

Anhang

Pflegestandard Schmerz

Version 3 / 01.05.2019 /P&E

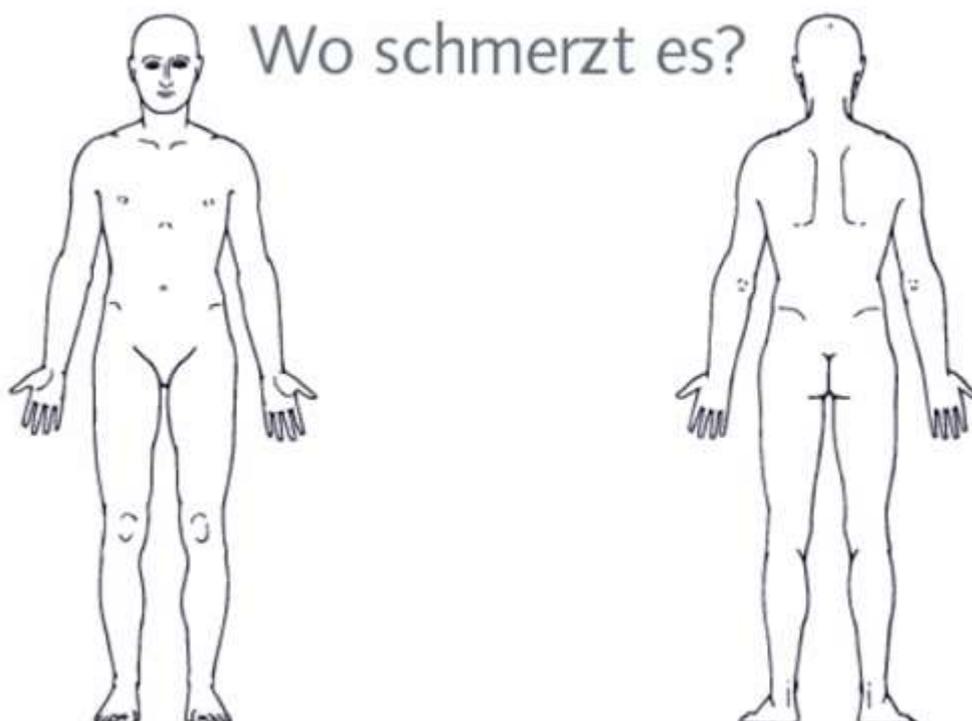
Inhaltsverzeichnis

Anhang 1: Instrumente zur Schmerzerfassung	3
Beispiele Schmerzerfassung Menschen ohne kognitive Einschränkungen	3
Beispiele Schmerzerfassung Menschen mit kognitiven Einschränkungen	4
Anhang 2: Wissen: der Schmerz in Kürze	10
Definitionen: Was ist Schmerz?	10
Wie entsteht Schmerz?	10
Akuter und chronischer Schmerz – Wo liegt der Unterschied?	11
Schmerzqualitäten - Gibt es da Unterschiede?	13

ANHANG 1: INSTRUMENTE ZUR SCHMERZERFASSUNG

BEISPIELE SCHMERZERFASSUNG MENSCHEN OHNE KOGNITIVE EINSCHRÄNKUNGEN

NRS (Numerische Rating Skala)



BEISPIELE SCHMERZERFASSUNG MENSCHEN MIT KOGNITIVEN EINSCHRÄNKUNGEN

BISAD

Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Bewohnerinnen mit Demenz.
Bitte zutreffende Aussage auswählen, Punktezahl eintragen und anschließend umseitig alle Punkte addieren.

Beobachtung vor der Mobilisation	Ermittelten Wert hier eintragen			
	Datum	Datum	Datum	Datum
	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
1. Gesichtsausdruck: Blick und Mimik				
Entspanntes Gesicht	0			
Sorgenvolles Gesicht	1			
Die Bewohnerin verzieht von Zeit zu Zeit das Gesicht	2			
Ängstlicher Blick und / oder verkrampftes Gesicht	3			
Vollkommen erstarrter Ausdruck	4			
	0	0	0	0

	Ermittelten Wert hier eintragen			
	Datum	Datum	Datum	Datum
	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
2. Spontane Ruhehaltung (Suche nach einer schmerzfreien Schonhaltung)				
Keine Schonhaltung	0			
Die Bewohnerin vermeidet eine bestimmte Position	1			
Die Bewohnerin nimmt eine schmerzfreie Schonhaltung ein	2			
Die Bewohnerin sucht ohne Erfolg nach einer schmerzfreien Schonhaltung	3			
Die Bewohnerin bleibt unbeweglich, wie von Schmerzen gelähmt	4			
	0	0	0	0

	Ermittelten Wert hier eintragen*			
	Datum	Datum	Datum	Datum
	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
3. Bewegung (oder Mobilität) der Person (innerhalb und / oder ausserhalb des Bettes)				
Die Bewohnerin bewegt sich (bzw. bewegt sich nicht) wie gewohnt	0			
Die Bewohnerin bewegt sich wie gewohnt*, vermeidet aber eine bestimmte Bewegung	1			
Langsamkeit, Seltenheit der Bewegung im Gegensatz zur Gewohnheit	2			
Immobilität im Gegensatz zur Gewohnheit*	3			
Reglosigkeit** oder starke Unruhe im Gegensatz zur Gewohnheit	4			
	0	0	0	0

** oder völlige Unbeweglichkeit
N.B. Bewohnerinnen im Wachkoma können mittels dieses Bogens nicht eingeschätzt werden

	Ermittelten Wert hier eintragen			
	Datum	Datum	Datum	Datum
	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
4. Über die Beziehung zu Anderen				
(Gemeint sind Beziehungen jeglicher Art, mittels Blicken, Gesten oder verbalem Ausdruck)				
Gleiche Art des Kontakts wie gewohnt	0			
Kontakt ist schwerer herzustellen als gewohnt*	1			
Vermeidet die Beziehung, im Gegensatz zur Gewohnheit	2			
Fehlen jeglichen Kontakts, im Gegensatz zur Gewohnheit	3			
Totale Teilnahmslosigkeit, im Gegensatz zur Gewohnheit*	4			
	0	0	0	0

Beobachtung während der Mobilisation	Ermittelten Wert hier eintragen			
	Datum	Datum	Datum	Datum
	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
5. Ängstliche Erwartung bei der Pflege				
Die Bewohnerin zeigt keine Angst	0			
Ängstlicher Blick, ängstlicher Eindruck	1			
Die Bewohnerin ist unruhig	2			
Die Bewohnerin ist aggressiv	3			
Schreie, Seufzer, Stöhnen	4			
	0	0	0	0

	Ermittelten Wert hier eintragen			
	Datum	Datum	Datum	Datum
	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
6. Reaktion während der Mobilisation				
Die Bewohnerin lässt sich mobilisieren oder bewegt sich selbst ohne dem besondere Aufmerksamkeit zu schenken	0			
Die Bewohnerin blickt angespannt und scheint die Mobilisation und Pflege zu fürchten	1			
Die Bewohnerin hält sich mit den Händen fest oder führt die Hände der Pflegenden während der Mobilisation oder Pflege	2			
Die Bewohnerin nimmt während der Mobilisation oder Pflege eine schmerzfreie Schonhaltung ein	3			
Die Person wehrt sich gegen die Mobilisation der Pflege	4			
	0	0	0	0

	Ermittelten Wert hier eintragen			
	Datum	Datum	Datum	Datum
	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
7. Reaktion während der Pflege der schmerzenden Bereiche				
Keinerlei Reaktion während der Pflege	0			
Reaktion während der Pflege, nicht darüber hinausgehend	1			
Reaktion auf Anfassen der schmerzenden Bereiche	2			
Reaktion auf leichte Berührung der schmerzenden Bereiche	3			
Annäherung an die schmerzenden Bereiche ist unmöglich	4			
	0	0	0	0

	Ermittelten Wert hier eintragen			
	Datum	Datum	Datum	Datum
	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit	Uhrzeit
8. Während der Pflege vorgebrachte Klagen				
Die Bewohnerin klagt nicht	0			
Die Bewohnerin klagt, sobald die Pflegeperson sich ihr zuwendet	1			
Die Bewohnerin fängt an zu klagen, sobald eine Pflegeperson anwesend ist	2			
Die Bewohnerin stöhnt oder weint leise und spontan	3			
Die Bewohnerin schreit oder klagt heftig und spontan	4			
	0	0	0	0
Gesamtpunktzahl	0	0	0	0

Hinweis: Die Punkte, die mit dem BISAD erhoben werden, können NICHT wie die Zahlen der NRS beurteilt werden. Die Einschätzung kann also immer nur individuell für jede Bewohnerin einzeln erfolgen. Ein tiefer Wert bedeutet nicht, dass die Bewohnerin schmerzfrei ist und ein hoher Wert muss nicht immer auf vorhandene Schmerzen hindeuten. Viel wichtiger als die ermittelte Zahl ist die Frage, ob das beobachtete Verhalten vom üblichen Verhalten abweicht und auf Schmerzen hindeuten könnte. Es ist sinnvoll, sich nach dem Ausfüllen des BISAD die Frage zu stellen, welchen Gesamteindruck man von der Bewohnerin hat. Die Einschätzung sollte immer im Team besprochen werden und auch die Angehörigen sollten miteinbezogen werden. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse kann die Pflegeplanung angepasst werden (gute Dokumentation der Verhaltensweisen, die auf Schmerzen hinweisen und der Massnahmen, die dagegen unternommen werden können).

Hinweise zur Verwendung der BISAD

Bei welchen Betroffenen kann ich BISAD verwenden?

BISAD wurde ausschließlich für die Anwendung bei Menschen mit schwerer Demenz entwickelt, die sich sprachlich nicht mehr äußern können.

Menschen mit leichter bis mittlerer Demenz können oft noch Auskunft zu Schmerzen geben. Bei Ihnen hat die Selbstauskunft absolut Vorrang!

BISAD ist ausdrücklich *nicht* zur Anwendung bei Betroffenen entwickelt, die sich aus anderen Gründen sprachlich nicht äußern können (z.B. Patienten mit Aphasie nach einem Schlaganfall, Menschen im Apallischen Syndrom) etc. Es kann sein, dass BISAD auch bei diesen Personen nützliche Hinweise liefert. Die Anwendung ist aber nicht durch Forschungsergebnisse abgesichert.

Für welche Versorgungssituation ist BISAD geeignet?

BISAD wurde mit Menschen mit schwerer Demenz getestet die im Pflegeheim leben. Sie ist *nicht* getestet für Menschen im ambulanten Bereich oder im Krankenhaus. Für diese Betroffenengruppen ist daher unklar, ob die Anwendung der BISAD sinnvoll ist.

Wichtig: Um BISAD anwenden zu können, muss der Betroffene und sein übliches Verhalten bekannt sein. Die Pflegeperson muss also einschätzen können, wie der Betroffene sich in den vergangenen Tagen verhalten hat. Das kann insbesondere nach einer Aufnahme ins Krankenhaus schwierig sein. In ambulanten Settings ist der Einbezug von Informationen notwendig, die Angehörige geben können, um BISAD sinnvoll zu nutzen.

Wer kann BISAD anwenden?

BISAD ist bei der Anwendung durch ausgebildete AltenpflegerInnen und Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (Krankenschwester / Krankenpfleger) getestet worden. Grundsätzlich sollte die pflegerische Diagnostik, zu der die Schmerzeinschätzung gehört, durch Pflegefachpersonen erfolgen.

Aber natürlich ist es wichtig, dass alle an der Pflege beteiligten, also auch Hilfskräfte, Angehörige oder andere, ihre Erkenntnisse in den diagnostischen Prozess einbringen. Daher kann BISAD auch gut zu zweit oder dritt im Austausch bzw. gemeinsam genutzt werden.

Grundsätze der Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz

Grundsätzlich hat auch bei Menschen mit Demenz die Selbstauskunft zu Schmerzen Vorrang. Sollte keine Selbstauskunft mehr möglich sein, empfehlen Herr et al. (2006) folgendes Vorgehen:

1. Wenn eine üblicherweise schmerzhafte Erkrankung, Verletzung oder ein ebensolcher Eingriff vorliegt, sollte davon ausgegangen werden, dass der Betroffene Schmerzen hat
2. a.) Übliches Verhalten des Betroffenen beobachten
b.) Regelmäßig auf Verhaltensänderung (Schmerzverhalten) prüfen, v.a. auch während Aktivitäten
3. Nicht immer ist Schmerzverhalten erkennbar oder Schmerzen äußern sich in demenztypischem, herausforderndem Verhalten
4. Wenn Schmerzen vermutet werden, versuchsweise Gabe eines Schmerzmittels

Prof. Dr. rer. cur. Thomas Fischer, MPH; Evangelische Hochschule Dresden, Dürerstraße 25, 01307 Dresden
Thomas.Fischer@ehs-dresden.de

Alle Rechte vorbehalten. Die nicht-kommerzielle Verbreitung und Verwendung ist selbstverständlich gestattet. Bitte wenden Sie sich für Abdruckgenehmigungen und sonstige Rechte bitte an den Verfasser.

Anwendung der BISAD

Die BISAD-Anwendung wird in drei Schritten empfohlen:

1. Reine **Beobachtung** und Dokumentation des Verhaltens mittels BISAD. Hier spielen Gründe für das Verhalten *keine* Rolle.
2. **Bewertung** der Beobachtungsergebnisse im Rahmen einer umfassenderen pflegerischen Diagnostik. D.h., es werden mögliche Gründe für das Verhalten oder Schmerzen, demenztypische Verhaltensweisen, andere Bedürfnisse des Bewohners mit berücksichtigt (s. vorherigen Abschnitt).
3. Bei Unsicherheiten, bei neuen Bewohnern, Verdacht auf Schmerzen oder Therapieänderung empfiehlt sich eine **Besprechung** im Team (Fallbesprechung) und mit dem behandelnden Arzt.

BISAD selbst teilt sich in zwei Abschnitte: 1. Ruhesituation (Seite 1), 2. Bewegungssituation (Seite 2). Die beiden Abschnitte sollten nacheinander bewertet werden.

Für alle Items („Fragen“) gilt: Wählen Sie die Antwortmöglichkeit aus, die auf den Bewohner am besten zutrifft. Es darf nur eine Antwort ausgewählt werden. Treffen mehrere Antworten zu, wird diejenige mit der höchsten Punktzahl ausgewählt. Die Punktzahl findet sich hinter dem jeweiligen Ankreuzkästchen.

Abschnitt 1: Ruhesituation

Die Einschätzung erfolgt in einer Ruhesituation. Der Bewohner liegt oder sitzt also und bewegt sich nicht in größerem Umfang bzw. wird nicht in größerem Umfang bewegt. Der Bewohner sollte wenigstens einige Minuten in Ruhe sein (keine größere Bewegung unmittelbar zuvor.). Beobachten Sie den Bewohner und wählen Sie die Antwort aus, die in diesem Moment am besten passt.

Bei den Items („Fragen“) drei und vier ist einzuschätzen, ob sich das Verhalten des Bewohners im Moment unterscheidet vom Verhalten der letzten Tage bzw. vom üblichen, gewohnten Verhalten. Die Pflegefachperson muss also das Verhalten des Bewohners in den letzten Tagen / üblicherweise kennen, d.h. im Dienst gewesen sein. Alternativ ist es der Pflegefachperson möglich, sich durch Rückfrage im Team oder bei Angehörigen über das Verhalten bzw. Verhaltensänderungen des Bewohners zu informieren.

Abschnitt 2: Bewegungssituation („Bei der Pflege“)

Die Items („Fragen“) der zweiten Seite werden in einer Bewegungssituation eingeschätzt. Empfohlen ist die Beobachtung einer der folgenden Situationen:

- Aufstehen aus dem Sitzen und Loslaufen
- Transfer (aktiv oder passiv) des Bewohners vom Bett zum (Roll-)Stuhl oder umgekehrt
- Größere Umlagerung des Bewohners im Bett.

Die Beobachtungssituation hängt von den Fähigkeiten des Bewohners sowie den üblichen (pflegerischen) Interventionen und dem Tagesablauf ab. Es sollen keine zusätzlichen Belastungen für den Bewohner geschaffen werden!

Gerade bei der Durchführung eines Transfers ist es manchmal schwierig, gleichzeitig das Verhalten des Bewohners zu beobachten. So ist das Gesicht des Bewohners nicht sichtbar, wenn er bei einem Transfer über die Schulter der Pflegeperson schaut. Wenn möglich, ist es daher hilfreich, wenn eine zweite Pflegeperson die Beobachtung übernimmt, während eine andere den Transfer durchführt. Anschließend wird der zweite Teil des BISAD gemeinsam ausgefüllt.

Punkte

Es werden zunächst die Punkte der ersten Seite, dann die Punkte der zweiten Seite zusammen gezählt. Diese beiden Zwischensummen ergeben dann zusammen den Gesamtwert des BISAD. Zur Verwendung dieses Punktwertes siehe oben bzw. im unten angeführten Artikel.

Wie kann ich die BISAD - Ergebnisse nutzen?

Es gibt leider kein festes Auswertungsschema für die BISAD. Es ist aus fachlichen Gründen nicht möglich, bei Beobachtungsinstrumenten feste Werte festzusetzen, ab denen man sicher sein kann, dass Schmerz vorliegt.

Die Anwendung von BISAD kann also immer nur individuell für jeden einzelnen Patienten erfolgen, zum Beispiel um eine Entwicklung im Verlauf zu bewerten oder den Erfolg einer Therapie zu überprüfen. Wichtig: Es muss immer der gesamte Zustand eines Patienten (z.B. schmerzverursachende Erkrankungen oder Interventionen) berücksichtigt werden. Auch wenn ein Patient null Punkte auf der BISAD erreicht, kann er trotzdem Schmerzen haben!

Nähere Ausführungen dazu in unten genannten Fachartikeln.

Weitere Informationen in deutscher Sprache:

Zur Entwicklung und Testung der BISAD

Fischer, Thomas (2012): Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz. Das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD). Verlag Hans Huber: Bern

Zur Anwendung von Beobachtungsinstrumenten für die Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz:

Fischer, Thomas (2007): Instrumente für die Schmerzeinschätzung bei Personen mit schwerer Demenz: Hilfsmittel für die Beobachtung, aber kein Ersatz für Fachlichkeit. In: Pflegezeitschrift 59 (6): 308 – 311

Zur Schmerzeinschätzung bei anderen Menschen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit:

Fischer, Thomas & Borschlegel, Ulrike (2011): Den Einzelfall beurteilen. Sprachlose Patienten: Wie Schmerzeinschätzung trotzdem gelingt. In: Pflegezeitschrift 64 (10): 594 -596

ANHANG 2: WISSEN: DER SCHMERZ IN KÜRZE

DEFINITIONEN: WAS IST SCHMERZ?

- Schmerz ist das, was die empfindende Person sagt, was er ist und vorhanden, wann immer sie sagt, dass er vorhanden ist (Mc, Caffrey, 1997)
- Schmerz ist ein durch die Wahrnehmung des Individuums messbares Symptom und von daher stets mehrdimensional (biologisch, psychisch, sozial, spirituell). Schmerz ist nur ein Symptom des Gesamtbeschwerdebildes, das stets ganzheitlich erfasst und behandelt werden muss
(IASP – International Association for Study of Pain)

Schmerzwahrnehmung ist individuell unterschiedlich

Die Schmerzwahrnehmung hängt von vielen Faktoren ab

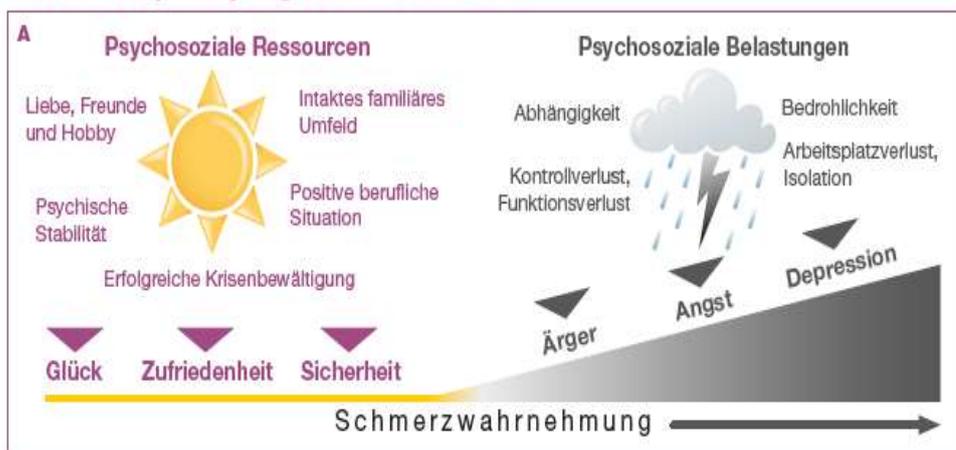


Abb. 1 Patientenatlas Schmerz - Schmerzwahrnehmungsfaktoren

WIE ENTSTEHT SCHMERZ?

Entstehung der Schmerzwahrnehmung

Das Schmerzsignal wird über das Rückenmark zum Gehirn und hier in verschiedene Areale geleitet. Es beginnt die Schmerzwahrnehmung. Schmerz kann verschiedene Reaktionen (Blutdruck erhöht, Atmung beschleunigt) auslösen.

Leichte Schmerzen führen zu vermehrter Aufmerksamkeit, extrem starke Schmerzen können zu Bewusstlosigkeit führen.

Hemmung der Schmerzwahrnehmung

Körpereigene Opiode werden überwiegend in verschiedenen Regionen des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark) ausgeschüttet. Opiode blockieren an der Synapse im Rückenmark die Schmerzweiterleitung.

Das absteigende schmerzhemmende System sendet hemmende Nervensignale vom Gehirn direkt zur Synapse im Rückenmark. Hier werden dadurch hemmende

Substanzen ausgeschüttet, die die Weiterleitung des Schmerzsignals blockieren, z. B. Noradrenalin. In Extremsituationen, z. B. nach einem Unfall, kann die Schmerzempfindung sogar komplett ausgeschaltet werden, um den Organismus möglichst handlungsfähig zu erhalten. (aus: von der Laage (2012), Patientenatlas)

AKUTER UND CHRONISCHER SCHMERZ – WO LIEGT DER UNTERSCHIED?

- Akuter Schmerz:**

Hat eine Schutzfunktion und ist ein Warnzeichen zum Selbstschutz des Körpers. Er tritt akut auf und das Symptom ist zeitlich begrenzt.

Akuter Schmerz - eine Schutzfunktion

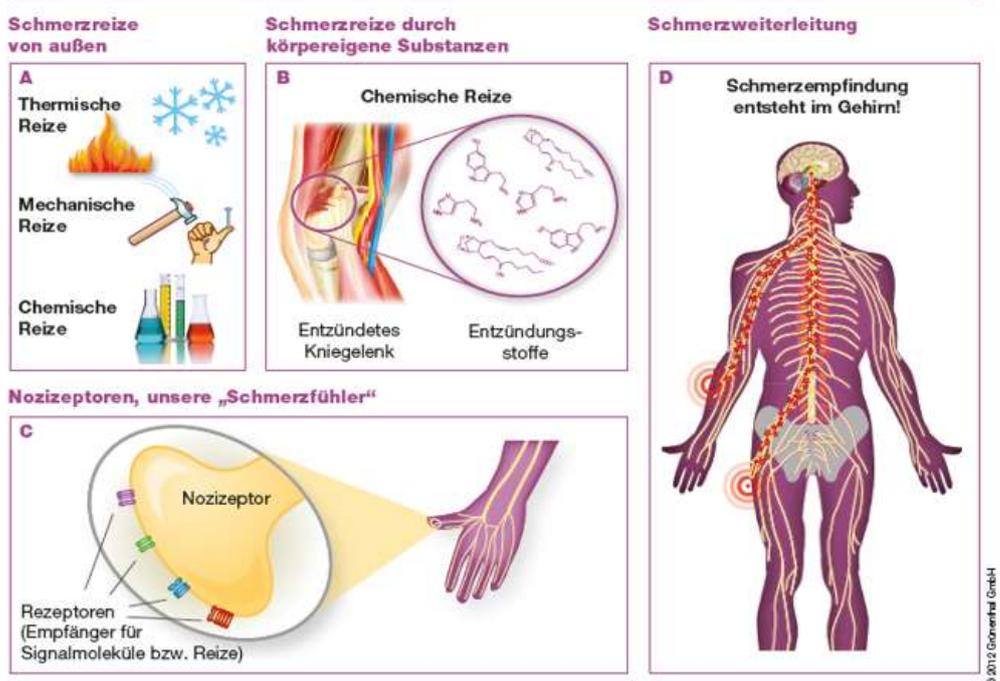


Abb. 3: Patientenatlas Schmerz: akuter Schmerz

Der akute Schmerz macht uns schädigende Einflüsse bewusst und hat die Funktion, den Organismus vor Dauerschäden zu schützen.

Typische Schmerzreize sind thermische Reize (heiss, kalt), mechanische Reize (Schlag, Stich etc.) und chemische Reize (z.B. Säuren).

• **Chronischer Schmerz:**

Chronischen Schmerz nennt man einen Schmerz, der länger als 3 Monate dauert

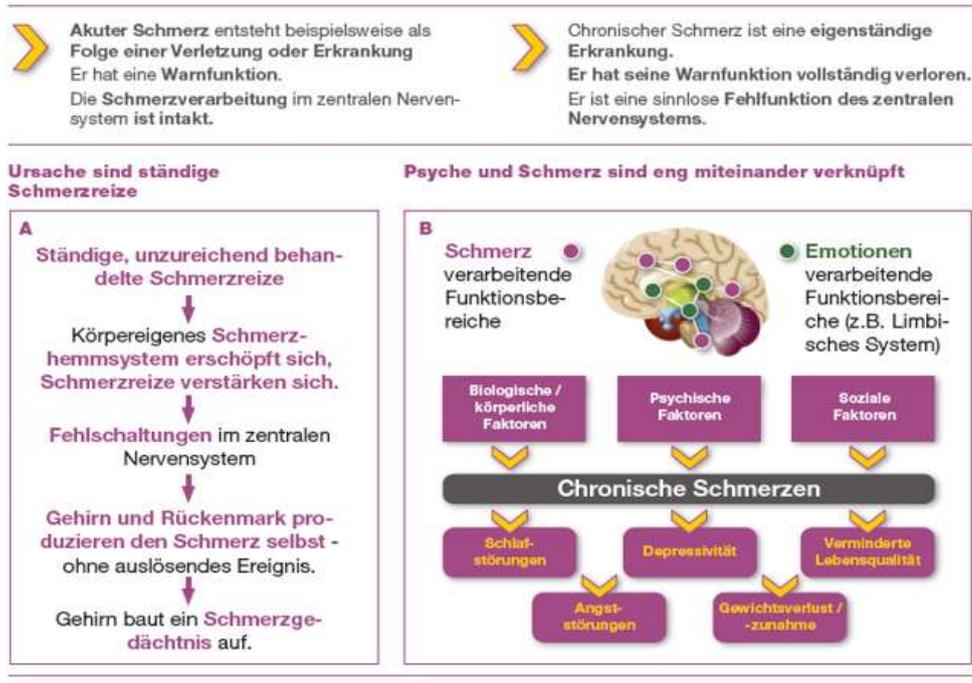


Abb. 4: Patientenatlas Schmerz: chronischer Schmerz

Chronische Schmerzen treten entweder permanent (z. B. Krebschmerzen) oder periodisch wiederkehrend (z. B. Migräne) auf. Eine Definition mit Hilfe von chronologischen Markern wie eine Dauer von über drei oder sechs Monaten sind willkürlich und wenig hilfreich. Besser funktioniert eine Definition über seinen Charakter: Chronischer Schmerz dauert länger als die zu erwartende Heilperiode einer Erkrankung.

Aufgrund der Ursache muss zwischen zwei Formen unterschieden werden:

Schmerzen aufgrund einer anhaltenden Schädigung des Gewebes

Dieser Schmerz ist erklärbar und hat eine biologische Warnfunktion. Dennoch ist er nicht immer kausal therapierbar, z. B. Arthrose, Tumor.

Schmerzen, die durch neuronale Prozesse chronifizieren

Der Schmerz hat mit einem somatischen Ereignis begonnen, aber nun besteht keine kausale Beziehung mehr zwischen der Gewebeschädigung und dem Auftreten der Schmerzen. Diese Schmerzen haben ihren biologischen Sinn als Warnfunktion verloren und stellen ein eigenständiges Krankheitsbild dar. Sowohl nozizeptive als auch neuropathische Schmerzen können chronifizieren (s.u.): z. B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Amputationsschmerzen, Neuralgien

Unterscheidungskriterien zwischen nozizeptivem und neuropathischem Schmerz			
Schmerztyp	Schmerzursache	Schmerzcharakter	Besonderheit
Nozizeptiver Schmerz	somatisch in Knochen, Weichteilen	dumpf, drückend, stechend, <i>gut lokalisierbar</i>	Dauerschmerz, oft mit bewegungs-abhängigem Durchbruchschmerz
	viszeral	dumpf, krampfartig oft kollikartig <i>schlecht lokalisierbar</i>	vegetative Begleitsymptome (z.B. Übelkeit, Schweissausbruch)
Neuro-pathischer Schmerz	Schädigung / Irritation des Nervensystems	Neuralgieform: einschliessend elektrisierend	meist mit neurologischen Störungen einhergehend: kribbeln , Ameisenlaufen, Unempfindlichkeit, Überempfindlichkeit
		brennend, kribbelnd Dauerschmerz	

Tab. 1: adaptiert aus: Alon et. Al. Medical Tribune, „Erfolgreiches Management von Schmerzpatienten“

SCHMERZQUALITÄTEN - GIBT ES DA UNTERSCHIEDE?

aus: von der Laage (2012), Patientenatlas:

Schmerzqualitäten:

Oberflächenschmerzen entstehen in der Haut. Beispiel Nadelstich:

Der 1. Schmerz ist ein heller, gut lokalisierbarer Schmerz, der schnell wieder abklingt (A-Delta-Faser)

Der 2. Schmerz ist dumpfer, brennender und schwerer zu lokalisieren (C-Faser). Er setzt in der Regel kurz darauf ein. Oberflächenschmerzen lösen Abwehrreflexe aus. Tiefenschmerzen entstehen in Knochen, Gelenken, dem Bindegewebe und den Skelettmuskeln. Sie fühlen sich dumpf an, strahlen oft in die Umgebung aus und sind meist schlecht zuzuordnen.

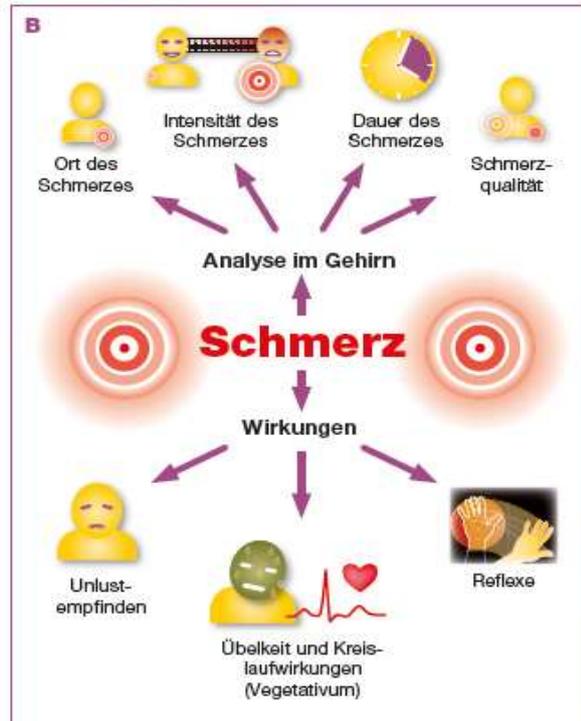
Eingeweideschmerzen sind eher dumpf und können sehr intensiv sein. Sie treten beispielsweise bei starker Dehnung oder Muskelkrämpfen (Koliken) eines Hohlorgans (Gallenblase oder Nierenbecken) auf. Typische Begleitsymptome: Übelkeit, Schweissausbrüche, und starkes Krankheitsgefühl.

Schmerzkomponenten und Schmerzqualitäten

Schmerzqualitäten



Schmerzkomponenten



© 2012 Grunert/nd GmbH

Abb. 5: Patientenatlas Schmerz: Schmerzkomponenten und Schmerzqualitäten