an und bezogen sich auf den ersten Teil „Aufmerksamkeitstest“

Bei dem Delirscreening geht es um die Testung der Aufmerksamkeit.

➤ Eine Person kann ohne die Vorlage des Delirblattes keine inhaltlichen Hinweise geben

Es kann ohne Vorlage nicht gesagt werden wie das Screening angewendet wird.

Bei dem Delirscreening geht es um die Testung der Aufmerksamkeit, der Denkstörungen und dem logischen Denken.

Bei dem Delirscreening geht es um die Testung der Aufmerksamkeit, der Konzentration und dem logischen Denken.

Bei dem Delirscreening geht es um die Testung der Aufmerksamkeit und beinhaltet zeitliche sowie örtliche Fragen.

Das Delirscreening beinhaltet die Aufforderung die Monate rückwärts aufzuzählen. Es gibt Auskunft darüber wie realistisch der Patient denken kann.

Das Delirscreening beinhaltet verschiedene Fragen die dem Patienten gestellt werden.

Das Delirscreening beinhaltet verschiedene Fragen die dem Patienten gestellt werden.

<p>43.</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Betreuung deliranter Patienten</p>	<p>Die Behandlung sieht die Weiterführung des Behandlungsplanes vor.</p> <hr/> <p>Der Fokus wird auf das Gespräch, die Schmerz-Medikation und Psychopharmaka gelegt.</p> <hr/> <p>Der Fokus liegt auf der Schaffung von Ruhe.</p> <hr/> <p>Er Fokus liegt bei der Schmerzbehandlung.</p> <hr/> <p>Der Fokus liegt auf der Prüfung der bisherigen Interventionen und auf der Ursachensuche.</p> <hr/> <p>Der Fokus liegt bei der Sicherheit, dass weder eine Selbst- noch Fremdgefährdung vorliegt und auf der Schaffung von Ruhe.</p> <hr/> <p>Der Fokus liegt bei der Schaffung von Ruhe, Überwachungsmöglichkeiten und Grundbedürfnisse befriedigen.</p> <hr/> <p>Der Fokus liegt bei der Schaffung von Ruhe und der Ursachensuche.</p> <hr/> <p>Der Fokus wird auf die Sicherheit und die ATL's gelegt.</p> <hr/> <p>Der Fokus liegt bei der Schaffung von Ruhe, der Medikation und dass der Patient nicht alleine gelassen wird.</p>	<p>Bei der Betreuung deliranter Patienten nennen die Pflegenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Gespräche führen ➤ Psychopharmaka ➤ Den Patienten mit Ruhe begegnen und Ruhe schaffen ➤ Schmerzbehandlung ➤ Ursachenforschung ➤ Bisher geleitete Interventionen ➤ Grundbedürfnisse befriedigen (ATL's) ➤ Sicherheit ➤ Medikation ➤ dem Behandlungsplan folgen
<p>44.</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Sicherheitsgefühl im Umgang mit deliranten Patienten</p>	<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>mittel</i> eingestuft und könnte durch mehr Erfahrung verbessert werden.</p> <hr/> <p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>eher sicher</i> eingestuft. Unzufriedenheit und Unsicherheit herrscht bezüglich der Durchführung des Delirscreenings und der Durchführung seitens der Triage.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Drei Personen geben sich im Umgang mit deliranten Patienten mittel sicher zu fühlen ➤ Fünf Personen fühlen sich im Umgang eher sicher ➤ Und zwei Personen fühlen sich sehr sicher ➤ Eine Person fühlt sich bei der Durchführung der

<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>eher sicher</i> eingestuft. Delirante Patienten werden in ihrem Verhalten als unberechenbar eingeschätzt zudem muss jede Situation neu angeschaut werden.</p>	<p>Delirerhebung unsicher</p>
<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>mittel</i> eingestuft. Da noch nicht viel mit deliranten Patienten gearbeitet wurde, wäre es hilfreich wenn Literatur zur Verfügung gestellt werden würde und ein Instrument mit welchem die Patienten systematisch beobachtet werden könnten.</p>	<p>Um sich sicherer zu fühlen wird von den befragten Personen gesagt, dass:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Mehr Erfahrung zum Sicherheitsgefühl betragen würde➤ Literatur zum Thema erwünscht wird und➤ Ein Instrument welches bei der systematischen Beobachtung der Patienten unterstützt➤ Eine Person die man zu Hilfe holen kann wenn der Patient aggressiv ist➤ Eine Fortbildung
<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird aufgrund diverser Schulungen und dem Delirscreening als <i>eher sicher</i> eingestuft. Sehr sicher kann aufgrund der Unterschiedlichkeit der Situationen wohl nicht erreicht werden.</p>	
<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>sehr sicher</i> eingestuft.</p>	
<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>eher sicher</i> eingestuft.</p>	
<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>eher unsicher</i> eingestuft, da sich nicht vorhersehen lässt wie der Patient reagiert. Es kam schon einmal zu einem gewalttätigen Übergriff. Wünschenswert wäre eine Person die dann unterstützt.</p>	
<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>mittel</i> eingestuft. Um sich sicherer zu fühlen wäre eine Fortbildung hilfreich.</p>	
<p>Das Gefühl im Umgang mit deliranten Patienten wird als <i>sehr sicher</i> eingestuft.</p>	

Empfinden der Situation der Betreuung	45.	Es wird unterschiedlich empfunden. Wichtig ist, dass die Verordnungen von ärztlicher Seite ordnungsgemäss sind.	➤ Die Verordnungen der Ärzte sollten korrekt und angemessen sein
		Die Betreuung von Patienten im Delir wird als stressig, belastend und kritisch empfunden wenn noch viel anderes erledigt werden muss und zu wenig Zeit für den Patienten vorhanden ist.	Die Situationen werden als:
		Die Situationen werden als anstrengend und herausfordernd empfunden.	➤ Anstrengend (5 Personen)
		Die Situation wird als herausfordernd, interessant und stressig empfunden.	➤ Herausfordernd (4 Personen)
		Die Situationen werden als anstrengend und interessant empfunden wenn genügend Zeit zur Verfügung steht.	➤ Interessant (2 Personen)
		Die Situationen werden als anstrengend und herausfordernd empfunden.	➤ Stressig (2 Personen)
		Die Situationen werden als anstrengend, herausfordernd und stressig empfunden.	➤ Belastend und (1 Person)
		Die Situationen werden als anstrengenden empfunden, da aufgrund des Zeitmangels keine 1:1 Betreuung möglich ist	➤ Kritisch empfunden (1 Person)
		Die Situationen wurden zu Beginn als belastend empfunden. Inzwischen wird es als gute Lern-Möglichkeit angesehen.	➤ Gute Lernmöglichkeit (1 Person)
		Die Situation wird belastend erlebt, da noch andere Patienten betreut werden müssen. Wenn genügend Zeit zur Verfügung steht, wird die Situation nicht anders als andere erlebt.	

6) Welche Handlungen von den Pflegenden abgeleitet werden, wenn sich Verhaltensänderungen (im Rahmen eines Delirs) bei diesen Patientinnen und Patienten einstellen

Frage Nr.	Kategorien	Paraphrasierte Aussagen	Erkenntnisse für die IST- Analyse
4.	Gründe für Verhaltensänderung	<p>Das Delir kann ein Grund für eine Verhaltensänderung sein.</p> <hr/> <p>Zugänge in den Venen, in der Blase und Schmerzen können Gründe für eine Verhaltensänderungen.</p> <hr/> <p>Das Delir kann ein Grund für eine Verhaltensänderung sein.</p> <hr/> <p>Ungenügende Schmerzbehandlungen.</p> <hr/> <p>Schmerzen und Störungen bei der Ausscheidung können mögliche Gründe sein.</p> <hr/> <p>Das Delir kann ein Grund für eine Verhaltensänderung sein.</p> <hr/> <p>Die Ausscheidung, Schmerzen, Angst und anderweitige Bedürfnisse die nicht gestillt werden aufgrund fehlender Kommunikation.</p> <hr/> <p>Schmerzen, Probleme bei der Ausscheidung, Hunger und andere Faktoren die ein Delir begünstigen können Gründe darstellen.</p> <hr/> <p>Schmerzen, Probleme bei der Ausscheidung, Hunger und andere Faktoren die ein Delir begünstigen können Gründe darstellen.</p> <hr/> <p>Ein Delir und eine Demenz können Gründe darstellen.</p>	<p>Als mögliche Gründe für eine Verhaltensänderung wurden folgende Punkte genannt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Delir ➤ Schmerz ➤ Zugängen in den Venen und der Blase ➤ Ungenügende Schmerzbehandlung ➤ Angst ➤ Mangelnde Stillung der Grundbedürfnisse oder ATL's ➤ Demenz

<p>Indikation für die Gabe von Psychopharmaka</p>	<p>32. Bei der Indikationsstellung für die Gabe von Psychopharmaka besteht Unsicherheit. Es wird sich mit Kollegen ausgetauscht oder an die Ärzte gewendet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Unsicherheit bei der Indikation ➤ Austausch/Rücksprache mit Ärzten oder Kollegen
	<p>Bei Auffälligkeiten im Verhalten und bei psychischen Grunderkrankungen wird schneller zu einem Psychopharmaka gegriffen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei Auffälligkeiten im Verhalten ➤ Bei psychischen Grunderkrankungen
	<p>Bei einem Delir wird die Indikation für die Gabe von Psychopharmaka gesehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei einem Delir oder der erhöhten Wahrscheinlichkeit für ein Delir
	<p>Wenn die Schmerzmittel nach gewissen Zeit nicht wirken und die Patienten unruhiger werden, dann wird ein Psychopharmaka zur Beruhigung gegeben.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wenn Schmerzmittel nicht wirken und Patienten dennoch unruhig werden
	<p>Psychopharmaka als letzte Instanz wenn alles Pflegerische abgedeckt ist.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Zur Beruhigung
	<p>Bei einem Delir wird die Indikation für die Gabe von Psychopharmaka gesehen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Bei Unruhe, Aggressivität, Angst, Panik
	<p>Bei einem Delir oder einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für ein Delir, wird die Indikation für die Gabe von Psychopharmaka als sinnvoll erachtet.</p>	
	<p>Psychopharmaka werden gegeben wenn die Patienten unruhig, aggressiv, ängstlich oder panisch sind.</p>	
	<p>Psychopharmaka werden gegeben wenn die Patienten sehr unruhig sind.</p>	
	<p>Psychopharmaka werden gegeben wenn die Patienten unruhig sind.</p>	

33.

Pflegerische Alternativen

Alternativ kann dem Patienten das Gefühl gegeben werden, dass jemand für ihn da ist.

➤ Für den Patienten da sein

Alternativ kann der Situation mit Ruhe und Kommunikation auf verschiedenen Ebenen begegnet werden. Die Vermittlung von Sicherheit ist für die Patienten wichtig.

➤ Dem Patienten mit Ruhe begegnen

➤ Ruhige Umgebung

Bei einem Delir kann pflegerisch nicht mehr viel gemacht werden. Der Patient sollte dann in eine ruhige Umgebung gebracht werden. Die Beobachtung der Ausscheidung und der Schmerzen sollte vollzogen werden.

➤ Kommunikation

➤ Sicherheit vermitteln

➤ Beobachtung der Ausscheidung

Alternativ sollte dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit vermittelt werden und die Lagerung kann noch eine Alternative darstellen.

➤ Schmerzbehandlung

➤ Lagerung

Vernachlässigte ATL's können Gründe für ein Delir sein. Daher sollten die ATL's alternativ abgeklärt werden.

➤ Abklärung/ Befriedigung der ATL's

Mit dem Arzt werden Alternativen besprochen.

➤ Mit dem Arzt Alternativen besprechen

Es kann geschaut werden welche Ursachen zugrunde liegen, dazu gehört die Abklärung der ATL's.

➤ Ursachenforschung

➤ Kombination Schmerzmittel und Psychopharmaka

Es kann versucht werden die Patienten zu beruhigen und die ATL's durchzugehen.

Die Befriedigung der ATL's kann abgeklärt werden.

Alternativ kann man bei dem Patienten bleiben und Schmerzmittel und Psychopharmaka kombinieren.

7) Wie die Pflegenden bezüglich des Schmerzkonzepts geschult wurden

Frage Nr.	Kategorien	Paraphrasierte Aussagen	Erkenntnisse für die IST- Analyse
5.	Bekanntheit des Schmerzkonzepts	<p>Das Schmerzkonzept beinhaltet das Morphinschema und die Schmerzskala.</p> <hr/> <p>Das Konzept beinhaltet die Gabe von verschiedenen Schmerzmitteln bis hin zum Morphin.</p> <hr/> <p>Das Konzept beinhaltet die Gabe von verschiedenen Schmerzmitteln bis hin zum Morphin.</p> <hr/> <p>Das Konzept beinhaltet die Schmerzskala, die Gabe von verschiedenen Schmerzmitteln bis hin zum Morphin.</p> <hr/> <p>Das Konzept beinhaltet die Kurzanamnese, den Grad des autonomen Handlungsbereichs der Pflege bis hin zum Morphinschema.</p> <hr/> <p>Das Konzept beinhaltet die Kurzanamnese in Form der Schmerzerfragung bis hin zum Morphinschema.</p> <hr/> <p>Das Konzept beinhaltet das Stufenschema mit den Medikamenten.</p> <hr/> <p>Das Konzept beinhaltet die Beschreibung der Schmerzskala, die Kommunikationsfähigkeit der Patienten und die angemessene Reaktion auf die Äusserungen durch die Gabe von Medikamenten.</p> <hr/> <p>Das Konzept ist bekannt und wurde eingehend studiert. Das Medikamentenschema wird differenziert angewendet.</p> <hr/> <p>Das Konzept beinhaltet die Gabe von Morphin nach Schema.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Das Schmerzkonzept der Notfallstation ist bei allen befragten Personen bekannt ➤ Unter dem Schmerzkonzept wird allgemein das Stufenschema der Akutbehandlung verstanden ➤ Inhalte des Konzepts wie die Schmerzerfassung, Abklärung der Kontraindikation, Dokumentation und Schmerzprävention werden von sieben Personen nicht genannt ➤ Drei Person verweisen auf eine Kurzanamnese, auf die Schmerzerfragung sowie die Kommunikationsfähigkeit der Patienten ➤ Teilweise ist nicht bekannt wo das Konzept nachgelesen werden kann, es wird lediglich auf den Aushang des Stufenschemas verwiesen

Schmerzkonzept Schulung	46.	Es kann sich an keine Schulung bezüglich des Schmerzmanagements/ der Schmerzerfassung erinnert werden.	➤ Es gab keine Schulung (8 Personen)
		Es gab keine Schulung. Informationen zum Thema wurden selbst gelesen.	➤ Informationen wurden selbst gelesen
		Es gab keine Schulung bei der Einarbeitung, jedoch wurde das Schmerzkonzept in der Übersicht aufgehängt.	➤ Die Übersicht über das Schmerzkonzept wurde auf der Station aufgehängt
		Es gab keine Schulung. Das Schmerzkonzept wurde erklärt und gezeigt wo die Übersicht aufgehängt ist.	➤ Schmerzkonzept wurde per Mail versendet
		Es gab keine Schulung, das Schmerzkonzept wurde selbstständig gelesen.	➤ Es gab eine Schulung und eine Fortbildung (1 Person)
		Es gab keine Schulung. Es wurde erklärt wo die Übersicht aufgehängt ist.	➤ Es wurde teilweise mit Kollegen oder der Stationsleitung besprochen
		Es gab keine Schulung, das Schmerzkonzept wurde per Mail geschickt.	➤ Es gab eine Schulung zur Schmerzskala
		Es gab eine Schulung und eine Fortbildung.	
		Es gab keine Schulung. Einiges wurde mit der Stationsleitung oder mit Kollegen besprochen. Es wurde zu wenig in dieser Richtung gemacht was unter Umständen zu einer Unsicherheit beigetragen hat. Das Skript ist zu wenig.	
		Früher wurde bezüglich der Schmerzskala geschult.	

Schmerzkonzept Schulung Reflexion	47.	Es wurde nicht ausreichend geschult. Es wurde im Intranet nachgelesen.	➤ Es wurde nicht ausreichend geschult (4 Personen)
		Es wird aufgrund der Berufserfahrung als ausreichend betrachtet.	➤ Durch die vorherige Berufserfahrung wurde es als ausreichend erachtet (3 Personen)
		Das Konzept wird als sehr gut erachtet.	➤ Das Konzept ist gut (1 Person)
		Es wurde nicht ausreichend geschult. Eine richtige Schulung wird gewünscht.	➤ Eine richtige Schulung bezüglich des Schmerzmanagements/ Schmerzkonzept wird gewünscht (2 Personen)
		Ob sich das Wissen selbstständig oder durch eine Schulung angeeignet wurde, kann nicht mehr gesagt werden.	➤ IMC Kurs als gute Alternative
		Für jemand der neu auf die Abteilung kommt, ist es nicht ausreichend.	➤ Die Schulung bezüglich der Schmerzskala wird als ausreichend erachtet
		Aufgrund der bisherigen Berufserfahrung wird es als ausreichend angesehen, jedoch verbesserungswürdig.	
		Aufgrund der bisherigen Berufserfahrung wird es als ausreichend angesehen, jedoch verbesserungswürdig. Der IMC Kurs ist eine gute Ergänzung und Auffrischungsmöglichkeit.	
		Es wurde nicht ausreichend geschult. Eine richtige Schulung wird gewünscht, dass man sich richtig zeit nimmt und alles mit der Person durchgeht.	
		Es wird als ausreichend erachtet.	

<p>48. Informationen über den geriatrischen Patienten im Schmerzkonzept</p>	<p>Es werden sich mehr Informationen über den geriatrischen Patienten gewünscht. Auch eine Austauschmöglichkeit mit Fachspezialisten im Rahmen eines Vortrags oder einer Weiterbildung.</p>	<p>Es werden sich mehr Informationen über den geriatrischen Patienten gewünscht (9 Personen):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Im Rahmen eines Vortrags und Austauschmöglichkeiten mit Fachspezialisten ➤ Bezüglich der Dosierung der Schmerzmedikamente ➤ Mehr Informationen bezüglich der Menschen die sich nicht mehr äussern können im Form von Leitlinien ➤ Nebendiagnosen bei älteren Menschen welche Schmerzen verursachen können ➤ Wechselwirkungen der Medikamente ➤ Allgemeine Besonderheiten bei älteren Patienten ➤ Erwünscht ist ein Standard bei der Demenz und dem Delir ➤ Wirkung von Schmerzmitteln bei älteren Menschen
	<p>Es werden sich mehr Informationen über den geriatrischen Patienten gewünscht. Vor allem was die Dosierungen betrifft.</p>	
	<p>Es kann keine Aussage gemacht werden da das Schmerzkonzept schon lange nicht mehr durchgelesen wurde.</p>	
	<p>Es werden sich mehr Informationen über den geriatrischen Patienten gewünscht. Vor allem zu der Gruppe, die sich nicht mehr äussern kann. Es wird etwas in Richtung Leitlinien gewünscht. Auch Informationen zu Dosierungen wären hilfreich.</p>	
	<p>Es werden sich mehr Informationen über den geriatrischen Patienten gewünscht, vor allem zum Thema Nebendiagnosen. Es wäre hilfreich wenn man aufzeigen könnte, welche Nebendiagnosen Schmerzen verursachen können, obwohl man das gar nicht vermutet.</p>	
	<p>Es werden sich mehr Informationen über Wechselwirkungen bei den Medikamenten gewünscht.</p>	
	<p>Es werden sich mehr Informationen über allgemeine Besonderheiten bei älteren Patienten gewünscht.</p>	
	<p>Es werden sich mehr Informationen über Schmerzmedikamente gewünscht.</p>	
	<p>Es werden sich mehr Informationen über den geriatrischen Patienten gewünscht. Toll wäre ein Standard über die Demenz und das Delir. Etwas wo man nachlesen kann.</p>	
	<p>Es werden sich mehr Informationen über die Wirkung von Schmerzmitteln bei älteren Patienten gewünscht und das man mit Fallbeispielen arbeitet.</p>	

53.

Qualitätseinschätzung des Schmerzmanagement bei vulnerabler Patientengruppe

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *eher gut* eingestuft.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *mittelmässig* eingestuft. Es ist Personenabhängig und es sollte früher darauf geachtet werden dass rechtzeitig und genügend Schmerzmedikamente verabreicht werden. Weiter sollte die Schmerzmittelverordnung ausreichend sein. Die Verordnungen von den Assistenzärzten sind oft nicht gut, das sollte eher von den Oberärzten gemacht werden.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *eher schlecht* eingestuft. Es gehen viele Informationen unter. Im Stress wird oft nicht daran gedacht dass die Patienten schmerzen haben. Es ist wichtig dass die Problematik wieder in den Fokus und in das Bewusstsein rückt.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *eher schlecht* eingestuft. Die Patienten gehen Seitens der Pflege und der Ärzte vergessen. Die Verordnungen der Ärzte sind oft nicht richtig ausgefüllt und es muss aktiv eingefordert werden.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *sehr schlecht* eingestuft, da das Schmerzerfassungsinstrument bei dieser Patientengruppe unbrauchbar ist und auf kein anderes Instrument zurück gegriffen werden kann. Das Instrument sollte rein auf die Klinik abgestimmt sein und nicht auf Äusserungen der Patienten.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe wird:

- Von einer Person als eher gut eingestuft
- Von einer Person mittelmässig eingestuft
- Von sechs Personen eher schlecht und
- Von zwei Personen sehr schlecht eingeschätzt

Kritik wird bei folgenden Punkten geäussert:

- Rechtzeitigere Intervention seitens der Pflegenden
- Die Verordnungen der Ärzte sollten korrekt und ausreichend sein (am besten von den Oberärzten übernommen werden)
- Zuviel Informationsverlust durch Stress
- Patienten gehen vergessen
- Schmerzerfassungsinstrument ist hier unbrauchbar, es sollte eines zur Verfügung gestellt werden
- Angst der Pflegenden zu viel Schmerzmittel zu verabreichen (hier werden sich Informationsanlässe mit Fachspezialisten gewünscht)
- Manche Pflegenden arbeiten minimalistisch, haben kein Interesse daran die Situation richtig zu erheben oder zu verbessern oder haben zu wenig Wissen (gezielte Schulungen werden gewünscht)

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *eherschlecht* eingestuft. Teilweise besteht die Angst vor der Gabe von zu viel Schmerzmitteln obwohl gerade das nötig wäre. Es wäre gut wenn es mehr Informationssitzungen mit Fachspezialisten und Supervisionen mit der Pflege und den Ärzten gäbe.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *eherschlecht* eingestuft. Gründe dafür sind Minimalismus, Desinteresse, Unwissen und Unachtsamkeit der Pflegenden. Es müsste gezielter geschult werden.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *sehrschlecht* eingestuft. Es müsste sich mehr Mühe gegeben werden die Schmerzen wirklich zu erfassen.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *eherschlecht* eingestuft, da zu wenig Informationen über diese Patientengruppe vorhanden ist.

Die Qualität des Schmerzmanagements bei der eingeschränkten Patientengruppe über 65 Jahren auf der Notfallbettenstation wird als *eherschlecht* eingestuft. Schulungen für das Pflegepersonal und die Ärzte wären nötig.

- Es sind zu wenige Informationen über diese Patientengruppe zur Verfügung gestellt

Weitere Anregungen der Pflegenden:

- Es wird mehr Zeit für ein gutes Schmerzmanagement bei diesen Patienten benötigt
- Ein Instrument mit dessen Hilfe die Situation systematisch beobachtet und erhoben werden kann
- Schulungen und Fortbildungen zum Schmerzkonzept
- Verbesserung der Verordnungen, Schulungen mit den Ärzten
- Einsatz eines Experten für Delir und Demenz auf der Notfallbettenstation

Anhang 5: Selbstständigkeitserklärung

Selbstständigkeitserklärung

Hiermit erkläre ich, die vorliegende Bachelor Thesis selbständig, ohne Mithilfe Dritter und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst zu haben.

Basel, 5. Juni 2014

Giulia Mohr
