

# **Bakkalaureatsarbeit**

„Schmerzmanagement bei alten Menschen“

***Im Rahmen der Lehrveranstaltung***

Physiologie

***An der***

Medizinischen Universität Graz

***Autor***

Izeta Mahmic

06.09.1986

***Betreuerin***

Ao.Univ.-Prof.Dr.phil. Anna Gries

Harrachgasse 21/V

8010 Graz

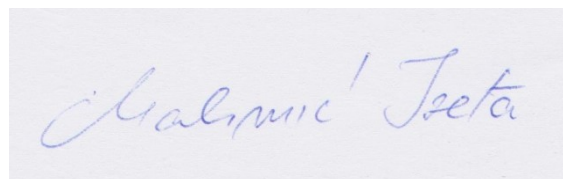
***Eingereicht am***

22.03.2013

## Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiteres erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, 22.03.2013

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink. The signature is written in a cursive style and appears to read "Maksim Jesta".

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	5
2. Was ist Schmerz? .....	6
2.1. Definition .....	6
2.2. Arten .....	8
2.2.1. Akut .....	8
2.2.2. Chronisch .....	9
2.2.3. Nozizeptorischer Schmerz .....	9
2.2.4. Neuropathischer Schmerz .....	10
3. Geschichte des Schmerzes .....	11
4. Schmerzerfassung und -dokumentation .....	15
5. Behandlungsmethoden .....	21
5.1. Medikamentöse Therapieform .....	21
5.1.1. Nichtopioide .....	23
5.1.2. Opioide .....	23
5.1.3. Coanalgetika .....	24
5.1.4. Begleitmedikamente .....	25
5.2. Nichtmedikamentöse Therapieform .....	25
5.2.1. Supportive Maßnahmen .....	25
5.2.2. Kognitive und verhaltensbezogene Maßnahmen .....	29
5.2.3. Physikalisch-medizinische Therapie .....	29
6. Schmerzen bei alten dementen PatientInnen .....	31
7. Beratung und Schulung von PatientInnen und Angehörigen .....	35
8. Schlussfolgerung .....	39
9. Literaturverzeichnis .....	41

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Charakteristika nozizeptiver und neuropathischer Schmerzen im Vergleich .....	10
Abbildung 2: Descartes Skizze zur Entstehung des Schmerzes .....	14
Abbildung 3: Pyramide zur Einschätzung von Schmerzen .....	15
Abbildung 4: Visuelle Analogskala (VAS) .....	17
Abbildung 5: Die numerische Rangskala .....	17
Abbildung 6: Wortskala .....	18
Abbildung 7: Schmerztagebuch .....	19
Abbildung 8: Faktoren, die die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik beeinflussen .....	22
Abbildung 9: Das WHO-Stufenschema zur Behandlung von Tumorschmerzen .....	22

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Die Schmerzanamnese .....	8
Tabelle 2: Unterscheidungsmerkmale akuter und chronischer Schmerz .....	9
Tabelle 3: Prävalenz der Demenzerkrankung in Europa .....	31

## 1. Einleitung

*Von einem gewissen Alter ab tut auch die Freude weh.*

*Charlie Chaplin*

([http://www.planetsenior.de/zitate\\_alter/](http://www.planetsenior.de/zitate_alter/), 25.01.2013)

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema „Schmerzmanagement bei alten Menschen“. Ich habe dieses Thema gewählt, weil mich das persönlich sehr interessiert und jeder von uns schon einmal Schmerz erlebt hat.

Im ersten Kapitel werden unterschiedliche Definitionen des Schmerzes genannt und es wird auf die Arten des Schmerzes eingegangen. Weiters gehe ich auf die Geschichte ein und es wird versucht, die wichtigsten Schritte der Entwicklung zu erläutern. Um die Schmerzen erfassen zu können, wird auf die Schmerzmessung und –dokumentation eingegangen. Hierbei liegt der Unterschied zwischen eindimensionalen und mehrdimensionalen Instrumenten.

Auch die medikamentösen und nicht medikamentösen Therapieformen werden erläutert. Eine große Herausforderung, der die Pflegenden ausgesetzt sind, ist die richtige Schmerzerfassung und –dokumentation bei alten dementen PatientInnen. Um dieser Herausforderung der PatientInnen und Angehörigen entgegenzuwirken, wird im letzten Kapitel auf die Schulung und Beratung eingegangen.

Die Frage, die ich durch diese Arbeit beantworten will, lautet folgendermaßen:

„Welchen Herausforderungen ist das Pflegepersonal im Umgang mit alten dementen PatientInnen ausgesetzt?“

## 2. Was ist Schmerz?

In diesem Kapitel wird versucht, das Phänomen „Schmerz“ zu beschreiben. Es wird auf verschiedene Definitionen, aber auch auf die Arten des Schmerzes eingegangen.

Schmerz ist ein psycho-physisches Erlebnis. Pathophysiologisch entsteht der Schmerz, wenn sensible Endorgane durch potenziell schädigende mechanische, thermische oder chemische Reize gestört werden. Dabei wird der Schmerzimpuls über dünne, wenig bemerkte Fasern zur Hinterwurzel des Rückenmarkes geleitet. Die Impulse werden erst wahrgenommen, wenn sie über den Tractus spinothalamicus zum Thalamus und anschließend zum Cortex gelangen (vgl. Mumenthaler 2011, S.345).

### 2.1. Definition

In der Literatur wird das Phänomen „Schmerz“ wie folgt definiert:

*„Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebeschädigung einhergeht oder von betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache.“* (vgl. Rohkamm 2009, S.94)

*„Eine Vielzahl von den Körper schädigenden Einwirkungen und Reizarten kann Schmerzen verursachen. Jede Schmerzempfindung besitzt primär eine emotional unangenehme Komponente.“* (vgl. Pschyrembel 1986, S. 1510)

Wichtig zu erwähnen ist, dass Schmerz eine subjektive Wahrnehmung ist, die nicht alleine von den neuronalen Signalen aus den Schmerznervenfasern an das Gehirn bestimmt wird. Es kann aber auch der Fall auftreten, dass eine körperliche Schädigung nicht zwangsläufig zu Schmerz führt und umgekehrt Schmerzen auch ohne körperliche Schädigungen bestehen können (Phantomschmerz). Unter dem Phantomschmerz versteht man z.B. eine Schmerzempfindung in einer amputierten Gliedmaße (<http://de.wikipedia.org/wiki/Phantomschmerz>, Stand: 05.02.2013).

Dabei tritt das Phänomen auf, dass die PatientInnen in der amputierten Gliedmaße ein Kribbeln bzw. starke Schmerzen spüren.

(<http://de.wikipedia.org/wiki/Phantomschmerz>, Stand: 05.02.2013).

Meiner Meinung nach, eine sehr gute Definition kann das oben Gesagte bestätigen.

**„Schmerz ist, was der Patient sagt und er existiert, wann immer er es sagt.“**

(vgl. Margo Mc Caffery 1997, S.12)

Da die Schmerzempfindung aber sehr individuell ist, wird sie daher von biologischen und nicht-biologischen Faktoren beeinflusst. Hierbei spielt die Schmerzanamnese (Abbildung 1) eine wichtige Rolle und dadurch soll durch Gespräche der genauere Schmerzcharakter des Patienten/Patientin herausgefunden werden (vgl. Mumenthaler 2011, S.345).

**Wo lokalisiert?** Exakt lokalisiert oder diffus?

- Konstante Lokalisation?
- Ausstrahlend?

**Seit wann?**

- Allenfalls in welchem Rahmen bzw.
- bei welchem Ereignis erstmals aufgetreten?

**Wie:** dauernd oder intermittierend?

- Wenn dauernd? Immer gleich stark?
- Wenn intermittierend? Wie lange dauern die Episoden? Wie häufig?

**Welcher** Schmerzcharakter?

- Hämmernd?
- Pulsierend?
- Stechend?
- Dumpf?
- Brennend?

**Wie intensiv?**

- 10er- Skala (keine Beschwerden bis absolut unerträgliche Beschwerden)

**Wodurch** ausgelöst bzw. verstärkt?

- Unabhängig von Faktoren?
- Konstante Mechanismen, welche?

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterschiedliche Provokation, welche?</li> <li>• Abhängig von Körperhaltung?</li> </ul>
<b>Wodurch gelindert?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gar nicht?</li> <li>• Durch konstante Maßnahmen?</li> <li>• Durch Medikamente</li> <li>• Welche Medikamente , welche Dosierung und wie lange anhaltend?</li> </ul>
<b>Wie weit behindert?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Im Beruf?</li> <li>• Im persönlichen Bereich?</li> </ul>
<b>Sonstige Beschwerden bzw. Begleitsymptome?</b>
<b>Wie erklärt der Patient seinen Schmerz?</b>
<b>Übrige Anamnese?</b>
<b>Lebenssituation?</b>

**Tabelle 1: Die Schmerzanamnese**

## 2.2. Arten

Da die Einteilung des Schmerzes nach verschiedenen Kriterien erfolgen kann, wird von zentraler therapeutischer Bedeutung die Klassifizierung nach der Pathogenese (nozizeptorisch, neuropathisch) und der Zeitdauer (akut, chronisch) erklärt (vgl. Maihöfner 2012, S.7).

### 2.2.1. Akut

Akute Schmerzen haben eine eindeutige Signal- und Warnfunktion. Diese haben eine direkte Beziehung zu einem Gewebsschaden und klingen nach Beseitigung der auslösenden Ursachen schnell wieder ab. In der Regel sind akute Schmerzen gut lokalisierbar. Wichtig hierbei ist, die Ursache zu finden und diese gezielt zu behandeln. Man kann aber schon vor Abschluss der Diagnose die Schmerzen mit Schmerzmitteln behandeln. Dies führt dazu, dass der Patient bzw. die Patientin weniger Schmerzen hat und so besser kooperieren und Auskunft darüber geben kann, wenn seine Schmerzen gelindert sind (vgl. Menche 2011, S.525).

### 2.2.2. Chronisch

Chronische Schmerzen überdauern die Zeit des Akutschmerzes und kehren ständig wieder. Die Dauer des Schmerzes schwankt zwischen 3 und 6 Monaten. Eine wichtige Rolle spielt die individuelle Streubreite, denn die direkten körperlichen Auslöser sind nicht mehr feststellbar. Psychische Komponenten spielen eine wichtige Rolle und überlagern sich mit körperlichen Ursachen, so dass beide kaum mehr voneinander zu trennen sind. Daher ist bei chronischen Schmerzen eine interdisziplinäre Behandlung notwendig (vgl. Maihöfner 2012, S.9).

Die folgende Tabelle soll wichtige Unterscheidungsmerkmale zwischen akutem und chronischem Schmerz aufzeigen (vgl. Maihöfner 2012, S.10).

<b>Akuter Schmerz</b>	<b>Chronischer Schmerz</b>
Durch Verletzungen oder Schädigungen ausgelöst	Abgekoppelt von dem auslösenden Ereignis
Intensität korreliert mit dem auslösenden Reiz	Intensität korreliert nicht (mehr) mit dem auslösenden Reiz
Lokalisation klar bestimmbar	Wird zur eigenständigen Erkrankung
Warn- und Schutzfunktion	Warn- und Schutzfunktion gehen verloren

**Tabelle 2: Unterscheidungsmerkmale akuter und chronischer Schmerz**

### 2.2.3. Nozizeptorischer Schmerz

Nozizeptorische Schmerzen werden unterteilt in: somatische und viszerale Schmerzen.

Bei somatischen Schmerzen entsteht der sogenannte Oberflächenschmerz in der Haut (Nadelstich, Schnittverletzung) oder als Tiefenschmerz in Muskeln, Knochen, Bindegewebe und Gelenken (Muskelkrampf). Hierbei unterscheidet man zwischen: dem spitzen, gut lokalisierbaren Erst- und dem dumpfen, schlecht lokalisierbaren Zweitschmerz (vgl. Maihöfner 2012, S.8).

Viszerale Schmerzen sind auch als „Eingeweideschmerzen“ bekannt und kommen aus den inneren Organen. Diese können bei Dehnung oder bei Krämpfen von Hohlorganen (Gallenkolik) auftreten und werden durch Entzündungen oder Ischämie hervorgerufen. Der Schmerz ist meist sehr schwer lokalisierbar und kann sogar in Körperregionen auftreten, die keine direkte Verbindung zu dem erkrankten Organ haben (vgl. Maihöfner 2012, S.8).

### 2.2.4. Neuropathischer Schmerz

Bei neuropathischen Schmerzen ist das Nervensystem die Ursache des Schmerzes, welcher durch die Schädigung der Nervenzellen oder –fasern entstehen kann. Auslöser können hierbei sein: Tumore, Unfälle, Stoffwechselkrankheiten (zum Beispiel Diabetes mellitus), operative Eingriffe und Infektionskrankheiten (vgl. Maihöfner 2012, S.8).

Charakteristika	Nozizeptiver Schmerz	Neuropathischer Schmerz
<b>Symptomatologie</b>		
➤ Schmerzqualität	dumpf/hell pulsierend krampfartig stechend	brennend schneidend elektrisierend zerreißend
➤ Basisschmerz	± konstant	konstant
➤ Schmerzattacken „on top“	gelegentlich	häufig + intensiv
<b>Neurologische Befunde</b>	keine Sensibilitätsstörungen	Sensibilitätsstörungen (Hypästhesie, Hyperästhesie, Dysästhesie, Hypalgesie, Hyperalgesie, Allodynie)
<b>Schmerzursprung</b>	Nozizeptoren	PNS, ZNS
<b>Schmerzlokalisierung</b>	am Ort der Läsion (Ausnahme: viszeraler Schmerz)	in die Peripherie projiziert, entsprechend dem Innervationsgebiet
<b>Schmerzbeginn</b>	unmittelbar nach der Läsion	Latenz (Tage oder Wochen) nach der Läsion
<b>Schmerzätiologie (Beispiele)</b>	Arthropathien Frakturen und Kontusionen extraartikuläre rheumatische Erkrankungen Haut- und Schleimhautulzerationen Myokardinfarkt und andere Ischämieschmerzen viszerale Schmerzen	postherpetische Neuralgie Trigeminusneuralgie diabetische Polyneuropathie Phantomschmerzen CRPS Typ I (früher sympathische Reflexdystrophie) CRPS Typ II (früher Kausalgie)

Abbildung 1: Charakteristika nozizeptiver und neuropathischer Schmerzen im Vergleich

### 3. Geschichte des Schmerzes

In diesem Kapitel wird auf die Geschichte des Schmerzes eingegangen und es wird versucht, die wichtigsten Entwicklungen aufzuzeigen und so die Geschichte des Schmerzes besser verstehen zu können.

Die Herkunft des Begriffes „Schmerz“ ist nicht vollständig erklärt, aber er entspricht vermutlich dem althochdeutschen „smerzo“. Schmerz ist viel mehr als nur ein elektrischer Impuls. Es ist eine menschliche Grunderfahrung und daher tief verwurzelt im menschlichen Wesen.

Schon in der Urzeit versuchten Menschen auf irgendeiner Art und Weise, Schmerzen zu bekämpfen. Schon 3000 Jahre v. Chr. verwendete man in Mesopotamien Wein, Bier, Nieswurz und Hanf, welche eine schmerzstillende Wirkung hatten. Auch in Indien und China wird bereits 500 v. Chr. Hanf und Bilsenkraut zur Schmerzstillung beschrieben.

Im 18. Jahrhundert entdeckte der englische Chemiker Humphry Davy das Lachgas. Das Lachgas wurde aber zur Berausung auf Parties des britischen und amerikanischen Gesellschaftslebens eingesetzt und nicht zur Schmerzlinderung. Die Chirurgen ignorierten damals diese Entdeckung und operierten weiterhin wache und schreiende PatientInnen. Die nächste Entwicklung geschah durch Dr. Morton. Er erfand Äther. Und so kam der Wendepunkt in der Schmerztherapie.

Wichtig zu erwähnen ist, dass es zu Beginn des 20. Jahrhunderts die ersten Narkosegeräte in Deutschland gab. Diese konnten aber erst viel später eingesetzt werden, weil die Geräte zu umständlich zu bedienen waren und die Gasdosierung zu ungenau und die Technik zu teuer war (vgl. Pistor 2012, S.6ff.).

Um eine bessere Übersicht der Geschichte zu geben, soll die folgende Aufzählung dabei helfen.

1862: Joseph Thomas Clover verwendete beim Durchführen von Narkosen Chloroform

1884: Carl Koller entdeckt die anästhesierende Wirkung der Kokainlösung bei einer Staroperation

1899: Acetylsalizylsäure wurde entwickelt und kommerziell hergestellt

1902: Barbiturate wurden entwickelt

1914: Intravenöse Anästhesien mit Äther möglich

1939: Barbiturate stehen zur Verfügung

1965: Psychologe Ronald Melzack und Patrick D. Wall veröffentlichten die Gate-Control-Theory, in der viele theoretische und klinische Konzepte des Schmerzes zusammengetragen und interpretiert wurden

1973: Gründung der International Association for the Study of Pain

1975: Gründung der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

1983: Erste Betten für SchmerzpatientInnen

1999: Christoph Maier wird die erste Professur für Schmerztherapie an der Ruhr Universität Bochum in Deutschland übertragen

2003: Dritte Konsensus-Konferenz mit dem Thema Schmerzmanagement findet statt (vgl. Pistor 2012, S.8)

Als nächstes gehe ich kurz auf das Schmerzverständnis im Laufe der Geschichte ein.

Die Frage, die man sich im Laufe der Geschichte stellte war, „Wo sitzt der Schmerz?“. Im Körper oder im Kopf? Das Schmerzverständnis war je nach zeitgenössischer Vorstellung eher physisch oder psychisch, manchmal auch beides. Epiktet (griechischer Philosoph und Schüler der stoischen Schule) beantwortete die oben gestellte Frage, dass der Sitz des Schmerzes sich im Kopf befindet. Kaiser Marc Aurel (ebenso Stoiker) war auch derselben Meinung.

Das zeigte, dass wir psychische Möglichkeiten haben, mit Schmerz umzugehen und diesen zu beeinflussen. Der Theologe Thomas von Aquin war der Meinung, dass der Schmerz durch äußere Stimuli entsteht. Diese können aber durch Faktoren wie Mitgefühl, Freude und Tränen, die Schmerzintensität verringert werden. Eine wichtige Rolle hatte Rene Descartes, welcher heute noch als einer der ersten Sinnesphysiologen gilt. Er beleuchtete die neutrale Übertragung von Schmerzimpulsen näher. Er ging von einem externen Reiz aus, welcher im Körper eine Nervenerregung auslöst, die an die Hirnventrikel weiter geleitet wird, um dort das Wahrnehmen von Schmerz im Gehirn zu bewirken (siehe Abbildung 1). Max v. Frey war der Meinung, dass die Intensität des Schmerzes vom Ausmaß der Gewebeschädigung abhängt. Die Charakteristik des Schmerzes wird durch spezifische Nervenfasern an das Gehirn weitergegeben (vgl. Pistor 2012, S.10ff).

Wichtig zu sagen ist, dass es in der damaligen Zeit schon verschiedene Erklärungsversuche gab.



Abbildung 2: Descartes Skizze zur Entstehung des Schmerzes  
([www.uniaktuell.unibe.ch](http://www.uniaktuell.unibe.ch), 28.01.2013)

## 4. Schmerzerfassung und -dokumentation

Um den Schmerz in seinem ganzen Ausmaß beurteilen zu können, ist es sehr wichtig, den Schmerz so weit wie möglich zu erfassen und zu dokumentieren. Dies spielt eine wichtige Rolle für die Erstellung der richtigen Diagnose. Es ist ein Ausgangspunkt für die Evaluation einer passenden Therapie und die Basis einer Datensammlung für statistische Auswertungen (Forschung) (vgl. Gallacchi 2005, S. 104).

Da die Schmerzmessung eine wichtige Rolle spielt, haben PatientInnen, die kognitiv nicht beeinträchtigt sind keine Probleme, sich über die Schmerzen zu äußern. Das Problem besteht aber bei PatientInnen, die kognitiv beeinträchtigt sind. Hier ist es wichtig, dass die Schmerzerfassung durch Fremdeinschätzung passiert. Dies kann durch Familienmitglieder oder gute Freunde erfolgen. Die Abbildung 3 zeigt die Möglichkeiten der Schmerzmessung auf. Bei dementen PatientInnen sind aber die unteren Einschätzungsinstrumente der Pyramide typisch (vgl. Gnass 2012, S.5f).

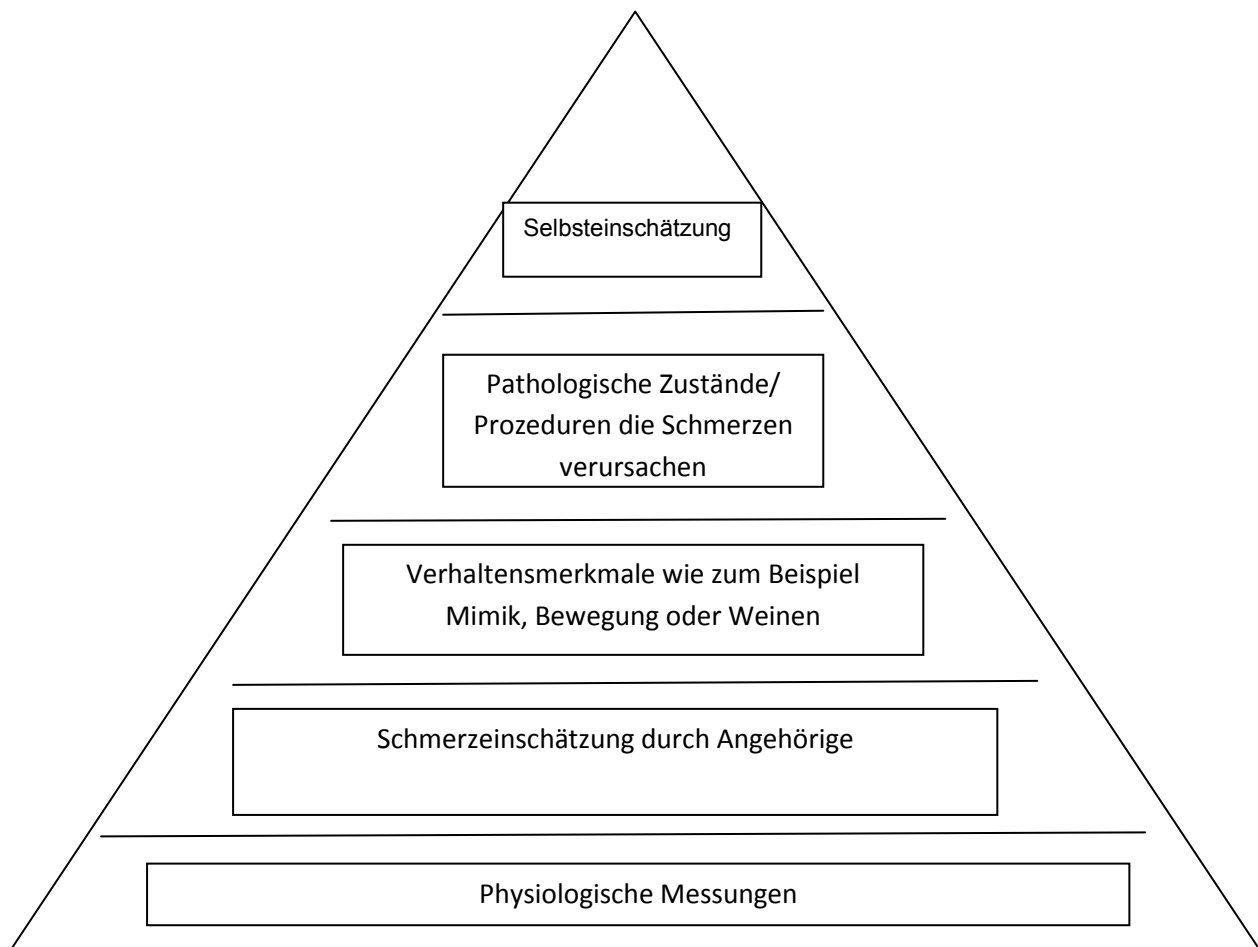


Abbildung 3: Pyramide zur Einschätzung von Schmerzen

Die Schmerzerfassung geschieht schon bei der Aufnahme des Patienten/ der Patientin. Das Besprechen der Schmerzeinschätzung bietet dem Patienten/ der Patientin die Gelegenheit, gezielte Informationen über die Möglichkeiten der Schmerzmessung zu geben. Frühere Schmerzerfahrungen können die Erwartungen des Patienten/ der Patientin hinsichtlich des Umgangs mit seinen Schmerzen beeinflussen. Hier spielt die Schmerzanamnese eine wichtige Rolle. Es sind in der Literatur Unterschiede bekannt, ob man Schmerzen in Ruhe oder bei Belastungen misst. Daher ist es wichtig, die PatientInnen über zusätzlich relevante Faktoren wie zum Beispiel Übelkeit, Erbrechen oder Atmung zu befragen. Diese Faktoren sollen daher dokumentiert werden, denn sie geben Hinweise über die Verträglichkeit der medikamentösen und nicht medikamentösen Schmerztherapie. Hier kann auch das richtige Schmerzeinschätzungsinstrument getestet werden (vgl. Gnass 2012, S.15f).

Nur der Patient/die Patientin kennt die Intensität seiner Schmerzen. Daher ist es wichtig, dass der Patient/die Patientin diese Schmerzen in Zahlen oder Worte überträgt, um so eine richtige Schmerztherapie zu erhalten. Als nächstes wird auf die Schmerzskalen eingegangen und diese werden näher erläutert. Hierbei unterscheidet man zwischen eindimensionalen (dient zur Erfassung der Schmerzintensität) und mehrdimensionalen (stellen mehrere Dimensionen des Schmerzes dar) Skalen (vgl. Gnass 2012, S.15f).

#### Die visuelle Analogskala (=VAS)

Die VAS wurde vor mehr als 20 Jahren entwickelt und ist die Skala, die am häufigsten genutzt wird. Die PatientInnen benutzen einen 10cm langen Balken, wobei der linke Rand „kein Schmerz“ und der rechte Rand „maximal vorstellbarer Schmerz“ symbolisiert. Bei der VAS bittet man den PatientInnen, auf der Linie denjenigen Punkt zu markieren, der dem augenblicklichen Schmerz entspricht. Auf der Rückseite der Skala kann man das Ergebnis als Zahlenwert ablesen und dadurch können geringe Änderungen der Schmerzintensität ermittelt werden. Probleme beim Gebrauch der Skala haben PatientInnen mit Seh- oder kognitiven Beeinträchtigungen, alte Menschen, geschwächte TumorpatientInnen oder Kleinkinder (vgl. Gnass 2012, S.17).

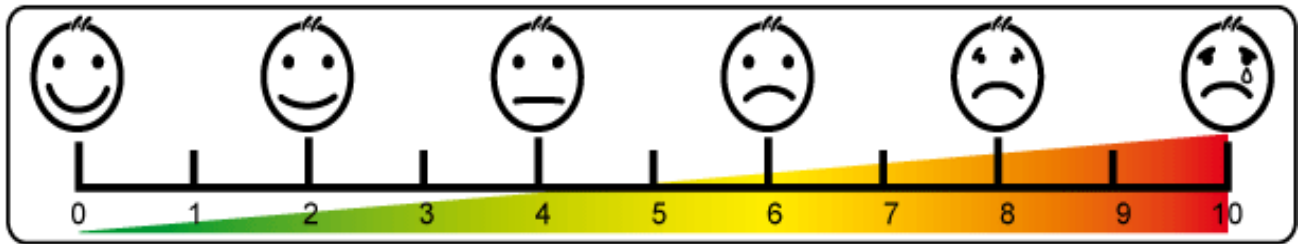


Abbildung 4: Visuelle Analogskala (VAS)

### Die numerische Rangskala (NRS)

Die numerische Rangskala ist eine Alternative zur visuellen Analogskala. Sie verfügt entlang der Linie über Zahlen, die von 0 bis 10 eingeteilt sind. Dadurch wird der Patient/ die Patientin aufgefordert, eine konkrete Zahl zu nennen, die mit der Schmerzintensität im Augenblick übereinstimmt. Diese Skala kann, sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern ab 7 Jahren verwendet werden und ist einfach in der Anwendung und dies ist einer der Vorteile der Skala. Der Nachteil der Skala ist, dass diese bei akut oder chronisch verwirrten Patienten und bei Kleinkindern nicht anwendbar ist (vgl. Gnass 2012, S.18f).

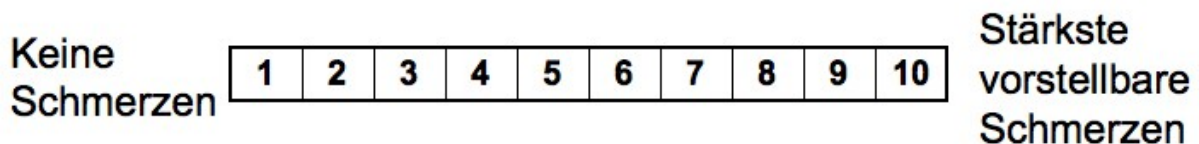


Abbildung 5: Die numerische Rangskala

### Verbale Rangskalen

Die einfachste Form unter den eindimensionalen Skalen ist die verbale Rangskala. Sie ist eine weitere Möglichkeit, Schmerzen einzuschätzen. Bei verbalen Rangskalen wird eine Liste von Adjektiven wie „Kein Schmerz“, „Leichter Schmerz“, „Mittelstarker Schmerz“, „Starker Schmerz“, und „Stärkster vorstellbarer Schmerz“ verwendet. Diese Skala ist sehr einfach zu verwenden, sowohl mündlich als auch schriftlich und sie eignet sich für Hochbetagte, für Menschen, die Probleme mit der deutschen Sprache haben und für geschwächte PatientInnen (nach einer Operation) (vgl. Gnass 2012, S.19f).

Der Nachteil ist, dass es bei der Skala wenige Antwortmöglichkeiten gibt und dass bestimmte Begriffe wie „mäßig“, „mittelstark“ und „stark“ unterschiedlich interpretiert werden können (vgl. Gnass 2012, S.19f).

Eine weitere Skala, die gerne in der Praxis verwendet wird ist die Wortskala. Diese sieht folgendermaßen aus:

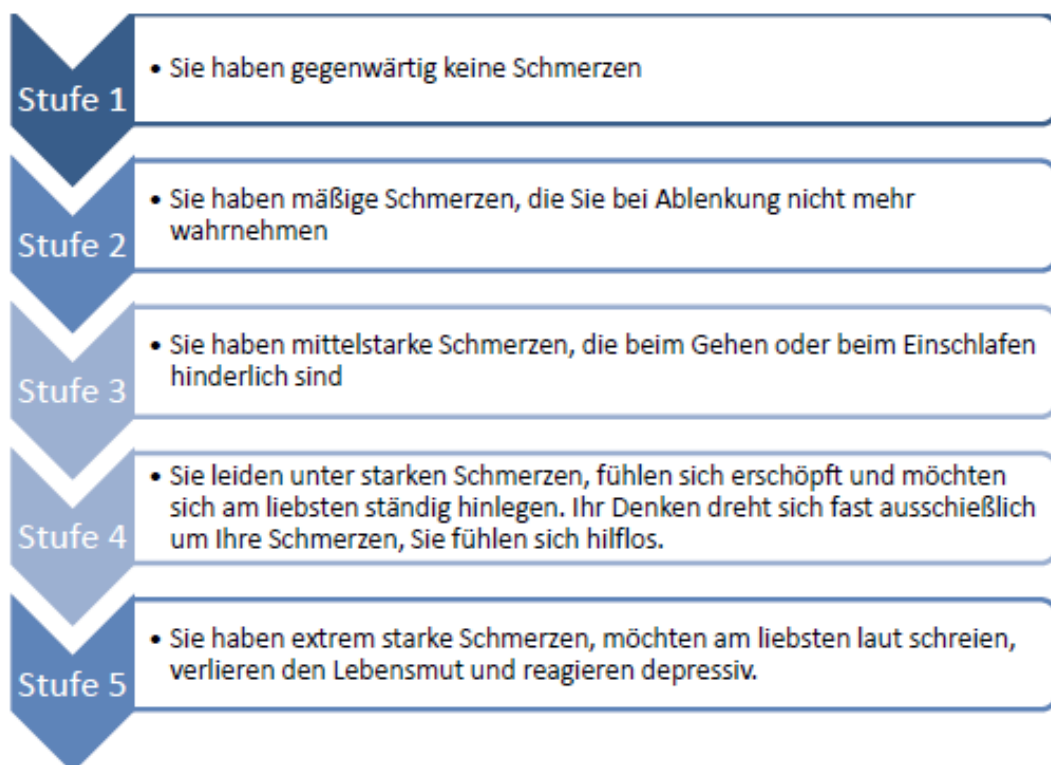


Abbildung 6: Wortskala (vgl. Bettschart 1999, S.40)

### Brief Pain Inventory

Der Brief Pain Inventory enthält vier Fragen zur Schmerzintensität und sieben Fragen zu schmerzbedingten Beeinträchtigungen. Hierbei wird die aktuelle schmerzbezogene Medikation dokumentiert und der Patient/die Patientin wird gebeten, seine Haupt- und Nebenschmerzen in ein körperliches Schaubild einzutragen. Das Instrument wird meist von PatientInnen selbst aufgefüllt, wenn aber der Patient/ die Patientin nicht in der Lage ist, dies auszufüllen, können sie die Informationen im Rahmen eines Interviews ermittelt werden (vgl. Gnass 2012, S.22f).

## Schmerztagebuch

Schmerztagebücher dienen der fortlaufenden Information über die Schmerzen und Begleiterscheinungen des Patienten/ der Patientin mit Tumoren. Damit werden die Kontinuität und Effektivität der schmerztherapeutischen Versorgung garantiert. In dem Schmerztagebuch werden Medikationen und Dosierungen, Intensität und Lokalisation des Schmerzes bzw. Dauer und Qualität des Schlafes eingetragen. Das bringt einen Vorteil für bei PatientInnen, die in der Ein- und Umstellungsphase sind. Der Nachteil ist, dass sich die PatientInnen zu sehr auf den Schmerz fokussieren (vgl. Gnass 2012, S.23).

DIENSTAG					MITTWOCH				
Bitte kreuzen Sie die Schmerzstärke an!					Bitte kreuzen Sie die Schmerzstärke an!				
	VAS	08:00	12:00	16:00	VAS	08:00	12:00	16:00	
STÄRKSTE VORSTELLBARE SCHMERZEN	10				10				
	9				9				
	8				8				
	7				7				
	6				6				
	5				5				
	4				4				
KEINE SCHMERZEN	3				3				
	2				2				
	1				1				
	0				0				

Abbildung 7: Schmerztagebuch ([www.hilfswerk.at](http://www.hilfswerk.at), 30.01.2013)

## Aktivitätenliste

Durch die Aktivitätenliste kann das Pflegepersonal eine umfassende Information über Fort- und Rückschritte der Aktivitäten des täglichen Lebens der PatientInnen erhalten. Hilfreich ist diese Liste bei schwierig einstellbarem Schmerz und bei reduziertem Allgemeinzustand.

Schmerzmessung und –dokumentation sollten aus folgenden Gründen angestrebt werden:

- PatientIn bekommt die Möglichkeit, Schmerzen und schmerzbedingte Einschränkungen zu äußern
- Im Schmerzmanagement wird der Patient/ die Patientin als aktiver Teilnehmer gesehen
- Helfen den PatientInnen, mit den Schmerzen besser umzugehen
- Erleichtern die Kommunikation zwischen den beteiligten Berufs- und Dienstgruppen
- Bieten Möglichkeiten zur Dokumentation therapiebezogener Nebenwirkungen und Evaluation ihrer Behandlungen
- Unterstützen die Suche nach einer Differentialdiagnose
- Bieten Grundlage zu Arztbriefen und Gutachten (vgl. Gnass 2012, S.25).

Das Wichtigste bei der Schmerzmessung und –dokumentation ist, die Aussagen des Patienten/ der Patientin wahrzunehmen und zu versuchen diese bestmöglich zu nutzen und dass das therapeutische Team sich auf Zeitdauer der Messung und gemeinsame Dokumentationsinstrumente einigt.

## 5. Behandlungsmethoden

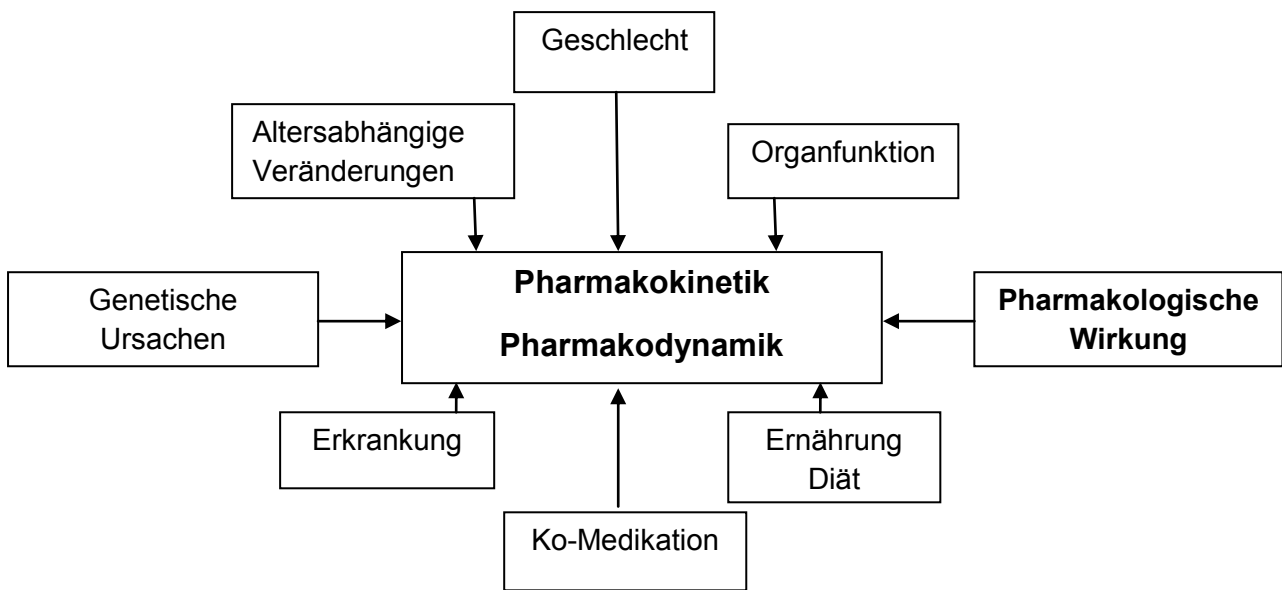
In diesem Kapitel werden die medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapieformen beschrieben.

### 5.1. Medikamentöse Therapieform

Medikamente spielen in der Schmerzbehandlung eine enorme und in der Behandlung akuter Schmerzen eine zentrale Rolle. Daher ist es wichtig für das Pflegepersonal, sehr gute Kenntnisse der Wirkmechanismen von Medikamenten zu haben, die Grundsätze der Pharmakokinetik (was wird aufgenommen, wie schnell und wo wird es abgebaut und wie wird es ausgeschieden) und der Pharmakodynamik (Wirkung und Nebenwirkung) zu kennen und das Wissen im Alltag anwenden zu können.

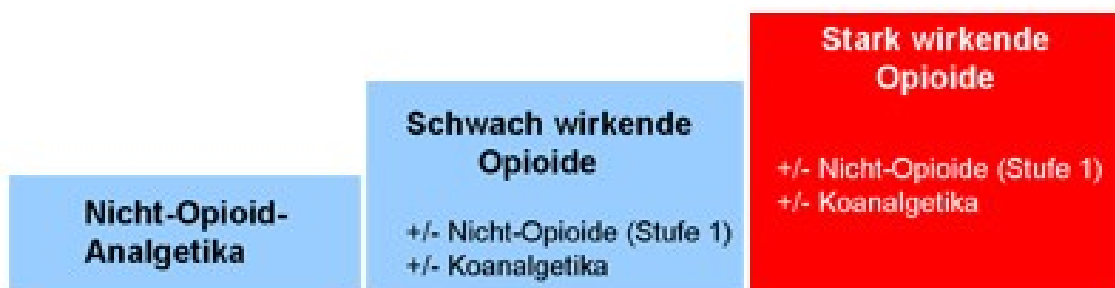
Wichtig für eine gute Pharmakotherapie ist, dass man die PatientInnen gut beobachtet und seine medizinischen Hintergründe kennt. Daher sollte man den PatientInnen nach eigenen Vorerfahrungen mit Schmerzmedikamenten befragen, denn solche Erfahrungen sind sehr wichtig und müssen unbedingt dokumentiert werden, um in der Zukunft darauf prophylaktisch reagieren zu können. Weiters sollten die Pflegefachkräfte eine sorgfältige Medikamentenanamnese erheben, denn oft vergessen PatientInnen, Medikamente zu erwähnen.

In Abbildung 8 werden zahlreiche Faktoren genannt, die die Wirkung der Medikamente beeinflussen können. Manche Faktoren können durch eine gezielte Befragung schon im Vorfeld erhoben werden, andere können unerwarteter Weise zu schweren Komplikationen führen (vgl. Risack 2012, S.7).



**Abbildung 8: Faktoren, die die Pharmakokinetik und Pharmakodynamik beeinflussen**

Wichtig zu erwähnen ist, dass die medikamentöse Schmerztherapie vor allem in der Akutschmerztherapie und in der Tumorschmerztherapie die bedeutendste Therapiekomponente darstellt. Für die Tumorschmerzen wurde erstmalig 1986 von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) ein einfacher Algorithmus erstellt. Dieser sieht folgendermaßen aus (vgl. Risack 2012, S.14):



**Abbildung 9: Das WHO-Stufenschema zur Behandlung von Tumorschmerzen**

Grundaussage des Stufenschemas ist, dass bei leichten Schmerzen (Stufe 1) Medikamente, also Nicht-Opiode, gegeben werden. Bei mittelstarken bis starken Schmerzen (Stufe 2) werden schwache Opiode mit Nichtopioiden kombiniert. Bei starken Schmerzen (Stufe 3) kommen die starken Opiode in Kombination mit einem Nichtopioid zum Einsatz (vgl. Risack 2012, S.14).

### 5.1.1. Nichtopioide

Die Nichtopioide haben verschiedene Wirkmechanismen. Man nannte sie früher „periphere Analgetika“, weil man dachte, dass ihre Wirkung ausschließlich durch die Hemmung der Prostaglandinsynthese im entzündeten, schmerzenden Gewebe entfacht wird. Es ist bekannt, dass Prostaglandine eine wichtige Funktion in der Schmerzübermittlung haben. Allerdings spielen sie eine wichtige regulatorische Rolle an fast allen Organen des Körpers.

Die folgende Aufzählung zeigt, dass uns verschiedene Nichtopioide zur Verfügung stehen, die sich grundsätzlich chemisch unterscheiden:

- Saure fiebersenkende Analgetika (Bsp. Ibuprofen)
- Nicht saure fiebersenkende Analgetika (Bsp. Paracetamol)
- Relativ selektive Hemmer der sogenannten Coxibe
- Andere Nichtopioide (vgl. Risack 2012, S.16f).

### 5.1.2. Opioide

Opioide vermitteln ihre Wirkung über sogenannte Opioidrezeptoren. Diese Opioidrezeptoren lassen sich an allen synaptischen Schaltstellen der Schmerzleitung nachweisen (z.B. Rückenmark, im Hirnstamm und im limbischen System). Bis jetzt sind bislang 3 Hauptklassen von Opioidrezeptoren nachgewiesen und koloniert worden: OP3, OP2 und OP1. Diese Rezeptorenklassen haben wieder Sub-Typen, die aber nicht bei jedem Menschen gleich ausgebildet sind. Die Ursachen liegen in den genetischen Unterschieden.

Es sind Unterschiede im Verhalten der Rezeptoren bekannt und diese sind:

- Opioid-Agonisten (z.B. Morphin) binden am Rezeptor wie körpereigene Substanzen und lösen eine analgetische Wirkung aus
- Partialagonisten haben eine hohe Rezeptorenbindungsfähigkeit und aktivieren nur einen Teil der besetzten Rezeptoren
- Antagonisten binden an den Rezeptoren ohne eigenen intrinsischen Effekt und sind in der Lage die Agonisten vom Rezeptor zu verdrängen (vgl. Risack 2012, S.28f).

Die Nebenwirkungen der Opioide unterteilen sich in zentralen und peripheren Nebenwirkungen. Zu den zentralen Nebenwirkungen zählen:

- Reduktion der Atemfrequenz
- Übelkeit, Erbrechen
- Hustendämpfung
- Dämpfung sympathischer Zentren im Hirnstamm (vgl. Risack 2012, S.30)

Zu den peripheren Nebenwirkungen sind folgende bekannt:

- Obstipation
- Harnverhalten
- Verengung des Pankreas- und Gallengangs (vgl. Risack 2012, S.30)

Weiters unterscheidet man in der Literatur zwischen schwachen und starken Opioiden. Tramadol ist das geläufigste Medikament aus der Gruppe der schwachen Opioide. Zu den starken Opioiden zählt das Morphin, welches aus dem Saft des Schlafmohns gewonnen wird (vgl. Risack 2012, S.34ff).

### 5.1.3. Coanalgetika

Coanalgetika sind Medikamente, die eigentlich keine Schmerzmittel sind, jedoch einen schmerzlindernden Effekt haben und bei entsprechender Indikation gezielt ergänzend eingesetzt werden können. Zu den Coanalgetika zählen zum Beispiel: Antidepressiva, Antikonvulsiva, Kortikosteroide, Benzodiazepine, Biphosphonate, Ketamin, Lidocain, etc. Ich gehe kurz auf die Antidepressiva ein. Antidepressiva werden vor allem zur Behandlung von neuropathischen, also Nervenschmerzen eingesetzt. Ihre Wirkung beruht auf einer Hemmung der Wiederaufnahme von Noradrenalin und Serotonin in den synaptischen Spalt. Man geht davon aus, dass bei jedem dritten PatientInnen, der mit Saroten bei Nervenschmerzen behandelt wird, eine mindest 50-prozentige Schmerzreduktion erzielt wird. Es sind wesentlich niedrigere Dosierungen als zur Behandlung von Depressionen erforderlich. Es sind aber auch hier Nebenwirkungen vorhanden, wie zum Beispiel Mundtrockenheit, Gewichtszunahme, Harnverhalten, Schwindel und sexuelle Funktionsstörungen (vgl. Risack 2012, S.46f).

#### 5.1.4. Begleitmedikamente

Diese Medikamente sind in der Schmerzbehandlung sehr wichtig, weil sie balanciert zur Reduktion der Nebenwirkungen der Analgetika eingesetzt werden. Ein Beispiel hierfür sind Laxantien. Manche PatientInnen benötigen ein Laxans zu starken Opioiden, aber die Anwendung sollte kontrolliert und individuell erfolgen. Die häufig eingesetzte Lactulose ruft immer wieder Blähungen hervor und hat einen unangenehmen Geschmack (vgl. Risack 2012, S.46).

### 5.2. Nichtmedikamentöse Therapieform

Als nichtmedikamentöse Verfahren in der Schmerzbehandlung werden sehr unterschiedliche therapeutische Richtungen bezeichnet. Dazu gehören Therapien der klassischen Naturheilverfahren, physiotherapeutische und physikalische Verfahren und vieles mehr. Folgende nichtmedikamentöse Therapieformen können akute und chronische Schmerzen beeinflussen: Gespräche, Musik, Ablenkung, Massage, Wärmetherapie, Kinästhetik, manuelle Therapie, Hypnose, Autogenes Training, Diät, Hilfsmittel und viele mehr (vgl. Herzog 2012, S.3).

#### 5.2.1. Supportive Maßnahmen

Unter supportiven Maßnahmen werden alle Maßnahmen zusammengefasst, die den Menschen mit Schmerzen auf verschiedenste Weise unterstützen sollen. Dazu zählen:

Gespräche, Informationen geben, Schulen, Beraten

Dieser Punkt ist wichtig um einzuschätzen, wie eine patientInnenorientierte Pflege durchzuführen ist. Er erfasst Informationen über den Patienten/ der Patientin zu seinem Befinden, seinen Einschränkungen, seinen Ressourcen und seinen Erwartungen (vgl. Herzog 2012, S.16ff).

Außerdem schafft es die Basis für eine vertrauensvolle Beziehung zwischen dem PatientInnen und dem Pflegepersonal. Bezogen auf Situationen, die mit Schmerzen verbunden sind, werden pflegerische Gespräche mit PatientInnen geführt, um

- Informationen über den PatientInnen und seine aktuelle Situation zu sammeln
- zu motivieren
- zu beraten
- zu trösten
- zu informieren
- abzulenken
- in Grenzsituationen zu begleiten (vgl. Herzog 2012, S.18).

#### Adäquate Hilfsmittelversorgung

Medizinische Hilfsmittel sind dafür da, für Linderungen von Schmerzen und die Unterstützung von eingeschränkten funktionstüchtigen Körperteilen zu sorgen. Dazu gehören:

- Gehhilfen (z.B. Rollator, Gehstützen, Stock zur schmerzarmen Fortbewegung)
- Prothesen (z.B. zum Gliedmaßenersatz)
- Orthesen (z.B. zur Fixation, zur Gelenkstabilisierung, zur Ruhigstellung)
- Stumpfüberzüge bei Amputation (vgl. Herzog 2012, S.19).

#### Diät- Ernährungstherapie

Eine wichtige Rolle im Behandlungskonzept von PatientInnen mit Schmerzen spielt die richtige Ernährung. Denn nicht selten werden Schmerzen durch bestimmte Nahrungsmittel ausgelöst oder verstärkt. Je nach Erkrankung gibt es aber spezielle Empfehlungen, die mit einem Ernährungsberater besprochen werden sollten (vgl. Herzog 2012, S.21f).

### Basal stimulierende Angebote

Wichtig zu erwähnen ist, dass die Auswirkungen von Schmerzzuständen die gesamte Persönlichkeit beeinträchtigen können. Die oft mit chronischen Schmerzzuständen einhergehenden Abbauprozesse und Funktionsverluste verändern die Identität des eigenen Körpers. Daher erlebt der Patient/die Patientin den eigenen Körper als feindlich. Wenn die basale Stimulation integriert wird kann man sagen, dass das psychische und physische Wohlbefinden sich verbessern, indem man durch Angebote ein positives annehmbares Erleben ermöglicht. Im Mittelpunkt hier steht der Betroffene/die Betroffene mit seinem/ihren individuellen Erleben und seinen/ihren Bewältigungsstrategien. Einige Beispiele für die basale Stimulation sind: Berührung und Kontakt (gezielte Berührungen wirken sich sehr positiv auf PatientInnen aus), körperbegrenzte Lagerungen (Bedürfnis nach Sicherheit und spürbarer Stabilität), beruhigende Ganzkörperwaschung (dadurch wird der Teufelskreis von Stress, Angst, Anspannung und Schmerz durchbrochen) und beruhigende, atemstimulierende Einreibung (hilft den PatientInnen sich zu entspannen) (vgl. Herzog 2012, S.22ff).

### Akupunktur/ Akupressur

Bei der Akupunktur handelt es sich um eine Technik, bei der feine, feste Nadeln in die Haut platziert werden. Es ist bewiesen, dass Akupunkturadeln sensible Nerven in Haut und Muskulatur stimulieren und die Signale an Rückenmark und Mittelhirn senden. Diese Art von Stimulation führt zu einer Schmerzmodulation. Wichtig ist aber zu erwähnen, dass die Akupunktur eine gründliche theoretische und praktische Ausbildung erfordert (vgl. Herzog 2012, S.31).

## Einreibungen

Allgemeine therapeutische Effekte hierbei sind: Anregung der Hautdurchblutung, persönliche Zuwendung und Zunahme von Entspannung und Wohlbefinden.

Spezielle Effekte sind zu erwarten bei Rhythmischen Einreibungen/ Massagen, Atemstimulierender Einreibung oder bei der Verwendung von speziellen Heilsstoffen wie Ölen, Salben, Lotionen. Beispiele dafür sind: Lavendelöl (entspannend, schlaffördernd), Kümmelöl (krampflösend, entspannend) und Pfefferminzöl (schmerzlindernd bei Kopfschmerzen) (vgl. Herzog 2012, S.27).

Folgende Effekte nach rhythmischen Einreibungen nach Wegma/ Hauschka wurden beschrieben:

- Förderung des Wohlbefindens
- Gefühl von Geborgenheit und Wärme
- Ablenkung
- Schmerzlinderung
- Angst lösend
- Entspannung
- Bewusstmachen der eigenen Körperbegrenzungen, etc. (vgl. Herzog 2012, S.28)

## PatientInnenfreundliche Umgebungsgestaltung

Einen Einfluss auf das Schmerzerleben kann aber auch die Umgebung haben. Wie sind die Krankenzimmer eingerichtet und klimatisiert, ermöglicht das Mobiliar dem Patienten/der Patientin eine gewisse Autonomie bei der Eigenversorgung oder muss er/sie ständig um Hilfe bitten? Das sind nur einige Beispiele die man versuchen sollte so zu ändern, dass der Patient/die Patientin zufrieden ist (vgl. Herzog 2012, S.32).

### 5.2.2. Kognitive und verhaltensbezogene Maßnahmen

Die folgenden Maßnahmen gehören zu den psychologischen Interventionen zur Linderung von Schmerzen. Sie sollen die Entspannung des Patienten/ der Patientin fördern. Der in der Entspannung erreichte Bewusstseinszustand wirkt schmerzablenkend und kann Schmerzen teilweise oder ganz ausblenden (vgl. Herzog 2012, S.32). Dazu gehören:

- Entspannungstraining (Freiheit von Angst und von Spannung der Skelettmuskulatur)
- Ablenkung (sensorischer Schutz, bei dem der Patient/die Patientin auf andere Faktoren als die Schmerzwahrnehmung konzentriert wird)
- Imagination (Aktivierung der Vorstellungskraft durch Bilder, Geschichten, Gedanken und schöne Erfahrungen)
- Autogenes Training (Konditionierung von Abläufen)
- Hypnose (veränderter Bewusstseinszustand wird erzielt)
- Biofeedback (macht unbewusste Körperfunktionen „bewusst“ messbar und beeinflussbar)
- Spiegeltherapie (zur Behandlung bei Phantomschmerz, beim chronischen Schmerzsyndrom und in der Rehabilitation) (vgl. Herzog 2012, S.33)

### 5.2.3. Physikalisch-medizinische Therapie

Die genaue Wirkungsweise einzelner Methoden aus dem Bereich sind häufig noch nicht eindeutig erforscht. Die physikalisch- medizinische Therapie umfasst folgende Bereiche:

- Massage
- Wärme- und Kältebehandlungen
- Ultraschall
- Sport
- Ergotherapie
- Manuelle Therapie
- Physiotherapie mit passiver und aktiver Bewegungstherapie

- Elektrotherapie (vgl. Herzog 2012, S.39f)

Die Ziele, die dadurch erreicht werden sind:

- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Schmerzvermeidung oder –linderung
- Harmonisierung von Bewegungsabläufen
- Erhaltung und Verbesserung der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit (vgl. Herzog 2012, S.41).

## 6. Schmerzen bei alten dementen PatientInnen

Schmerzen sind bei allen Generationen vorhanden, sowohl bei der jüngeren aber als auch bei der älteren Generation. Mit dem Altern gehen aber einige Veränderungen einher, deren Ursachen und Bedeutung für das Schmerzerleben nicht ganz erklärt sind. Physiologisch ist es gesichert, dass die Leitgeschwindigkeit der Nervenbahnen und damit auch der Nozizeptoren mit dem Alter abnimmt. Ältere Menschen pflegen in sozialer Hinsicht eher Zurückhaltung als jüngere Menschen, denn das eigene Leid soll nicht „zur Last“ fallen. Daher werden Schmerzen bei älteren PatientInnen als eine Folge des Alterns angesehen. Die Folge daraus ist, dass es den PatientInnen schwer fällt, über die Schmerzen zu reden. Oder sie das Gefühl haben, die Pflegenden und ÄrztInnen wüssten schon über ihre Schmerzen Bescheid. Die Erinnerungen an Schmerzen verschwinden, selbst wenn sie nur Stunden oder Tage zurückliegen, wenn kognitive Veränderungen wie z.B. eine Demenz das Gedächtnis betreffen (vgl. Menche 2011, S.526). Die Krankheit Demenz hat in letzter Zeit enorm zugenommen. Welche Altersgruppen davon betroffen sind, macht Tabelle 3 deutlich.

<b>Geschlecht</b>	<b>80- bis 84-jährige</b>	<b>85- bis 89-jährige</b>	<b>90- bis 94-jährige</b>	<b>&gt;95-jährige</b>
Frauen	16%	29%	44%	49%
Männer	15%	21%	29%	32%

**Tabelle 3: Prävalenz der Demenzerkrankung in Europa**

Diese Tabelle macht auch deutlich, dass mehr Frauen als Männer davon betroffen sind und dass wir bei der Behandlung, Pflege und Begleitung von alten Menschen mit multimorbiden Krankheiten konfrontiert sind, denn diese sind von mehreren körperlichen Erkrankungen und immer häufiger auch von kognitiven Einschränkungen betroffen. Aus der Literatur geht hervor, dass alte Menschen unter chronischen Schmerzen leiden, aber dies tritt auch bei sehr vielen pflegeabhängigen DemenzpatientInnen auf (vgl. Kojer 2011, S.47f).

Daher spielt hier die Sensibilität eine wichtige Rolle, denn die Pflegenden sind jetzt noch mehr gefordert, auf diese PatientInnen einzugehen, um ihre Schmerzen zu erfassen. Denn eine erhöhte Sensibilität für Schmerzberichte alter Menschen kann unter Umständen Leben retten. Die Schmerztoleranz wird so herabgesetzt und das bedeutet, dass der Spielraum für die Schmerztherapie enger wird: rasches Handeln ist unbedingt notwendig und Schmerzspitzen müssen sorgfältiger abgefangen werden (vgl. Menche 2011, S.526).

Wichtig zu erwähnen ist, dass der Umgang mit Schmerzen älterer demente Menschen viel mehr bedeutet, als die Einteilung einer medikamentösen Therapie. Folgende Punkte könnten beim Umgang mit alten, dementen PatientInnen helfen (vgl. Kojer 2011, S.51).

#### Wahrnehmung eines Schmerzproblems

Die Häufigkeit der Schmerzen führt, wie oben schon erwähnt dazu, dass diese von alten Menschen als Preis für das höhere Lebensalter akzeptiert werden. Daher bedarf es bei PatientInnen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung einer hohen Aufmerksamkeit und Sensibilität, um mögliche Schmerzprobleme zu erkennen. Folgende Situationen sind deshalb bei älteren, aber auch bei dementen PatientInnen zu beachten wie zum Beispiel Schlafstörungen (Ursache dieser erforschen), sozialer Rückhalt/ Isolation und Depression (dies kann zum Rückzug und zum Verlust von sozialen Kontakten führen), Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust (tritt sowohl bei PatientInnen mit chronischen Schmerzen als auch bei dementen PatientInnen auf), motorische Unruhe (durch mangelnde Konzentrationsfähigkeit und erhöhte Ablenkbarkeit) und Aggressivität und Abwehrverhalten (dies tritt auf, weil die PatientInnen nicht wissen, was man mit ihnen vor hat und sich überfordert fühlen) (vgl. Kojer 2011, S.51ff.).

## Adäquate Schmerzerfassung

Da die Diagnostik bei alten, dementen PatientInnen nicht nur durch sensorische Beeinträchtigungen (Seh- und Hörbehinderungen), sondern auch häufig durch kognitive Einschränkungen erschwert wird, ist die Überprüfung dieser Funktionen sehr wichtig, um die Schmerzen bestmöglich erfassen zu können. Wenn diese Einschränkungen ausgeschlossen werden können, finden Instrumente zur Erfassung der Schmerzintensität wie die Visuelle Analogskala eine Verwendung. Aber die Gefahr die hier auftreten kann, kann die falsche Selbsteinstufung sein. Das Problem kann aber gelöst werden, indem die visuelle Analogskala verbal mit Adjektiven unterlegt wird (etwas geringer, starker, unerträglicher Schmerz). Eine weitere Herausforderung, die auf das Pflegepersonal zukommt, ist die Schmerzerfassung bei PatientInnen mit fortgeschrittener Demenzerkrankung. Folgende Probleme erschweren die Schmerzerfassung im Rahmen der Demenz: Kommunikationsstörungen, Einschränkungen der exekutiven Funktionen, Gedächtnisstörungen, Veränderungen der Wahrnehmung und des Körperschemas. Hier sind wieder die Pflegenden gefordert, die Schmerzen der PatientInnen richtig zu erfassen und korrekt zu dokumentieren (vgl. Kojer 2011, S.54ff.).

## Analyse der Schmerzproblematik

Bei der Analyse spielt nicht nur das Umfeld (zum Beispiel ob die Gehhilfe richtig eingestellt ist) sondern auch jede involvierte Person (Ärzte, Angehörige, Psychologen, Seelsorger, etc.) eine wichtige Rolle. Denn aus dieser Analyse ergeben sich neben der Einteilung einer analgetischen Therapie auch verschiedene Möglichkeiten, wie der Schmerz gezielt und kausal behandelt werden kann (vgl. Kojer 2011, S.62f).

### Gemeinsame Zielformulierung

Um die Lebensqualität der PatientInnen zu verbessern, muss vorerst einmal geklärt werden, wodurch diese am meisten beeinträchtigt werden. Denn oft leiden PatientInnen an Schmerzen, fühlen sich aber durch andere Einschränkungen viel stärker in ihrem Wohlbefinden beeinträchtigt. Daher sollte die Zielformulierung den Menschen in seiner Ganzheit erfassen und so versucht werden, die Lebensqualität zu erhöhen (vgl. Kojer 2011, S. 63).

### Einleitung einer Therapie

Anhand der Zieldefinition und der interdisziplinäre Analyse wird nach den geeigneten Therapieformen gesucht oder diese den bestehenden Behandlungen angepasst. Der Behandlungsplan hat immer zwei Perspektiven zu berücksichtigen: die Ursachen und das Schmerzausmaß (vgl. Kojer 2011, S. 63f).

### Erfolgskontrolle

Die Schmerzbehandlung alter, dementer PatientInnen ist ein Prozess, der ständig an die sich verändernden Situationen angepasst werden muss. Deshalb muss der Erfolg immer wieder überprüft sowie die Nebenwirkungen erfasst und behandelt werden. Denn der Fokus darf nicht allein auf das Schmerzproblem gerichtet werden, sondern muss auch andere Symptome und Probleme, die die Lebensqualität beeinflussen, einbeziehen (vgl. Kojer 2011, S. 68).

## 7. Beratung und Schulung von PatientInnen und Angehörigen

Die Schmerzerfassung wird durch Schulungsmaßnahmen und Beratungsangebote verbessert. Schmerzbezogene Therapien und Schwierigkeiten in der Therapie können durch eine aktive Mitgestaltung des Patienten/der Patientin verhindert werden. Dabei lernen die PatientInnen auf der Basis von Informationen, ihre Schmerzsituation zu verstehen und sich aktiv in das Schmerzmanagement einzubringen. Schmerz betrifft immer Körper, Seele und Geist. Schmerzlinderung kann durch ein klärendes Gespräch über die Erkrankung, die bevorstehende Operation oder diagnostische Maßnahmen erfolgen (vgl. Nestler 2012, S.3).

Wichtig ist es, diese zwei Begriffe „Schulung“ und „Beratung“ voneinander zu trennen bzw. zu unterscheiden. Wichtig wäre auch die Frage zu beantworten, warum man geschult und beraten werden muss. PatientInnen haben in der Regel unzureichend Wissen über den Umgang mit Schmerzmedikation und deren Wirkung. Für PatientInnen selbst ändert sich vieles mit dem Eintritt in das Krankenhaus. Manche gehen davon aus, dass ihre Schmerzen gar nicht behandelt werden können oder dass die Schmerzen stärker werden. PatientInnen fragen oft nicht nach einem Analgetikum. Ein weiterer Aspekt sagt aber, dass PatientInnen in den Pflegekräften die Experten sehen, die sie Schmerzfrei machen könnten. Wie man daraus schließen kann, ist unzureichende Kommunikation zwischen Pflegekräften und PatientInnen ein primärer Grund für eine unzureichende Schmerzbehandlung. Das größte Problem der PatientInnen im Umgang mit Schmerzmedikation liegt allerdings in der Annahme, dass die Schmerztherapie süchtig machen könnte, vor allem diejenigen PatientInnen, zu deren Schmerztherapie die Einnahme eines Opiates gehört (vgl. Nestler 2012, S.5).

## Schulung

Unter der PatientInnenschulung, bezogen auf das Problem Schmerz und damit in Verbindung stehenden schmerzbedingten Schmerzproblemen, wird allgemein die Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten verstanden. Als Standard für die Schulung dienen schriftlich fixierte Konzepte. Die Schulung richtet sich an eine bestimmte Gruppe in gleicher Form. Inhalte der Schulung können Wissensvermittlung zur Therapie, zur Notwendigkeit, Abbauen der Ängste vor Abhängigkeit und Gewöhnung, die Bedeutung der Schmerzerfassung und ihre Durchführung wie auch das Einüben praktischer Fertigkeiten sein. „Hilfe zur Selbsthilfe“ und die Stärkung der Selbstpflegekompetenz stehen dabei im Vordergrund. Als Kernbereich professioneller Pflege wird von der WHO die Übernahme von Schulungsmaßnahmen betrachtet (vgl. Nestler 2012, S.5f).

Eine der wichtigsten Aufgaben der Pflegekräfte ist zu entscheiden, welche Informationen der Patient/die Patientin benötigt und in welcher Art und Weise dieses Wissen zur Verfügung gestellt werden sollte. Diese Schulungen sind sinnvoll und effektiv, vor allem weil sie eine Voraussetzung für ein gutes Schmerzmanagement sind. Durch die PatientInnenschulung kann auch die Einstellung des Patienten/ der Patientin zu den verschiedenen Vorurteilen positiv beeinflusst und Verhaltensänderungen erzielt werden. Der häufigste Grund für ein inadäquates Schmerzmanagement ist ein Wissensdefizit des Patienten/ der Patientin.

Pädagogische Fähigkeiten sind von Vorteil bei der Vermittlung von Wissen, weil nicht jeder Patient/ jede Patientin in gleicher Weise mit gegebenen Informationen umgehen kann. Die Aufgabe der Pflegekräfte wäre somit, die Informationen auf eine für den PatientInnen verständliche Art zu vermitteln. Zunächst müssen Pflegekräfte einschätzen können, in wieweit der Patient/die Patientin in der Lage ist, ihren Ausführungen zu folgen ( Demenz ) (vgl. Nestler 2012, S.5f).

Einzel – oder Gruppenschulungen können generell angeboten werden. Wie lange die Schulung dauern wird, hängt unter anderem vom Ziel der Schulung ab.

Der Inhalt von Schulungen kann grundsätzlich unterteilt werden in:

- Informationen zum Verlauf – Frage: was, wann und wie?
- Informationen zum Empfinden – hier wird vermittelt, was der Patient/die Patientin fühlen wird
- Verhaltensempfehlungen – beziehen sich darauf, was der Patient/die Patientin tun bzw. nicht tun soll
- Psychosoziale Betreuung – Vermittlung von Sicherheit und Abbau von Ängsten (vgl. Nestler 2012, S.14).

Eine Kombination der Inhalte sollte unbedingt angestrebt werden, damit das Ganze für den Patienten/der Patientin effektiver ist. Schriftliche Konzepte sollten fixiert werden, um die Schulung zu strukturieren und zu standardisieren (vgl. Nestler 2012, S.14f).

### Beratung

Beratung wird, in Abgrenzung zur Schulung, als Unterstützung des Patienten/der Patientin im Problemlöseprozess vor dem Hintergrund der persönlichen Biographie und der individuellen Lebenssituation verstanden. Vor allem bedeutsam ist die Beratung für chronisch Kranke. Das Erkennen des Beratungsbedarfs gemeinsam mit dem Patienten/ der Patientin, seinen Bezugspersonen und den Mitgliedern anderer Berufsgruppen ist jedenfalls eine gemeinsame Aufgabe aller Beteiligten im Schmerzmanagement. Die individuelle Lebenssituation ist zu berücksichtigen. Beratung ist eigentlich Hilfe zur Gestaltung und Bewältigung des Lebens. Um zu verhindern, dass die Lebensziele vernachlässigt oder gänzlich aus der Betrachtung gelassen werden, muss die Betrachtung und Einschätzung möglicher Problembereiche durch Pflegekräfte, PatientInnen und seine Bezugspersonen stattfinden. Ein individueller Pflegebedarf wird gemeinsam mit dem Betroffenen ausgearbeitet und daraufhin werden Gespräche und Maßnahmen geplant (vgl. Nestler 2012, S.6f).

Das aufgebaute Vertrauensverhältnis ist dabei sehr wichtig. Wie bei der Schulung müssen Pflegekräfte über entsprechende Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen. Einer Form der PatientInnenberatung ist das aktive Zuhören. Das Beratungsgespräch kann geplant und strukturiert ( mehrere Unterhaltungen oder Interventionen notwendig ) oder situativ ( zum Beispiel bei der Körperpflege ) sein. Es ist sehr wichtig, auch bei der Beratung, dass Pflegekräfte entsprechendes Wissen über medikamentöse und nichtmedikamentöse Schmerztherapien, aber auch umfassende Kenntnisse über den möglichen Verlauf der spezifischen Erkrankung und die damit verbundenen Schmerzen haben. Wenn wir aber an ältere, chronisch Kranke denken, können wir sagen, dass das Ziel einer pflegerischen Beratung ist, die Betroffenen zu befähigen, für die verbleibende Lebenszeit die größtmögliche Lebensqualität zu erreichen. Hauptaufgabe wäre dabei, den Patienten/ der Patientin und ihren Bezugspersonen so viel wie möglich Informationen über Behandlungsmöglichkeiten zu geben. Jede Beratung hat aber nur dann Sinn, wenn der Patient/die Patientin bereit ist, diese Informationen aufzunehmen. Da muss wieder der Pfleger/die Pflegerin gemeinsam mit dem PatientInnen ermitteln, wie er/sie diese Information am besten aufnimmt und verarbeitet (vgl. Nestler 2012, S.18ff).

## 8. Schlussfolgerung

Schmerzen sind Empfindungen, die durch unterschiedliche Einflüsse beeinflusst werden können (sozial, kulturell, physisch oder psychisch). Schmerzen betreffen alle Altersgruppen und sind eine subjektive Wahrnehmung, wobei diese sowohl als Begleitsymptom, als auch als eigenständige Erkrankung auftreten können. Um die Schmerzen bei den PatientInnen zu reduzieren ist es wichtig, vorerst den Schmerz zu erfassen und zu dokumentieren und dann auf die richtige Behandlungsmethode zugreifen zu können. Die Schmerzerfassung und –dokumentation ist aber bei alten, dementen PatientInnen schwerer durchzuführen. Wichtig zu erwähnen ist, dass die Demenzerkrankung in Europa in den letzten Jahren sehr stark zugenommen hat und dadurch das ganze Pflegepersonal umso mehr herausgefordert ist, die passenden Behandlungsmöglichkeiten für diese PatientInnen zu finden. Folgende Probleme erschweren die Schmerzerfassung im Rahmen einer Demenz:

Kommunikationsstörungen (PatientInnen sind nicht in der Lage, ihren Schmerz zu äußern), Einschränkungen der exekutiven Funktionen (alte, demente PatientInnen können nicht richtig mit der Visuellen Analogskala umgehen, denn das führt nur dazu, dass sie sich überfordern), Gedächtnisstörungen (schon nach kurzer Zeit können sich die Betroffenen nicht daran erinnern, dass sie zum Beispiel bei der Mobilisation unter starken Schmerzen gelitten haben), Veränderung der Wahrnehmung und des Körperschemas (Demenzranke können unter einer veränderten Wahrnehmung des eigenen Körpers leiden. Dies führt dazu, dass sie nicht in der Lage sind, den Schmerz in seiner Funktion zu verstehen und in ihrem Körper zu lokalisieren).

Diese oben genannten Probleme erschweren dem Pflegepersonal, die Schmerzen der PatientInnen richtig zu erfassen und zu dokumentieren. Und das kann dazu führen, dass die Behandlungsmethode nicht passend gewählt werden kann.

Um diesen Herausforderungen entgegenzuwirken, bedarf es beim Pflegepersonal einer hohen Aufmerksamkeit und Sensibilität, um mögliche Schmerzprobleme zu erkennen. Weiters sollte das Pflegepersonal mit Kollegen anderer Berufsgruppen (Physiotherapeuten, Seelensorgern, etc.) eng zusammenarbeiten und das Ziel dabei sollte sein, den Demenzerkrankten einen bestmöglichen Aufenthalt mit den passenden Behandlungsmethoden zu bieten. Aus-, Weiter- und Fortbildungen

können dabei auch eine wichtige Rolle spielen, sowie auch eine gezielte Aufklärung und Schulung der Angehörigen.

## 9. Literaturverzeichnis

- Bettschart Roland, 1997: Kursbuch Schmerz- Ursachen, Medikamente und Behandlungsmethoden der Schul- und Alternativmedizin. Kiepenheuer und Witsch. Köln
- Gallacchi Guido und Pilger Beatrice, 2005: Schmerzkompendium: Schmerzen verstehen und behandeln. Georg Thieme Verlag. Stuttgart
- Kojer Marina und Schmidl Martina, 2011: Demenz und palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Springer-Verlag. Wien
- Mc Caffery Margo, 1997: Schmerz, ein Handbuch für die Pflegepraxis. Ullstein Mosby GmbH. Berlin/Wiesbaden
- Menche Nicole, 2011: Pflege Heute. 5. Auflage. Urban & Fischer Verlag. München
- Mumenthaler Marco und Mattle Heinrich, 2002: Kurzlehrbuch Neurologie. 1. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart
- Pschyrembel Willibald, 1986: Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. Walter de Gruyter & Co. New York
- Rohrkamm Reinhard, 2009: Taschenatlas Neurologie. Georg Thieme Verlag. Stuttgart

### Internetseiten:

- [http://www.planetsenior.de/zitate\\_alter/](http://www.planetsenior.de/zitate_alter/) (Stand: 25.01.2013)
- <http://de.wikipedia.org/wiki/Phantomschmerz> (Stand: 05.02.2013)
- [www.uniaktuell.unibe.ch](http://www.uniaktuell.unibe.ch) (Stand: 28.01.2013)
- [www.hilfswerk.at](http://www.hilfswerk.at) (Stand: 30.01.2013)
- [http://www.pflegewiki.de/wiki/Numerische\\_Rating\\_Skala](http://www.pflegewiki.de/wiki/Numerische_Rating_Skala) (Stand: 03.02.2013)
- <http://www.schmerzskala.de/schmerzskala.html> (Stand: 03.02.2013)

### Weitere Literatur:

- Fernlehrgang Pain Nurse OSiA 2012, Klinikum Nürnberg