Die Pflegenden und der Satz: "Immer diese Schmerzen"

Autor(en): **Streudter, Elke**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Schauplatz Spitex : Zeitschrift der kantonalen Spitex Verbände Zürich, Aargau, Glarus, Graubünden, Luzern, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau**

Band (Jahr): **- (2008)**

Heft 1

PDF erstellt am: **30.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-822210

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Die Pflegenden und der Satz: «Immer diese Schmerzen»

Viele Menschen, die von Pflegenden der Spitex betreut werden, klagen über Schmerzen. Oft sind dies für beide Seiten belastende Situationen. Welche Möglichkeiten Pflegende haben, mit den Schmerzen umzugehen, zeigt der folgende Artikel.

Von Elke Steudter

Schmerzen – egal ob akut oder chronisch – sind ein nicht zu übersehendes Problem in der Spitex-Pflege. Für viele Pflegende ist die Betreuung von Klientinnen und Klienten mit Schmerzen unbefriedigend und aufreibend. Eine Vielzahl der Pflegebedürftigen leidet unter chronischen Schmerzen. Hier wäre eine sorgfältige Behandlung und Pflege unbedingte Voraussetzung, damit sich diese Menschen wohl fühlen.

›Versuchen Sie, es noch ein bisschen auszuhalten.‹ – ›Ihr Hausarzt hat nicht mehr Schmerzmittel verordnet.‹ Diese Aussagen hört man häufig. Pflegende sind für die Verordnung der Schmerzmittel nicht zuständig. Sie sind aber die Berufsgruppe, die am meisten Zeit mit den Klientinnen und Klienten verbringt, und die Kontrolle der Schmerzen liegt klar in ihrem Kompetenzbereich. Durch die Teilung der Aufgaben in diesem so genannten Schmerzmanagement kommt es häufig zu Frustrationen aller Beteiligten. Dabei sind Pflegefachleute durchaus in der Lage, ihre Aufgaben im Schmerzmanagement wahrzunehmen und sich engagiert für die Betroffenen einzusetzen. Voraussetzung ist ein ausreichendes Wissen über den Schmerz, seine Erfassung und Grundzüge der medikamentösen Behandlung.

Dimension des Schmerzes

Zunächst stellt sich die Frage, ob es sich um akuten, in der Regel vorübergehenden Schmerz, oder um chronische Schmerzen handelt. Von chronischen Schmerzen spricht man dann, wenn sie länger als drei Monate andauern. Schmerzen betreffen immer den ganzen Menschen. Auch wenn die Ursache eine körperliche ist (z. B. Gelenkarthrosen, Wirbelsäuleveränderungen) wirkt der Schmerz auf den Menschen seelisch und sozial. Viele Klientinnen und Klienten sind durch Schmerzen eingeschränkt, können das Haus nicht mehr verlassen und ihre Kontakte pflegen. Ständiger Schmerz lässt Menschen verzweifeln und mutlos werden. Damit diese Zustände nicht eintreten, sollten Schmerzen immer frühzeitig und ausreichend behandelt werden.

Erfassung des Schmerzes

Der erste Schritt für eine klientengerechte Schmerzbehandlung ist die Erfassung. Wichtigstes Prinzip ist dabei, dass die Betroffenen ihre Schmerzen selber einschätzen und dies nicht durch Pflegende oder Angehörige vorgenommen werden darf. Schmerz ist ein subjektives Erlebnis und kann nur von demjenigen eingeschätzt werden, der diese Schmerzen auch empfindet. Schmerzen bestehen immer dann, wenn die Betroffenen diese äussern und sind so stark wie von ihnen angegeben. Diese Regel sollte stets beherzigt werden.

Die einfache Frage ›Haben Sie Schmerzen?‹ kann am Anfang einer solchen Einschätzung stehen. Bejaht die Klientin oder der Klient die Frage muss weitergefragt werden:

- Wo haben Sie Schmerzen?
- Wie stark sind Ihre Schmerzen?
- Wann haben Sie Schmerzen? (Viele Schmerzen treten tageszeitabhängig auf, entweder eher am Morgen oder am Abend.)
- Wie lange haben Sie heute schon diese Schmerzen?
- Kennen Sie die Ursache für Ihre Schmerzen? (Meist können die Betroffenen die Ursache sehr klar zuordnen.)
- Was hilft Ihnen normalerweise gegen die Schmerzen?

Visuell Analoge Schmerzskala (Abbildung 1):

kein Schmerz — stärkster vorstellbarer Schmerz

Numerische Rating Skala (Abbildung 2):

0—1—2—3—4—5—6—7—8—9—10

Gesichter für die Schmerzerfassung (Abbildung 3):

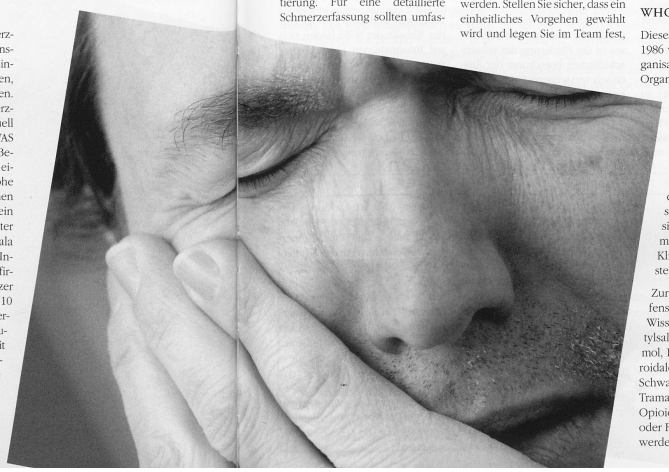
Verschiedene Skalen zur Erfassung der Stärke von Schmerzen.

Die Schmerzeinschätzung sollte bei allen Klientinnen und Klienten durchgeführt werden, die neu betreut werden. So lassen sich schnell Probleme entdecken und gemeinsam besprechen. Auch bei neu auftretenden Schmerzen kann nach diesem Schema vorgegangen werden.

Stärke des Schmerzes

Für die Einschätzung der Schmerzstärke stehen verschiedene Instrumente zur Verfügung. Die Einschätzung kann durch Zahlen, Wörter oder Symbole erfolgen. Die einfachste Art die Schmerzhöhe zu erfragen, ist die Visuell Analoge Schmerzskala – auch VAS genannt (siehe Abb. 1). Die Betroffenen werden gebeten auf einer 10 cm langen Linie die Höhe der Schmerzen einzuzeichnen oder zu zeigen. 0 steht für ›kein Schmerz‹, 10 steht für ›stärkster Schmerz‹. Diese Schmerzskala gibt es inzwischen als fertiges Instrument von vielen Pharmafirmen oder bei der Schweizer Krebsliga. Im Notfall kann ein 10 cm langer Strich aufgemalt werden. Um die Schmerzen dokumentieren zu können, wird mit dem Lineal die Angabe gemessen und der entsprechende Wert (z. B. 6) in der Pflegekurve dokumentiert.

Eine andere Variante stellt die Numerische Rating Skala da, die so genannte NRS. Hier sind die Zahlen vorgegeben und die Betroffenen geben die jeweilige Zahl an (siehe Abb. 2).



Nicht alle Klientinnen und Klienten können ihre Schmerzen problemlos den Zahlen zuordnen. Hilfreich kann hier der Einsatz von Gesichtern sein, die in einer sechsfachen Abstufung ein immer stärker schmerzverzerrtes Gesicht zeigen. Ursprünglich für Kinder entwickelt hat sich diese Vorgehensweise auch bei Erwachsenen mit Sprachproblemen oder alten Menschen bewährt. Häufig sind die VAS und NRS mit diesen Gesichtern kombiniert (siehe Abb. 3).

Auch mit Worten kann der Schmerz beschrieben werden. Dies kann in einer Abstufung von ›Kein Schmerz – leichter Schmerz – mässiger Schmerz – starker Schmerz – sehr starker Schmerz – stärkster Schmerz‹ erfolgen. Diese Art der Erfassung wird Verbale Rating Skala (VRS) genannt.

Die hier beschriebenen Einschätzungsinstrumente sind geeignet für eine erste Annäherung bei Schmerzen. Diese generellen Instrumente geben eine grobe Orientierung. Für eine detaillierte Schmerzerfassung sollten umfassendere Assessmentinstrumente, z. B. der Brief Pain Inventory (BPI), oder bei Menschen mit Demenz der ECPA oder die DOLOPLUS-Skala verwendet werden (in einer nächsten Schauplatz-Ausgabe werden wir solche Instrumente näher vorstellen).

Einheitliches Vorgehen

Die Befragung kann von diplomierten Pflegefachpersonen und von Pflegeassistentinnen resp. Pflegeassistenten durchgeführt werden. Stellen Sie sicher, dass ein einheitliches Vorgehen gewählt wird und legen Sie im Team fest, bei wem und wann eine solche Schmerzeinschätzung erfolgen soll. Wählen Sie für Ihre Klientinnen und Klienten die Art der Schmerzerfassung, die für sie am einfachsten ist. Instruieren Sie die beteiligten Personen und informieren Sie die Hausärztin resp. den Hausarzt über bestehende Schmerzen. Durch die Erfassung mit diesen Instrumenten kann die Schmerzstärke gut dokumentiert an die Hausärzteschaft weitergegeben werden.

WHO-Stufenschema (Abbildung 4):

Stufe I	Stufe II	Stufe III
Nicht-Opioidanalgetika	Schwache Opioidanalgetika	Starke Opioidanalgetika
+ Ko-Medikamente	+ Ko-Medikamente	+ Ko-Medikamente
+ ergänzende Massnahmen	+ ergänzende Massnahmen	+ ergänzende Massnahmen

WHO-Stufenschema zur Behandlung von Schmerzen.

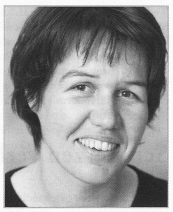
WHO-Stufenschema

Dieses 3-Stufenmodell wurde 1986 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO = World Health Organization) veröffentlicht und 1996 überarbeitet (siehe Abb. 4). Ursprünglich für die Behandlung von Tumorschmerzen entwickelt, findet es auch in der Behandlung von chronischen Schmerzen Anwendung. Pflegende sollten dieses Schema kennen, damit sie die verordnete medikamentöse Behandlung der Klientinnen und Klienten verstehen und erklären können.

Zur Erklärung des WHO-Stufenschemas gehört folgendes Wissen: Nicht-Opioide sind Acetylsalicylsäure (ASS), Paracetamol, Dafalgan® und die nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR). Schwache Opioidanalgetika sind Tramadol oder Codein. Starke Opioidanalgetika sind Morphin oder Fentanyl®. In Stufe II und III werden jeweils Opioide und Nicht-Opioide kombiniert. Zusätzlich sollten zu den Schmerzmitteln Co-Medikamente, wie z. B. Lactulose zur Obstipationsprophylaxe (Nebenwirkung der Opioide), oder Medikamente gegen Übelkeit (Nebenwirkung zu Beginn der Opioidbehandlung) verabreicht werden. In bestimmten Fällen können auch Antidepressiva als Co-Medikation nötig werden. Nicht-medikamentöse Behandlungen wie physikalische Therapie (Wärme-, Kälteanwendung) ergänzen die Schmerzbehandlung.

Rolle der Pflegenden

Nehmen Pflegende die Aufgaben im Schmerzmanagement kompetent wahr, kann sich die Situation von Klientinnen und Klienten mit Schmerzen verbessern, was auch die Pflege erleichtert. Zu beachten gilt jedoch stets: Die Schmerzen sollen be- und nicht nur erhoben werden. Grundkenntnisse der medikamentösen Therapie erleichtern die Zusammenarbeit im Team gemeinsam mit dem betroffenen Menschen und dem Arzt resp. der Ärztin. So kann die Position der Pflegenden in der Spitex gestärkt und sie können als wichtige Partnerinnen in der Behandlung von Menschen mit Schmerzen wahrgenommen werden. ❑



Elke Steudter, dipl. Pflegefachfrau und Diplom-Berufspädagogin Pflegewissenschaft, arbeitet am Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe (WE'G) in Aarau.

Heldentum und Schmerz

Wer sich als Heldin oder Held fühlt, kann Schmerzen besser aushalten. Das versuchte man mit einer Studie an der Universität Zürich nachzuweisen. In Rollenspielen liess man Testpersonen entweder als Helden jemanden retten oder aber als Feiglinge einsperren. Die «Heldinnen» und «Helden» tolerierten schmerzhafte Reize besser als Kontrollpersonen. Bei den «Feiglingen» sank die Schmerztoleranz unter den Kontroll-Durchschnitt (Quelle: ap). ❑

Schmerzen verlernen

Bei unzureichender Behandlung können Schmerzen – zum Beispiel durch Muskelverspannungen – chronisch werden. Sie hinterlassen Spuren im Gehirn, ein «Schmerzgedächtni» entsteht. Dieses «Gedächtnis» sei zwar sehr stabil, aber nicht unangreifbar, erklären Fachleute vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München. Man könne das Schmerzgedächtnis durch Re-Learning überschreiben. Der Schmerz müsse medikamentös über längere Zeit so «ausgebremst» werden, dass Patientinnen und Patienten gezielt die Chance hätten, positive Erfahrungen häufig zu wiederholen und so alte Erinnerungen und Erwartungen durch neue zu ersetzen (Quelle: ÄrzteZeitung online). ❑

Fehlende Kilometer

Rückenschmerzen entstehen meist allmählich, verändern sich, werden kompensiert. Lassen sich Schmerzgeplagte schliesslich behandeln, sind die vielfältigen Symptome oft nicht mehr eindeutig zuzuordnen. Der Grundstein für die Schmerzen werde vermutlich sehr früh gelegt. Bei den 14- bis 19-Jährigen hätten bereits 40 Prozent gelegentlich Rückenprobleme, berichtet die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie. Die Ursache sehen medizinische Fachleute vor allem in mangelnder Bewegung und in unserer «sitzenden Lebensweise», die zu Belastungen und Schäden insbesondere der Bandscheiben führt. Vor Jahren seien die Menschen pro Tag bis zu 15 Kilometer zu Fuss gegangen, heute würden die meisten nur noch etwa 900 Meter im Tag gehen (Quelle: focus.de). ❑

Schmerzpatienten-Vereinigung

Die Vereinigung Schweizer Schmerzpatienten (VSP) versteht sich als Plattform für Betroffene, Angehörige und für alle am Thema «Chronischer Schmerz» interessierten Personen. Die VSP bietet Hilfe und Anregungen, damit Schmerzpatientinnen und -patienten auf dem schnellst möglichen Weg schmerzarm werden. Dazu gehören die Vermittlung von Adressen, der Vertrieb von Schmerztagebüchern, aber auch eine breite Palette von Veranstaltungen, unterteilt in die folgenden drei Kategorien: Chronische Schmerzen und deren Therapierbarkeit im Allgemeinen / Chronische Schmerzkrankheit allgemein sowie der neuropathische Schmerz im Speziellen / Chronischer Kopfschmerz.

Für Informationen und Veranstaltungsprogramm: 061 691 88 77, www.schmerzpatienten.ch. ❑

Kopfschmerztag

Der bisherige Kopfschmerztag am 5. September wird durch den Europäischen Kopfschmerztag am 12. September abgelöst. Die Verschiebung hat mit einer neuen europaweiten Initiative, der European Headache Alliance (EHA), zu tun. In dieser Allianz haben sich Selbsthilfeverbände und Organisationen aus ganz Europa zusammengeschlossen. Ziel des Aktionstags ist die Aufklärung über Kopfschmerzen und Migräne (Quelle: ÄrzteZeitung online). ❑

Studium des Schmerzes

Ziel der Schweizerischen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes ist die Förderung der wissenschaftlichen Forschung, der Austausch von wissenschaftlichen Erkenntnissen und praktischer Erfahrung sowie die Förderung von Unterricht und Fortbildung. Auf der Website der SGSS finden sich auf Informationen für Schmerzpatientinnen und -patienten (u. a. Antworten auf die häufigsten Fragen bei Schmerzen): www.pain.ch. ❑

Medizin des Glaubens

Die Kraft der Vorstellung, der Erwartung und des Glaubens kann Schmerzen lindern und Krankheiten kurieren. Das versuchen Fachleute der Neurologie, Medizin und Psychologie zunehmend nachzuweisen. So wurden in den USA Parkinson-Patienten zum Schein operiert. Die 30 Probanden, aufgeteilt in zwei Gruppen, wurden informiert, nur ein Teil von ihnen bekäme neue fötale Zellen ins Gehirn gespritzt. Alle Patienten wurden in den Operationssaal geschoben, betäubt und bekamen die Schädeldecke ein klein wenig angebohrt. Ein Jahr später stellten die Forscherinnen und Forscher fest: Für das Wohlergehen der Betroffenen war entscheidend, zu welcher Gruppe sich die Kranken zu gehören glaubten. Die Erklärung: Eine starke Erwartungshaltung verändert die Gehirnchemie, Botenstoffe werden ausgeschüttet, und diese Veränderungen werden über das Nervensystem an den Körper weitergeleitet, wo sie häufig genau die gewünschten Wirkungen in Gang setzen (Die Zeit Nr. 52/2007 / Wissen). ❑