

„Haus MARANATHA“

Vollstationäre Einrichtung für pflegebedürftige Erwachsene
Inhaber: Johannes Paetzold

Standard Schmerzmanagement

(1062)

Die "Internationale Gesellschaft zum Studium des Schmerzes" definiert den Schmerz als

eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung.

Schmerzen werden als klopfend, stechend, bohrend, dumpf oder hell in individueller Intensität und Qualität empfunden. Akuter **Schmerz ist ein Alarmsignal**. Er warnt uns, wenn im Körper etwas nicht stimmt und hilft uns somit, unsere Gesundheit zu schützen und zu erhalten. Aus jedem akuten Schmerz kann ein chronischer Schmerz entstehen, da jeder Schmerzreiz in der Lage ist, bleibende Veränderungen im Nervensystem auszulösen. Die Schmerzschwelle kann sogar so weit erniedrigt werden, dass geringfügige Berührungen als schmerzhaft empfunden werden. Es können selbst dann Schmerzen auftreten, wenn keinerlei äußere Reize vorhanden sind.

A) Die Intensität der **Schmerzwahrnehmung** wird neben den körperlichen Vorgängen stark von unseren Gefühlen und Sinnen beeinflusst. Es entsteht eine Art Regelkreis: Ausgeglichenheit, Lebensfreude und innere Ruhe wirken entspannend und machen Schmerzen erträglicher. Sorgen, Unruhe und Angst dagegen führen zu Verspannungen, die Schmerzen unerträglich machen können. Hinzu kommt, dass der Eine seine Schmerzen als unerträglich empfindet und für den Anderen sind sie kaum der Rede wert. Hängt das Schmerzempfinden von einer persönlichen, gefühlsmäßigen Verarbeitung ab, lässt sich dieses durch entsprechende Psychopharmaka beeinflussen.

B) **Schmerzbewältigung** bedeutet den entstandenen Teufelskreis aus körperlichen, psychischen und sozialen Einflüssen sowie Risikofaktoren zu unterbrechen. Der Umgang mit Schmerzen muß erlernt werden. Neben der reinen körperlichen Fitness ist es dabei wichtig Körper, Geist und Seele wieder in Einklang zu bringen. Oft führt schon eine gesunde Lebensführung mit ausreichend Schlaf und einer ausgewogenen Ernährung zu Erfolgen. Immer noch wird das Zusammenspiel von mangelnder Flüssigkeitsaufnahme und Schmerzen, vor allem Kopfschmerzen unterschätzt.

C) So, wie **akute Schmerzen** behandelbar sind, sind auch **chronische Schmerzen** heute durch entsprechende Hilfsmittel meist behandelbar. Wichtig ist zu wissen, dass akute Schmerzen durch unzureichende Behandlung zu chronischen Schmerzen werden können. Ein Grund für die Entwicklung des Expertenstandards Schmerzmanagement findet sich also darin, auch den Menschen Linderung verschaffen zu können, deren Schmerzen bisher ungenügend begegnet wurde. Er bietet den beteiligten Fachbereichen, aber auch den Betroffenen selbst die Möglichkeit der frühzeitigen Schmerzerkennung, der Schmerzerfassung, der Therapieabstimmung und schließlich der Durchführung einer Erfolg versprechenden Schmerztherapie.

D) Um eine erfolgversprechende Therapie durchführen zu können, ist es von großer Bedeutung, die **verschiedenen Schmerzarten** auseinander zu halten. Nur so lassen sich die effektivsten Mittel und Methoden einsetzen. Die verschiedenen Schmerzarten unterscheiden wir nach ihrer Entstehung und Schmerzqualität.

a) **Nozizeptorschmerzen** liegen vor bei einer Gewebeschädigung durch äußere Einwirkung (z. B. Schlag, Verbrennung, Quetschung), einer Entzündung (die

rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthritits), Wundschmerzen, Zahnschmerzen), Tumoren oder

Koliken (hierbei zieht sich die Muskulatur innerer Organe übermäßig stark zusammen).

b) **Neuropathischer Schmerz** entsteht durch Schädigungen peripherer oder zentraler Nervenfasern.

Beispiele sind: Polyneuropathie, Trigeminusneuralgie, postzosterische Neuralgie, zentraler Schmerz nach Schlaganfall, Phantomschmerzen (nach Amputationen), Bandscheibenvorfall, Schmerzen nach Rückenmarksverletzungen.

c) **Reflektorischer Schmerz** durch Fehlregulationen oder durch Fehlhaltungen, z. B.

Migräne, Spannungskopfschmerzen, Rückenschmerzen oder

Morbus Sudek (eine schmerzhafte Erkrankung einer oder mehrerer Gliedmaßen, wobei immer mindestens ein Gelenk betroffen ist)

d) **Psychosomatischer Schmerz** durch eine seelische Belastung. Bekannt sind hier

Magenschmerzen (der Magen zieht sich zusammen), Brustschmerzen (es ist, als ob der Brustkorb in einen Eisenring eingespannt ist) und Kopfschmerzen. Da Schmerz gleichzeitig eine große seelische Belastung ist, kann sich beides verstärken, so dass oft nicht mehr genau zu unterscheiden ist, was zuerst da war.

e) **Viszeraler Schmerz**, ein Schmerz, der aus den Eingeweiden kommt. Er ist dumpf und schlecht zu lokalisieren. Häufig strahlt er in eine zugehörige "Head-Zone" (nach Dr. Head) aus (z. B. der Schmerz bei einem Herzinfarkt, der in den linken Arm ausstrahlen kann oder der Schmerz bei Gallenkolik, der in die rechte Schulter ausstrahlt).

f) **Somatischer Schmerz**, der in einen **Tiefenschmerz** und in einen **Oberflächenschmerz** eingeteilt wird.

Der **Tiefenschmerz** stammt aus Knochen, Muskeln, Gelenken,

Bindegewebe. Er ist eher dumpf, strahlt häufig aus und ist von vegetativen Symptomen begleitet (z. B. Übelkeit, Zittern, Schwitzen).

Der **Oberflächenschmerz** hat seinen Ursprung in der Haut oder Schleimhaut und ist z. B. auf Hautreizungen durch eine Entzündung oder Verletzung zurückzuführen. Er ist gut lokalisierbar und klingt nach Beendigung des Reizes auch schnell wieder ab. Die Unterscheidung von Schmerzarten ist im Hinblick auf die Therapie sinnvoll, da manche Schmerzarten auf unterschiedliche Medikamente ansprechen.

1. Wer kann betroffen sein?

Aus jedem akuten Schmerz können chronische Schmerzen entstehen. Chronische Schmerzen finden sich somit in allen Lebensaltern. Manche chronische Schmerzen haben ihre Ursache im jüngsten Kindesalter. Die Forschungsergebnisse zeigen, dass rund 60 – 80 % der 60- bis 90-jährigen Menschen chronische Schmerzpatienten sind.

2. Risikofaktoren (Ursachen) für chronische Schmerzen

Schmerzen entstehen, weil mechanische (z. B. Sturz), thermische (z. B. Hitze oder Kälte), chemische (z. B. Putzmittel oder Essig) oder elektrische (z. B. Strom) Reize einen bestimmten Schwellenwert überschreiten. Vom Entstehungsort wird ein Impuls an das Gehirn geleitet, der eine

Fluchtreaktion (z. B. wegziehen der Hand von der heißen Herdplatte) oder eine Schonreaktion (z. B. Versteifung des Hüftgelenkes bei Arthrose) auslöst.

Ein wichtiger Risikofaktor für chronische Schmerzen ist der heftige oder über längere Zeit bestehende akute Schmerz, der nicht ausreichend behandelt wird. Eine nicht ausreichende Behandlung liegt z. B. vor, wenn einem akuten Schmerz **mit zu schwachen Medikamenten und/oder zu kurzer Behandlungsdauer** begegnet wird. Neben den aus akuten Schmerzen entstehenden chronischen Schmerzen kennen wir auch primär chronische Schmerzen, wie z. B. die Migräne, bei denen Schmerzen periodisch auftreten können.

Die häufigsten Schmerzursachen beim alten Patienten sind Verschleißerkrankungen (Degeneration) des Bewegungsapparates, Schmerzen durch Gefäßerkrankungen (z. B. periphere arterielle Verschlusskrankheit), neuropathische Schmerzen (z. B. nach Schlaganfall, Polyneuropathie) sowie Tumorschmerzen.

3. Symptome

Beim chronischen Schmerz fehlen die vegetativen Symptome des akuten Schmerzes wie Schweißausbruch, Herzklopfen und erhöhter Blutdruck. An deren Stelle steht eine depressive Verstimmung. Das kann so weit gehen, dass nicht mehr feststellbar ist, ob der Mensch augenblicklich depressiv ist, weil er chronische Schmerzen hat oder akut chronische Schmerzen hat und daraufhin depressiv ist.

4. Ziele des Schmerzmanagement

Schutz vor oder Minderung verschleißabhängiger Schmerzzustände, Schutz vor oder Minderung von Kopfschmerzattacken, Minderung von Schmerzen auf Grund Gefäßerkrankungen, neuropathischen Schmerzen, Tumorschmerzen, periodischen Schmerzen (Migräne), Vermeidung oder Minderung der Chronifizierung von Schmerzen, Vermeidung oder Minderung kolikartiger Schmerzen, Erhalt oder Förderung der Selbständigkeit, der körperlichen und geistigen Funktionsfähigkeit, der sozialen Kompetenz

5. Maßnahmen

Je nach Art des Schmerzes und seiner gegenwärtigen Ausformung sind z. T. sehr unterschiedliche Maßnahmen erforderlich. Immer aber ist der **Bewohner damit vertraut zu machen**, Pflegenden oder Ärzten bei Schmerzen Bescheid zu geben und nach Schmerzmitteln zu verlangen. Bewußtseinsklare Bewohner sollten darüber informiert sein, **Welche** Schmerzmittel sie einnehmen müssen. Zusätzlich ist sicher zu stellen, dass sie über das **Wie** und **Wann** informiert sind (Dosierung und Rhythmus der Grundmedikation, Anwendung Schmerzreserve).

I Schmerzerkennung

Um zielgerichtet und erfolgreich gegen Schmerzen vorgehen zu können, ist das Wichtigste die Schmerzerkennung.

(1) der **Bewohner bekundet Schmerzen** durch Worte, gegenüber Angehörigen, Pflegepersonal, Ärzten, andere Drittpersonen; oder **macht auf seine Schmerzen aufmerksam** durch Mimik, Haltung, Weinen;

(2) Angehörige, Mitbewohner, Pflegekräfte, sonstige am Pflegeprozess Beteiligte beobachten am Bewohner Signale für Schmerzen durch Mimik, Haltung, Weinen;

II Schmerzerfassung

eine umfassende **Schmerzerfassung** ist zwingend erforderlich, wenn die Ziele des Schmerzmanagements erreicht werden sollen. Zur Schmerzerfassung gehört die **möglichst genaue Bestimmung des Schmerzortes**. Hierzu stehen die verschiedenen Erhebungsbögen zur Verfügung:

(1) Soweit der Bewohner in der Lage ist, sich adäquat zu äußern, wird er auf Grund der Beobachtung **befragt**. Bitte hierfür Erhebungsbogen „Schmerzerhebung als Fragebogen“ (Formular 37) (Verbal-Rating-Skala (VRS)) verwenden. Dieser Erhebungsbogen ist der Pflegedokumentation ausgefüllt beizufügen.

(2) Soweit der Bewohner in der Lage ist, mit Symbolen sowohl den Ort als auch die Stärke des Schmerzes mitzuteilen, wird der Erhebungsbogen „Schmerzerhebung als Symbolbogen“ (Formular 36) verwendet. Dieser Erhebungsbogen ist der Pflegedokumentation ausgefüllt beizufügen.

(3) Soweit der Bewohner auf Grund Demenz nicht mehr in der Lage ist, sich adäquat zu äußern, wird der Erhebungsbogen „Schmerzerhebung als Beobachtungsbogen“ (Formular 38) verwendet. Dieser Erhebungsbogen ist der Pflegedokumentation ausgefüllt beizufügen.

III Schmerztherapie

1 Schmerz auslösende Ursachen behandeln

In der Schmerztherapie werden unterschiedliche Möglichkeiten wahrgenommen.

Behandlung der **Ursache des Schmerzes** (Ursache ist bekannt) mit Medikamenten, Physiotherapie, Physikalische Therapie, Psychologische Therapie, Eingriffe, Naturheilverfahren, Psychosoziale Maßnahmen.

2 Bekämpfung des Schmerzes

(Ursache lässt sich nicht ermitteln oder ist nicht beeinflussbar)

a) ohne Medikamente

Physiotherapie, Physikalische Therapie, Psychologische Therapie, Naturheilverfahren, Psychosoziale Maßnahmen

b) mit Medikamenten

Stufe 1: Schmerzmittel, die nicht zu den Betäubungsmitteln (Opioide) zählen

ASS (Salicylsäure-Derivate können in höheren Dosen Nebenwirkungen im Verdauungstrakt bewirken); Paracetamol, Phenacetin (Anillin-Derivate können zu Leber- und Nierenschäden führen); Ibuprofen, Diclofenac, Piroxicam, (nichtsteroidale Antiphlogistika können Nebenwirkungen im Verdauungstrakt, Wasser- und Elektrolythaushalt haben); Metamizol, Propyphenazon, Phenylbutazon (Pyrazol-Derivate müssen immer vom Arzt verordnet werden. Es können allergische Hautreaktionen auftreten);

Coxibe (beeinflussen die Nierenfunktion und werden als Bedarfsmedikation eingesetzt).

Stufe 2: Schwache Betäubungsmittel (BTM)

Tramadol wirkt 6 – 8 Std., (Begleiterscheinung kann Übelkeit, Erbrechen, Schwindel oder Kopfschmerzen sein), wichtig ist ein **kontinuierliches Zeitschema zur Einnahme!** Tilidin (+Naloxon) wirkt ca. 3 Std. (Nebenwirkungen können sein Einschränkung der geistigen Aktivität, Stimmungsänderungen, Übelkeit, Erbrechen, Atemdepression bei Überdosierung von Naloxon)

Stufe 3: Starke Betäubungsmittel (BTM)

Morphine, Oxycodon, L-Methadon,
 Fentanyl (in Pflasterform, Wirkdauer ca. 72 Std., keine Übelkeit, kein Erbrechen! Aber mögliche Nebenwirkung Verkrampfung der Muskulatur, Beeinflussung des Atemzentrums),
 Buprenorphin (30 – 40 x stärkere Schmerzlinderung als Morphin, Wirkdauer ca. 6 – 8 Std., Nebenwirkungen Schwindel, Übelkeit, Erbrechen, stark beruhigende Wirkung)

6. Dokumentation

1. Die Schmerzerhebung wird in der **Anamnese** unter den **AEDL** „**sich bewegen**“, „**sich pflegen**“, „**ausscheiden**“, „**sich kleiden**“, „**ruhen und schlafen**“ und „**soziale Bereiche des Lebens sichern**“ erhoben, soweit das jeweilige AEDL zutreffend ist. Reicht das Feld für Bemerkungen nicht aus, ist ein Zusatzblatt zu verwenden und der Anamnese beizufügen.

2. Zusätzlich erfolgt die Schmerzerhebung in der Bewohner-/Beteiligtenbefragung (Formular VRS),
 in der Beobachtungs-/Skalenerhebung (Formular BESD)

3. In der **Pflegeplanung** erfolgt die Dokumentation der **schmerzbedingten Pflegemaßnahmen** unter den relevanten AEDL entsprechend der Anamnese

Aus dem jeweiligen Bereich des Schmerzstandard wird unter Ressourcen und Probleme die entsprechende Problemstellung unter 2. + 3. übernommen; unter Ziele die hierzu entsprechende Zielsetzung unter 4., unter Maßnahmen die entsprechende Maßnahme unter 5. dieses Standards eingetragen.

3. **Durchführungsnachweis:** die Schmerztherapie wird immer einem bestimmten Bewohner zugeordnet und unter Maßnahmen mit der **Nr. 1062** als Einzelmaßnahme in der ersten, im Zusammenhang mit einer grundpflegerischen Maßnahme (Morgentoilette, Abendtoilette, Toilettengang, Baden, Duschen) als Zusatzinformation in der zweiten Maßnahmenspalte dokumentiert. Sind zwei Mitarbeiter erforderlich, trägt sich jeder Mitarbeiter mit dem gleichen Bewohner und der gleichen Maßnahmen-Nummer ein.

7. Zuordnung in der Pflegeplanung

Die Schmerztherapie ist nach Art den relevanten AEDL zuzuordnen. In der Pflegeplanung ist bei Schmerzen auf den Standard 1062 - „Schmerzmanagement“ und ggf. die „spezielle Pflegeplanung bei Schmerz“ zu verweisen.

8. Wer hat das Schmerzmanagement zu berücksichtigen?

alle pflegenden Mitarbeiter